

—

Stellungnahme

der Deutschen Krankenhausgesellschaft

zum

—

Referentenentwurf

für ein

**Gesetz für schnellere Termine
und bessere Versorgung**

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

vom 16. August 2018

Inhaltsverzeichnis

Allgemeiner Teil	4
Besonderer Teil	7
Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	7
Zu Artikel 1 Nr. 14 (§ 31a Absatz 1 Satz 1 SGB V) Anspruch auf Medikationsplan	7
Zu Artikel 1 Nr. 16 (§ 35a Absatz 3 SGB V) Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen.....	8
Zu Artikel 1 Nr. 35 a), Doppelbuchstabe cc) (§ 75 Absatz 1a Satz 3 SGB V) Vermittlung von Akutfällen durch die Terminservicestellen auch während der Sprechstundenzeiten	8
Zu Artikel 1 Nr. 31 Buchstabe a (§ 65c SGB V) Verlängerung der Nachbesserungsfrist zur Erfüllung der Förderkriterien klinischer Krebsregister	10
Zu Artikel 1 Nr. 40 c) (§ 87 Absatz 2a Satz 23 SGB V) und Nr. 41 a) (§87a Absatz 3 SGB V) Vergütung von Akutfällen während der Sprechstundenzeiten sowie Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.....	11
Zu Artikel 1 Nr. 46 (§ 89a SGB V) Sektorenübergreifendes Schiedsgremium	14
Zu Artikel 1 Nr. 48 (§ 96 Absatz 2 SGB V) Einbindung der Länder in die Zulassungsausschüsse.....	15
Zu Artikel 1 Nr. 49 b) (§ 101 Absatz 1 SGB V) Vorgabe an die Zusammensetzung von Arztgruppen durch den G-BA	16
Zu Artikel 1 Nr. 50 e), Doppelbuchstabe aa) (§ 103 Absatz 4a Satz 1 SGB V) Anstellung unabhängig von Planungsbereichsgrenzen	16
Zu Artikel 1 Nr. 50 e), Doppelbuchstaben bb) und cc) (§ 103 Absatz 4a Satz 3 und 4 SGB V) Nachbesetzung in Medizinischen Versorgungszentren aus Versorgungsgründen bei Zulassungsbeschränkungen	17
Zu Artikel 1 Nr. 51 a) und c) (§ 105 Absatz 1 und 1b SGB V) Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen	18
Zu Artikel 1 Nr. 66 (§ 132d SGB V) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)	20
Zu Artikel 1 Nr. 83 (§ 291a SGB V) Anforderungen an die freiwillige Anwendung elektronische Patientenakte	21
Zu Artikel 1 Nr. 84 (§ 291b SGB V) Termin für das Patientenfach, Vorgehen zur Festlegung der alternativen Zugangsverfahren, Informationspflichten der gematik.....	22
Zu Artikel 1 Nr. 88 (§ 299 Absatz 1 SGB V) Regelungen des G-BA zur Übermittlung versichertenbezogener Daten an Leistungserbringer	23
Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf	24
1. Ambulante Notfallbehandlung	24
2. Sicherstellungszuschlag wirksam ausgestalten.....	27
3. Bundesbasisfallwert und -korridor weiterhin prospektiv nach Maßgabe des Veränderungswertes weiterentwickeln	30

4. Sicherstellung der Geltung der Abrechnungsbestimmungen der Selbstverwaltungspartner.....	31
5. Abrechnungskonflikte i. V. m. der Prozedurenklassifikation (OPS).....	33
6. Ausschluss der Rückwirkung von Gerichtsurteilen	33
7. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	36
8. Abgabe von Betäubungsmitteln bei Entlassung aus dem Krankenhaus	37
9. Versicherteninformation durch die Krankenkassen in der Qualitätssicherung	40
10. Verschiebung der Frist für die Nutzung des Versichertenstammdatenmanagements durch die vertragsärztlichen Bereiche	40

Allgemeiner Teil

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

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

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

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

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

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

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind ein wichtiger Bestandteil der ambulanten Versorgung und häufig ein wichtiges Bindeglied der sektorenübergreifenden Versorgung. Mit den nun vorgesehenen weiteren Steuerungseingriffen des G-BA, insbesondere in die MVZ-Nachbesetzungsregelung, wird die Versorgung durch MVZs weiter eingeschränkt. Der Kreis der Errichtungsberechtigten sollte unverändert bleiben.

Bedauerlich ist, dass die bestehenden Probleme der **ambulanten Notfallversorgung** nicht umfassend angepackt werden. Die geplante Verbesserung der Vergütung zur Behandlung von Akut- und Notfallpatienten für die Vertragsärzte verschärft die Ungleichbehandlung gegenüber den Krankenhäusern. Die vorgesehenen Anreize für niedergelassene Ärzte zur Bereitstellung von mehr Leistungskapazitäten für Notfallpatienten können zur Entlastung der Kliniken beitragen, lösen aber nicht die grundsätzliche Problematik der unzureichenden Versorgung zu den Notfallversorgungszeiten. Zwar gibt es zum Teil bereits gut funktionierende Kooperationen zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten zur Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung (z. B. Portalpraxen). Dennoch tragen die Krankenhausambulanzen die Hauptlast der ambulanten Notfallversorgung und das an 365 Tage im Jahr an 7 Tage die Woche und 24 Stunden am Tag – und jeder Patient kommt unangemeldet. Die Krankenhäuser verdienen dafür faire Rahmenbedingungen. Nicht länger hinnehmbar sind die jährlich knapp 1 Mrd. € Defizit der Notfallambulanzen der Krankenhäuser. In einem ersten Schritt sind eine sachgerechte Vergütung und eine Direktabrechnung mit den Krankenkassen überfällig.

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

Die geplante Vereinfachung der Einwilligung der Versicherten zur Nutzung medizinischer Anwendungen und die Möglichkeit des mobilen Zugriffs auf **die elektronische Patientenakte** durch die Versicherten sind wichtige Schritte, um die Digitalisierung im Gesundheitswesen – unter Beachtung des gebotenen Datenschutzes - patientenfreundlicher und anwenderorientierter zu gestalten. Dass die elektronische Patientenakte von den Krankenkassen bereitgestellt werden soll, erschwert einen Kassenwechsel und negiert die Vorteile des Wettbewerbs. Die elektronische Patientenakte sollte durch

Anbieter am Markt bereitgestellt werden und die Zulassung über die gematik erfolgen. Der Rückgriff auf patientenbezogene medizinische Daten, die in den Krankenhäusern dokumentiert werden, kann nur in gemeinsam vereinbarter und strukturierter Form akzeptiert werden. Keinesfalls kann akzeptiert werden, dass die Krankenkassen durch den Betrieb von Patientenakten Behandlungsinformationen und Daten zur Verfügung gestellt bekommen, die sie heute zum Schutze der Patienten vor Risikoselektionsstrategien nicht haben.

Die Krankenhäuser nehmen im besonderen Teil detailliert Stellung. Neben den bereits genannten Themenfelder betrifft dies insbesondere die geplanten Maßnahmen zur Bedarfsplanung und der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung.

Besonderer Teil

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 1 Nr. 14 (§ 31a Absatz 1 Satz 1 SGB V)

Anspruchs auf Medikationsplan

Beabsichtigte Neuregelung

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

Stellungnahme

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

Änderungsvorschlag

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

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

Zu Artikel 1 Nr. 16 (§ 35a Absatz 3 SGB V)

Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen

Beabsichtigte Neuregelung

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

Stellungnahme

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

Änderungsvorschlag

Entfällt

Zu Artikel 1 Nr. 35 a), Doppelbuchstabe cc) (§ 75 Absatz 1a Satz 3 SGB V)

Vermittlung von Akutfällen durch die Terminservicestellen auch während der Sprechstundenzeiten

Beabsichtigte Neuregelung

Es ist beabsichtigt, die Aufgaben sowie die Erreichbarkeit der Terminservicestellen auszuweiten. Neben dem bisherigen Aufgabenspektrum der Vermittlung eines Behandlungstermins sind die Terminservicestellen gehalten, bei der Suche nach einem Hausarzt unterstützend tätig zu werden sowie im Akutfall – auch ohne Vorliegen einer Überweisung – eine unmittelbare ärztliche Versorgung zu vermitteln, die auf der Grundlage einer Priorisierung zu erfolgen hat.

Stellungnahme

Hintergrund der neuen Regelung ist, die bestehenden Terminservicestellen zu neuen Servicestellen mit zusätzlichen Aufgaben weiterzuentwickeln. Zukünftig sollen die Terminservicestellen Versicherte in Akutfällen auch während der üblichen Sprechstundenzeiten eine unmittelbare ärztliche Versorgung vermitteln, die auf Grundlage einer Priorisierung zu erfolgen hat. Bisher erfolgte eine solche Vermittlung lediglich im Rahmen

des vertragsärztlichen Notdienstes. Der Gesetzeswortlaut sieht weiterhin vor, dass die Terminservicestellen 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche unter einer einheitlichen Telefonnummer erreichbar sein müssen. In der Gesetzesbegründung wird diesbezüglich konkretisiert, dass die Rufnummer der Terminservicestellen mit der bisherigen Not- bzw. Bereitschaftsdienstnummer (116 117) zusammenzulegen ist. Offen ist jedoch, wann dies zu erfolgen hat. Es wird zudem darauf hingewiesen, dass bei Vorliegen eines lebensbedrohlichen Notfalls die Servicestelle den Anrufer unmittelbar zur Notrufzentrale (112) weiterzuleiten hat. Damit wird eine Verbindung der Terminservicestelle mit der Rettungsleitstelle gesetzlich geschaffen, die ausgebaut werden könnte.

Nach Ansicht der Krankenhäuser ist der Vorschlag nachvollziehbar, jedoch nicht zielführend, da weiterhin zwei Notfall-Rufnummern – die des Rettungsdienstes und die der Servicestelle – parallel bestehen blieben. Für Patienten wird die Versorgung im Akut- und Notfall damit nicht eindeutiger. Es sollten vielmehr integrierte Leitstellen mit einheitlicher Notfall-Rufnummer (112) angedacht werden, die die Patienten in die entsprechende Versorgungsform leiten. Dafür spricht, dass es dem Patienten in einer Notfallsituation unter Umständen nicht möglich ist, einzuschätzen, welche Versorgungsstruktur seinem aktuellen Gesundheitszustand entspricht und welche Nummer (112 oder 116 117) er daher wählen sollte. Die integrierte Leitstelle wäre der telefonische „Anlaufpunkt“ für alle Patienten mit akuten Gesundheitsstörungen. Bestehende Strukturen wie Rettungsleitstellen könnten hierzu effizient genutzt und erweitert werden. Dort erfolgt eine qualifizierte Ersteinschätzung über die Dringlichkeit und die geeignete Versorgungsform.

Damit sollte neben der Terminservicestellennummer eine Not- und Bereitschaftsdienstnummer mit Integration der Notfallnummer 112 vorgenommen werden. Zugunsten der Patientensicherheit gäbe es damit eine bundesweit einheitliche Telefonnummer für die Not- und Bereitschaftsdienste, die an 24 Stunden täglich an sieben Tagen der Woche (24/7) erreichbar ist. Eine Trennung der Nummern (Terminservicestelle und Not- und Bereitschaftsdienst) ist sinnvoll, da somit keine Vermischung zwischen Anrufen zur Vermittlung eines Behandlungstermins und Anrufen im Akutfall erfolgen würde.

Änderungsvorschlag

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

*„Hierzu informieren die Kassenärztlichen Vereinigungen die Versicherten im Internet in geeigneter Weise über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte und richten Terminservicestellen ein, die ab dem 1. April 2019 für 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche unter **einer** bundesweit einheitlichen **Telefonnummern für Aufgaben nach Satz 3 Nr. 1 und Nr. 2 sowie für Aufgaben nach Satz 3 Nr. 3** erreichbar sein müssen;“*

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

*„ab dem 1. April 2019 in Akutfällen auch ohne Vorliegen einer Überweisung eine unmittelbare ärztliche Versorgung zu vermitteln, die auf der Grundlage einer Priorisierung zu erfolgen hat. **Hierfür haben die Kassenärztlichen Vereinigungen zusammen mit***

den für die rettungsdienstliche Versorgung zuständigen Stellen einheitliche Regelungen zur telefonischen Erreichbarkeit sowie zur Zusammenarbeit zu vereinbaren.“

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

In Nummer 4 wird das Wort „Notdienstnummer“ durch die Wörter „Telefonnummern nach Absatz 1a Satz 2“ ersetzt.

4. § 75 Absatz 7 Satz 1 Nr. 5 (neu) wird wie folgt geändert:

*„5. Richtlinien für ein digitales Angebot zur Vermittlung von Behandlungsterminen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 sowie **Rahmenvorgaben für die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Vermittlung einer unmittelbaren ärztlichen für eine einheitliche Versorgung in Akutfällen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 aufstellen**“.*

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

Verlängerung der Nachbesserungsfrist zur Erfüllung der Förderkriterien klinischer Krebsregister

Beabsichtigte Neuregelung

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

Stellungnahme

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

Änderungsvorschlag

Entfällt

**Zu Artikel 1 Nr. 40 c) (§ 87 Absatz 2a Satz 23 SGB V) und
Nr. 41 a) (§87a Absatz 3 SGB V)**

Vergütung von Akutfällen während der Sprechstundenzeiten sowie Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Beabsichtigte Neuregelung

Zur Förderung der Behandlungen im Akutfall während der Sprechstundenzeiten durch vertragsärztliche Leistungserbringer und zur Entlastung der Notfallambulanzen der Krankenhäuser, wird geregelt, dass bei allen vertragsärztlichen Leistungserbringern während der Sprechstundenzeiten für die Versorgung von Akutfällen, welche durch die Terminservicestelle vermittelt werden, einheitlich die Leistungen des Kapitels 1.2 EBM abrechnungsfähig sind.

Neben den Leistungen, die bislang außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu festen Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden, werden die extrabudgetären Leistungen erweitert. Dabei handelt es sich auch um Leistungen, die im Zusammenhang mit der Versorgung in akuten Behandlungsfällen sowie in Notfällen zu vergüten sind: Neben der Vergütung einer erfolgreichen Vermittlung für einen dringend erforderlichen Behandlungstermin durch den Haus- an einen Facharzt sowie der Vergütung aller im Behandlungsfall erbrachten Leistungen bei einem durch die Terminservicestelle vermittelten Behandlungstermin werden im Akut- und Notfall die Leistungen extrabudgetär vergütet, wobei diese Regelung allein für die Sprechstundenzeiten gilt. Leistungen *außerhalb* der Sprechstundenzeiten werden der extrabudgetären Vergütung nicht zugeordnet, sondern verbleiben weiterhin Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und unterliegen den Regelungen nach § 87b Absatz 1 Satz 3. Ebenfalls der extrabudgetären Vergütung explizit zugeordnet werden die Leistungen der Grund- und Versichertenpauschale für Neupatienten sowie die Leistungen der Grund- und Versichertenpauschale, die in der neu eingeführten offenen Sprechstunde behandelt werden.

Stellungnahme

Grundsätzlich ist aus Sicht der Krankenhäuser nicht nachvollziehbar, aus welchem Grund der vorliegende Gesetzentwurf die Defizite der Notfallambulanzen in Höhe von rund 1 Mrd. € nicht adressiert. Eine Regelung zur sachgerechten Vergütung bietet der vorliegende Gesetzentwurf nicht. Dennoch ist hervorzuheben, dass bisherige Regelungen der Leistungsbudgetierung mit dem vorliegenden Gesetzentwurf durchbrochen werden.

Positiv ist anzumerken, dass die Leistungen für Akut- und Notfälle, die während der Sprechstundenzeiten behandelt werden, der extrabudgetären Vergütung zugeführt werden. Auch ist zu begrüßen, dass der vorliegende Gesetzentwurf klarstellt, dass diese Leistungen gleichermaßen für Vertragsärzte und Krankenhäuser vergütet werden.

Die Neufassung von § 87 Absatz 2a Satz 23 sieht jedoch vor, dass die Leistungen im Akutfall von allen Leistungserbringern abrechnungsfähig sind, die einen Versicherten während der Sprechstundenzeiten auf Vermittlung der Terminservicestelle behandeln.

Der Wortlaut ließe den Rückschluss zu, dass die Vermittlung durch die Terminservice-stelle ausschlaggebendes Kriterium für die extrabudgetäre Vergütung ist. Aus welchem Grund allein diejenigen Fälle, die über die Terminservice-stelle als Akutfälle vermittelt werden, allein extrabudgetär abrechnungsfähig sein sollten, erschließt sich nicht. Insofern sollte eine Klarstellung dergestalt erfolgen, dass das Abrechnungskriterium „Vermittlung durch Terminservice-stelle“ gestrichen wird.

Nicht verständlich ist, aus welchem Grund die Vergütung außerhalb der Sprechstundenzeiten innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung verbleibt, wenngleich in § 87b Absatz 1 Satz 3 vorgegeben ist, dass die Vergütung der Leistungen im Notfall und im Notdienst aus einem eigenen Honorarvolumen erfolgt, mit der Maßgabe, dass für diese Leistungen im Verteilungsmaßstab keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars angewandt werden dürfen. Durch die vorgesehene Neuregelung des § 87 Absatz 2 Satz 23 in Verbindung mit der Neuregelung des § 87a Absatz 3 Satz 5ff ist von einer entsprechenden Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auszugehen, so dass das Vergütungsvolumen abgesenkt wird. Nicht vorher-sehbare Fallzahlsteigerungen (außerhalb der Sprechstundenzeiten) wirken sich damit auf das Vergütungsvolumen nach § 87b Absatz 1 Satz 3 dergestalt aus, dass eine Erhöhung des Honorarvolumens für Leistungen im Notfall und Notdienst Auswirkungen auf die haus- und fachärztliche Vergütung haben wird. Eine vollständige Ausgliederung der Leistungen im Notfall und im Notdienst – also innerhalb und außerhalb der Sprechstundenzeiten – ist daher zielführender.

Es ist zudem darauf hinzuweisen, dass die Neuregelung weiterhin eine unterschiedliche Vergütungssituation zwischen Vertragsarzt und Krankenhaus erzeugt. Wenn – wie vorge-sehen – während der Sprechstundenzeiten durch die Terminservice-stelle ein Akutfall an den Vertragsarzt vermittelt wurde, ist die Vergütung auf Basis des Kapitel 1.2 EBM vorzunehmen, indem die Notfallpauschale und ggfs. Schweregradzuschlag sowie mög-liche sonstige Leistungen zur Abrechnung gebracht werden.

Die Abrechnungsregularien des EBM sehen aber vor, dass eine Erkrankung des Patienten, die auf Grund ihrer Beschaffenheit keiner sofortigen Maßnahme bedarf und die nachfolgende Versorgung durch einen Vertragsarzt (außerhalb der Notfallversor-gung) möglich und/oder auf Grund der Umstände vertretbar ist, zu den Sprechstunden-zeiten mit einer Abklärungspauschale in Höhe von 4,79 Euro zu vergüten ist. In der Folge ist davon auszugehen, dass durch die Vertragsärzte diese Gebührenziffer nicht zur Abrechnung kommen wird, da der Fall als (vorab bereits priorisierter) Akutfall in der Praxis behandelt wird. Die Abrechnung orientiert sich damit nicht mehr an der Abklä-rungspauschale, sondern an der höher bewerteten Notfallpauschale, die während der Sprechstundenzeiten berechnungsfähig ist. Zudem erfolgt eine Versorgung im Ver-tragsarztbereich, so dass die Abrechnungsbestimmungen nicht greifen.

Sofern der Patient jedoch zu den Sprechstundenzeiten – insbesondere ohne eine Ver-mittlung der Terminservice-stelle – in das Krankenhaus kommt, greifen die Abrech-nungsbestimmungen, so dass den Krankenhäusern hier finanzielle Nachteile entstehen, wenn diese im Gegensatz zum Vertragsarzt für dieselbe Leistung nur 4,79 Euro erhalten. Auch ist zu beachten, dass eine Vermittlung in Krankenhäuser auf Basis der Priori-sierung medizinisch geboten sein kann. Dies kann nicht dazu führen, dass im Nach-

gang die Abrechnung des Krankenhauses auf den Betrag von 4,79 Euro reduziert wird, weil aus Sicht der abrechnungsprüfenden Stelle die Behandlung im Vertragsarztbereich ausreichend gewesen wäre. Aus diesen Gründen und ihrer grundsätzlichen Dysfunktion ist die Abklärungspauschale dringend ersatzlos zu streichen.

Änderungsvorschlag

1. § 87 Absatz 2a Satz 23 (neu) wird wie folgt gefasst:

*„Die Regelungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen für die Versorgung im Notfall und im Notdienst sind nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren; mit Wirkung zum 1. April 2019 sind die Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall **und im Notdienst** von allen Leistungserbringern abrechnungsfähig, ~~die einen Versicherten in Akutfällen während der Sprechstundenzeiten auf Vermittlung der Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 behandeln.~~“*

2. § 87a Absatz 3 Satz 5 (neu) wird wie folgt gefasst:

„Von den Krankenkassen sind folgende Leistungen außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 zu vergüten:

- 1. Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses,*
- 2. Leistungen, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 erbracht werden, soweit es sich nicht um Fälle nach § 75 Absatz 1a Satz 8 handelt,*
- 3. Leistungen der erfolgreichen Vermittlung eines Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2,*
- 4. Leistungen, die ~~während der Sprechstundenzeiten in Akutfällen~~ nach § 87 Absatz 2a Satz 23 **und in Notfällen** erbracht werden,*
- 5. Leistungen der Versicherten- und Grundpauschalen nach § 87 Absatz 2b Satz 3 und Absatz 2c Satz 2 für Patienten, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals diagnostiziert und behandelt werden und*
- 6. Leistungen der Versicherten- und Grundpauschalen für Patienten, die in der offenen Sprechstunde nach § 87 Absatz 2g behandelt werden.*

Darüber hinaus können Leistungen außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist.“

Zu Artikel 1 Nr. 46 (§ 89a SGB V) Sektorenübergreifendes Schiedsgremium

Beabsichtigte Neuregelung

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

Stellungnahme

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

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

Ausdrücklich begrüßt wird auch, dass die Einigung auf die unparteiischen Mitglieder künftig durch alle Parteien des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums erfolgt. Bislang wurde die Deutsche Krankenhausgesellschaft lediglich zum bestehenden Bundesschiedsamt nach § 89 Abs. 4 SGB V hinzugezogen und hatte keinen Einfluss auf die Besetzung des Vorsitzenden und der unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter. Gleichwohl wurde aber durch das GKV-VSG in § 22a der Schiedsamtsverordnung geregelt, dass bei einer Erweiterung des Bundesschiedsamts um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft die beteiligten Körperschaften und die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Kosten und Gebühren jeweils entsprechend ihrem Stimmenanteil zu tragen haben. Danach muss die Deutsche Krankenhausgesellschaft für die Kosten der Verfahren vor dem erweiterten Bundesschiedsamt entsprechend ihrem Stimmenanteil aufkommen, obwohl ihr keinerlei Einflussmöglichkeiten auf die Besetzung der neutralen Mitglieder zustehen. Dieses Ungleichgewicht wird durch die institutionelle

Einbindung der Deutschen Krankenhausgesellschaft in das sektorenübergreifende Schiedsgremium endlich aufgehoben.

Insgesamt werden die vorgeschlagenen Regelungen durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft sehr positiv bewertet. Auch die im SGB V vorgesehenen redaktionellen Folgeänderungen werden begrüßt. Gleiches gilt für die vorgesehene Neufassung der Schiedsamtverordnung, in der die im SGB V angelegten Änderungen nachvollzogen werden.

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

Änderungsvorschlag

Entfällt

Zu Artikel 1 Nr. 48 (§ 96 Absatz 2 SGB V)

Einbindung der Länder in die Zulassungsausschüsse

Beabsichtigte Neuregelung

Vorgesehen wird, den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden in den Zulassungsausschüssen ein Mitberatungsrecht einzuräumen, welches auch die Beantragung zusätzlicher Zulassungen in zulassungsbeschränkten Planungsbereichen vorsieht.

Stellungnahme

Die Einbindung der Länder in die Zulassungsausschüsse wird begrüßt. Aktive Mitwirkungsrechte der Länder in der vertragsärztlichen Bedarfsplanung sind insbesondere bei sektorenübergreifenden Fragestellungen zur Gewährleistung einer flächendeckenden, wohnortnahe Gesundheitsversorgung positiv hervorzuheben. Um den Ländern langfristig eine Sicherstellungsverantwortung in der sektorenübergreifenden Versorgung zu ermöglichen, ist den Ländern eine entsprechende Gestaltungsmöglichkeit auch in den Zulassungsausschüssen für Ärzte einzuräumen. Hierfür sind die Zulassungsausschüsse um die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden zu ergänzen.

Änderungsvorschlag

Die Zulassungsausschüsse sind um die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden zu ergänzen. Darüber hinaus sind zur Wahrnehmung der Sicherstellungsverantwortung durch die Länder Anpassungen in den Strukturen und Aufga-

benzuzuschneiden in den Landes- sowie Berufungsausschüssen als auch im gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V vorzunehmen.

Zu Artikel 1 Nr. 49 b) (§ 101 Absatz 1 SGB V)

Vorgabe an die Zusammensetzung von Arztgruppen durch den G-BA

Beabsichtigte Neuregelung

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

Stellungnahme

Eine bedarfsnotwendige Steuerung von Arztgruppen, innerhalb derer eine ausgeprägte Binnendifferenzierung besteht, existiert derzeit nicht. Somit ist eine Steuerung innerhalb dieser Arztgruppen bislang nicht möglich. Die vorgesehene Neuregelung ist damit grundsätzlich nachvollziehbar. Jedoch gilt es zu beachten, dass in der Patientenversorgung aufgrund dieser Festlegungen keine Defizite entstehen, etwa weil Versorgungsstrukturen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung wegfallen. Insbesondere bei den in Medizinischen Versorgungszentren tätigen Arztgruppen kann dieser Steuerungsansatz zum Wegfall von in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung tätigen Arztgruppen führen (siehe hierzu die Ausführungen unter Artikel 1, Nr. 50 e), Doppelbuchstaben bb) und cc)).

Änderungsvorschlag

Entfällt

Zu Artikel 1 Nr. 50 e), Doppelbuchstabe aa) (§ 103 Absatz 4a Satz 1 SGB V)

Anstellung unabhängig von Planungsbereichsgrenzen

Beabsichtigte Neuregelung

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

Stellungnahme

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

Änderungsvorschlag

Entfällt

Zu Artikel 1 Nr. 50 e), Doppelbuchstaben bb) und cc) **(§ 103 Absatz 4a Satz 3 und 4 SGB V)**

Nachbesetzung in Medizinischen Versorgungszentren aus Versorgungsgründen bei Zulassungsbeschränkungen

Beabsichtigte Neuregelung

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

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

Stellungnahme

Die Regelungen, die mit der Einführung des § 101 Absatz 1 Satz 8 (neu) korrespondieren, stellen einen erheblichen Eingriff in das austarierte Versorgungsangebot Medizinischer Versorgungszentren dar. So berücksichtigt die Neuregelung die in diesem Versorgungsbereich etablierte fachliche Interdisziplinarität nicht ausreichend. Gerade das Zusammenwirken unterschiedlicher Fachgruppen, deren fachliche Ausrichtung innerhalb eines Medizinischen Versorgungszentrums untereinander abgestimmt ist, um eine Versorgungseinheit zu bilden, könnte durch diese Regelung deutlich beeinträchtigt werden. Durch die Neuregelung wird damit der bei Medizinischen Versorgungszentren im Vordergrund stehende Leistungserbringungszweck, der „Versorgung unter einem Dach“, nicht mehr wie dies bislang im Sozialrecht vorgesehen war, Rechnung getragen. So wird auch die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz eingeführte Regelung der Gründungsmöglichkeit arztgruppengleicher MVZ durch die Neuregelung beeinträchtigt, wenn der Zulassungsausschuss zu dem Ergebnis kommt, dass Versorgungsgesichtspunkte einer Nachbesetzung in arztgruppenspezifischen, schwerpunktidentischen MVZ entgegenstehen.

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

Schließlich müssen bei Medizinischen Versorgungszentren neben den Gründungs- auch die Zulassungsvoraussetzungen Berücksichtigung finden. Voraussetzung für die Zulassung ist unter anderem das Vorhandensein von mindestens zwei Vertragsarztsitzen. Wird ein Antrag auf Nachbesetzung durch den Zulassungsausschuss abgelehnt, kann dies zur Folge haben, dass die Zulassungsvoraussetzungen des MVZ nicht mehr vorliegen und damit der Weiterbetrieb nicht mehr gewährleistet ist.

Änderungsvorschlag

Nach § 103 Absatz 4a Satz 4 (neu) wird folgender Satz eingefügt:

„Abweichend von Satz 3 und 4 ist Medizinischen Versorgungszentren eine Nachbesetzung möglich, soweit und solange in diesen Leistungen nach § 116b erbracht werden und die Nachbesetzung zur Aufrechterhaltung der Versorgung nach § 116b dient.“

Zu Artikel 1 Nr. 51 a) und c) (§ 105 Absatz 1 und 1b SGB V) **Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen**

Beabsichtigte Neuregelung

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

Stellungnahme

Wenngleich den Kassenärztlichen Vereinigungen bislang auch die Möglichkeit eröffnet ist, Eigeneinrichtungen zu betreiben, ist die vorgesehene Regelung zu weitgehend und in dieser Form abzulehnen.

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

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

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

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

Änderungsvorschlag

1. Absatz 1b (neu) wird wie folgt gefasst:

*„(1b) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können Einrichtungen betreiben, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung von Versicherten dienen, oder sich an solchen Einrichtungen beteiligen. Einrichtungen **können sind insbesondere auch** durch Kooperationen und gemeinsam mit Krankenhäusern **zu betreiben und auch in Form mobilen Praxen, Patientenbussen oder ähnliche Versorgungsangebotsformen sowie für die Durchführung von mobilen oder digitalen Sprechstunden betrieben werden. Zum Betreiben von Einrichtungen, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten dienen, oder zur Beteiligung an solchen Einrichtungen bedürfen die Kassenärztlichen Vereinigungen des Einvernehmens mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden. In Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 100 Absatz 1 getroffen hat, sind die Kassenärztlichen Vereinigungen zum Betreiben von Einrichtungen verpflichtet. Satz 4 gilt dann, wenn die drohende oder eingetretene Unterversorgung nicht durch § 116 oder § 116a behoben werden kann. Für die Vergütung der ärztlichen Leistungen, die in den Einrichtungen erbracht werden, sind die Regelungen nach den §§ 87 bis 87c anzuwenden.“***

2. § 116a Satz 1 wird wie folgt gefasst:

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

Zu Artikel 1 Nr. 66 (§ 132d SGB V)

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung werden die Voraussetzungen für den Abschluss von Verträgen zwischen SAPV-Leistungserbringern und Krankenkassen auf eine neue Grundlage gestellt. Damit sollen Unsicherheiten beseitigt werden, welche aus der Rechtsprechung über das Wesen der bisherigen Verträge in vergaberechtlicher Hinsicht entstanden waren. Vorgesehen ist demnach, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen für ihre Mitgliedskassen einheitliche Versorgungsverträge über die Durchführung der Leistungen mit den maßgeblichen Vertretern der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung auf Landesebene schließen. Leistungserbringer, die die darin

festgelegten Anforderungen erfüllen, haben Anspruch auf Abschluss eines zur Versorgung berechtigenden Vertrages.

Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt.

Änderungsvorschlag

Entfällt

Zu Artikel 1 Nr. 83 (§ 291a SGB V)

Anforderungen an die freiwillige Anwendung elektronische Patientenakte

Beabsichtigte Neuregelung

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

Stellungnahme

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

Mit der elektronischen Patientenakte wird ein Instrument definiert, das vollständig die Funktion einer Gesundheitsakte nach § 68 SGB V übernehmen kann. Es können beliebige Dokumente gespeichert werden, auch von Versicherungen bereitgestellte Informa-

tionen. In beiden Akten liegt die Hoheit beim Versicherten. Daher wäre die Beibehaltung des § 68 SGB V ein doppelter Finanzierungsweg, der die Leistungserbringer unnötig belastet, da diese auf Wunsch der Versicherten auch Dokumente in Gesundheitsakten einstellen müssten oder diese zur Einsicht angeboten bekämen.

Änderungsvorschlag

1. Die Nr. c) wird wie folgt geändert:

c) Dem Absatz 5c werden die folgenden Sätze angefügt:

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

2. Der § 68 SGB V wird gestrichen.

Zu Artikel 1 Nr. 84 (§ 291b SGB V)

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

Beabsichtigte Neuregelung

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

Stellungnahme

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

Änderungsvorschläge

Entfällt

Zu Artikel 1 Nr. 88 (§ 299 Absatz 1 SGB V)

Regelungen des G-BA zur Übermittlung versichertenbezogener Daten an Leistungserbringer

Beabsichtigte Neuregelung

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

Stellungnahme

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

Änderungsvorschlag

Entfällt

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

1. Ambulante Notfallbehandlung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Änderungsvorschlag

Einfügung einer neuen eigenständigen Rechtsgrundlage zur Vergütung der ambulanten Notfallleistungen:

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

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

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

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

b. Ergänzung des § 39 SGB V Krankenhausbehandlung

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

2. Sicherstellungszuschlag wirksam ausgestalten

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Änderungsvorschlag

Zu § 136c Absatz 3 SGB V

Die Ausführungen sind zu streichen.

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

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

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

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

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

Zu § 10 Abs. 3 Satz 1 Nummer 6 KHEntgG

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

Hilfsweise:

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

Zu § 136c Absatz 3 SGB V

Die Ausführungen sind zu streichen.

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

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

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

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

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

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

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

Änderungsvorschlag

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

4. Sicherstellung der Geltung der Abrechnungsbestimmungen der Selbstverwaltungspartner

Erforderlich ist eine Regelung, die deutlich herausstellt, dass Regelungen in der Fallpauschalenvereinbarung (FPV), die von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene vereinbart wird, sowie weitere untergesetzliche Abrechnungsregeln, die von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene vereinbart (z. B. Kodierrichtlinien) oder hoheitlich vorgegeben (z. B. OPS-Kodes) werden, bereits eine Konkretisierung des in § 12 Abs. 1 SGB V geregelten Wirtschaftlichkeitsgebotes darstellen, um zu verhindern, dass Krankenhausabrechnungen, die gemäß den Vorgaben der FPV und/oder den untergesetzlichen Abrechnungsregeln sachlich-richtig erstellt worden sind, im Rahmen eines Rechtsstreites nochmals von den Sozialgerichten unter Rückgriff auf aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot abzuleitenden Wertungen korrigiert werden.

Der GKV-Spitzenverband und der Verband der Privaten Krankenversicherung vereinbaren gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß § 17b Abs. 2 KHG die jährliche Weiterentwicklung und Anpassung des leistungsorientierten, pauschalierenden Vergütungssystems und vereinbaren in diesem Zusammenhang u. a. gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 3 KHEntgG die Abrechnungsbestimmungen für die nach dem Fallpauschalenkatalog nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG anfallenden Entgelte sowie für den Katalog ergänzender Zusatzentgelte nach § 17b Abs. 1 Satz 7 KHG. Die Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner über die Abrechnungsbestimmungen stellt die jedes Jahr aktualisierte Fallpauschalenvereinbarung dar. Die Selbstverwaltungspartner haben zudem die Kodierrichtlinien erstellt, um eine einheitliche Anwendung der Diagnosen- und Prozedurenklassifikation zu gewährleisten. Hierzu kommen weitere Vereinbarungen, die ähnlich wie die FPV weitere Abrechnungsbestimmungen enthalten, wie z. B. die Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen.

Die FPV ist bislang eine sowohl von den Krankenhäusern als auch von den Krankenkassen akzeptierte Grundlage für die Abrechnung von Krankenhausleistungen gewesen, insbesondere durch ihren Status als Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner, durch die diese ihren gesetzlichen Auftrag, Vergütungsfragen durch Normsetzungsverträge auf Bundesebene zu konkretisieren, erfüllt haben. Der Geltungsvorrang der FPV zur Klärung von Abrechnungsfragen wird jedoch durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (BSG) untergraben. So hat das BSG mit Urteil vom 28.03.2017 (Az.: B 1 KR 29/16 R) entschieden, dass trotz sachlich-rechnerisch richtiger Kodierung und Berechnung der vom Krankenhaus für mehrere Behandlungszyklen eines Patienten geforderten Vergütung sowie der Nichterfüllung der in § 2 der FPV geregelten Voraus-

setzungen für eine Fallzusammenführung das Krankenhaus auf Grund des in § 12 Abs. 1 SGB V geregelten Wirtschaftlichkeitsgebotes verpflichtet gewesen wäre, den Patienten ohne Berücksichtigung der Regelungen des § 1 Abs. 7 Satz 5 FPV zu beurlauben anstatt ihn zu entlassen, um die einzelnen Aufenthalte des Patienten dann als einen Behandlungsfall zusammenzuführen und abzurechnen.

Quintessenz dieser Entscheidung des BSG ist somit, dass die Vereinbarungen der FPV sowie weiterer, untergesetzlicher Abrechnungsregeln mitnichten letztverbindlich für die Klärung von Abrechnungsfragen sind, sondern in letzter Konsequenz immer noch von den Wertungen des Wirtschaftlichkeitsgebotes des § 12 Abs. 1 SGB V überlagert werden können. Damit widerspricht sich das BSG nicht nur selbst, da es in seiner Entscheidung explizit ausgeführt hat, dass die fraglichen Abrechnungsbestimmungen der FPV den gesetzgeberischen Auftrag des § 9 Abs. 1 Nr. 3 KHEntgG korrekt umsetzen. Es verkennt zudem, dass die Abrechnungsregeln der FPV sowie der weiteren, untergesetzlichen Abrechnungsregeln bereits eine Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebotes darstellen und den Gedanken des § 12 Abs. 1 SGB V, dass seitens der GKV lediglich die ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistung vergütet wird, bereits umsetzen. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene haben die FPV vereinbart und somit auch die Rahmenbedingungen für die Fallzusammenführung bzw. der Beurlaubung auch unter dem Blickwinkel des wirtschaftlich gebotenen Verhaltens festgelegt. Einer nochmaligen, von der Rechtsprechung vorzunehmenden Korrektur einer nach diesen Maßstäben vorgenommenen Abrechnung durch das Wirtschaftlichkeitsgebot bedarf es daher nicht.

Um diese fehlgehende Rechtsprechung des BSG zu korrigieren, muss daher in § 9 Abs. 1 KHEntgG deutlich herausgestellt werden, dass die von den Selbstverwaltungspartnern gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 3 KHEntgG vereinbarten Abrechnungsbestimmungen sowie weitere, von diesen vereinbarte untergesetzliche Abrechnungsregeln bereits das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V konkretisieren und dessen Wertungen bereits berücksichtigt haben und damit für eine nochmalige Anwendung dieses Grundsatzes durch die Rechtsprechung kein Bedarf besteht, wenn die in Streit stehende Abrechnung des Krankenhauses die Vorgaben der FPV und/oder der weiteren, untergesetzlichen Abrechnungsregeln eingehalten hat. Da die Ausführungen des BSG nicht nur auf die Problematik der Beurlaubung und Fallzusammenführung bezogen sind, sondern jeder Regelung der FPV entgegengehalten werden können, ist eine solche Ergänzung des § 9 Abs. 1 KHEntgG erforderlich.

Änderungsvorschlag

§ 9 Abs. 1 Nr. 3 KHEntgG wird um folgenden Satz 2 ergänzt:

„Die Abrechnungsbestimmungen nach Satz 1 Nr. 3 sowie weitere untergesetzliche Abrechnungsregeln, die von den Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbart oder die hoheitlich vorgegeben werden, stellen eine Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebotes des § 12 Abs. 1 SGB V dar.“

5. Abrechnungskonflikte i. V. m. der Prozedurenklassifikation (OPS)

Angesichts der enormen Zunahme absurder, der Versorgungsrealität nicht sachgerecht werdender Interpretationen von OPS-Inhalten durch die Rechtsprechung, hält es die DKG für unerlässlich, eine gesetzliche Grundlage für das BMG zu schaffen, unterjährige Klarstellungen zu einzelnen OPS-Kodes zu der vom DIMDI im Auftrag des BMG herausgegebenen Prozedurenklassifikation (OPS) vorzunehmen, und diese allgemein verbindlich zu erklären.

6. Ausschluss der Rückwirkung von Gerichtsurteilen

Erforderlich ist eine Regelung, die sicher stellt, dass Änderungen von gesetzlichen Abrechnungsvorschriften oder von für eine Abrechnung relevanten Vorschriften untergesetzlicher Art, die auf Feststellungen eines Gerichts beruhen, keine Rückwirkung auf Sachverhalte haben, die zeitlich vor der Verkündung des jeweiligen Urteils stattgefunden haben.

Gegenstand vieler Rechtsstreitigkeiten insbesondere vor den Sozialgerichten in allen Instanzen sind Abrechnungsfragen, insbesondere, wie gesetzliche Abrechnungsvorschriften oder für andere, eine Abrechnung relevante Vorschriften untergesetzlicher Art (z.B. OPS-Kodes) auszulegen sind. Trifft das jeweilige Gericht entsprechende Feststellungen zum jeweiligen Streitgegenstand, wirken diese Feststellungen zunächst nur für das zu entscheidende Streitverfahren. Dies ist auch konsequent, da auf Grund des gerichtlichen Streitverfahrens weder von den Krankenhäusern noch von den Krankenkassen ein Vertrauen auf den Bestand der vorgenommenen Abrechnung gebildet werden konnte. Aktuell ist jedoch verstärkt festzustellen, dass Krankenkassen Entscheidungen insbesondere des BSG, in denen diese Feststellungen zur Auslegung von gesetzlichen Abrechnungsvorschriften oder anderen abrechnungsrelevanten Vorschriften vorgenommen hat, dazu verwenden, die getroffenen Feststellungen auf in der Vergangenheit liegende, oftmals abgeschlossene Abrechnungsfälle anzuwenden. Dabei werden unter Hinweis auf die sozialrechtliche Verjährungsfrist sämtliche Abrechnungsfälle, in denen die vom Gericht neu, anders oder ergänzend ausgelegte Abrechnungsvorschrift Anwendung findet, bis zu vier Jahre rückwirkend erneut streitig gestellt, um teilweise erhebliche Rückforderungsansprüche gegenüber den Krankenhäusern zu stellen. Aktuelles Beispiel ist das Vorgehen einer bundesweittätigen Krankenkasse, die unter Berufung auf das Urteil des BSG vom 19.04.2016 (Az.: B 1 KR 23/15 R) zu Portimplantationen erhebliche Rückforderungen gegenüber Krankenhäusern geltend macht, da nach der neuen Rechtsprechung des BSG eine Portimplantation den Behandlungserfolg der vorherigen operativen Entfernung eines Tumors sichere und daher als nachstationäre Behandlung anzusehen sei. Folglich sei eine separate Abrechnung der Portimplantation als ambulante Operation nicht möglich, weil es wirtschaftlicher sei, die Portimplantation als nachstationäre Behandlung zu erbringen, so dass kein separater Vergütungsanspruch des Krankenhauses für eine ambulante Operation bestehe. Die Rückforderungen der Krankenkasse beziehen sich ausschließlich auf Behandlungsfälle, die zeitlich vor dem Ergehen der Rechtsprechung des BSG erfolgt sind und betreffen einen Zeitraum, in dem Portimplantationen einvernehmlich zwischen Krankenhaus und Krankenkasse als ambulante Operationen gemäß § 115b SGB V abgerechnet wurden.

Weitere Urteile des BSG, in denen dessen Feststellungen rückwirkende Anwendung fanden, sind beispielsweise:

- Urteil vom 19.12.2017 (Az.: B 1 KR 17/17 R):
keine Vergütung für Implantation von Lungenvolumenreduktionsspulen (endo-brachiale Nitinolspiralen – Coils)
- Urteil vom 19.12.2017 (Az.: B 1 KR 19/17 R):
Dokumentationserfordernisse bei der Abrechnung des OPS-Kodes 8-550 - geri-atrische frührehabilitative Komplexbehandlung
- Urteil vom 28.03.2017 (Az.: B 1 KR 29/16 R):
Auslegung einer den Vorgaben der FPV entsprechenden Krankenhausabrech-nung unter dem Gesichtspunkt des fiktiven wirtschaftlichen Alternativerhaltens als Ausfluss des Wirtschaftlichkeitsgebotes (§ 12 Abs. 1 SGB V)
- Urteile vom 01.07.2014 (Az.: B 1 KR 29/13 R) sowie vom 25.10.2016 (B 1 KR 18/16 R; B 1 KR 19/16 R; B 1 KR 22/16 R):
Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit einer Krankenhausabrechnung
- Urteil vom 19.04.2016 (Az.: B 1 KR 28/15 R):
personelle Voraussetzungen der G-BA-Richtlinie über Maßnahmen zur Quali-tätssicherung für die stationäre Versorgung Bauchaortenaneurysma
- Urteil vom 23.06.2015 (Az.: B 1 KR 21/14 R):
Mindestalter von Patienten zur Abrechnung der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung (OPS-Kode 8-550)
- Urteile vom 14.10.2014 (Az: B 1 KR 25/13 R; B 1 KR 26/13 R):
Umfang der Datenübermittlung nach § 301 SGB V bei geriatrischer frührehabili-tativer Komplexbehandlung (OPS-Kode 8-550)

Die oben geschilderte Vorgehensweise der Krankenkassen ist als unzulässige rückwir-kende Anwendung einer geänderten bzw. neuen Rechtsprechung anzusehen. Bisher bestehen eindeutige Regelungen lediglich für die Frage der Rückwirkung von Geset-zesänderungen, die aus dem Rechtsstaatsprinzip des Art. 20 GG abgeleitet wurden und allgemein anerkannt sind. Für die Frage der rückwirkenden Anwendung neuer Rechtsprechung existieren solche Regelungen nicht, obwohl die Interessenlage zur rückwirkenden Geltung von Gesetzesänderungen identisch ist, da insbesondere eine neue höchstrichterliche Rechtsprechung faktisch wie eine Rechtsänderung wirkt, da durch sie konkrete Festlegungen getroffen werden, die sich unmittelbar auf das Abrechnungsgeschehen auswirken.

Dies rechtfertigt die Anwendung der Grundsätze für die rückwirkende Anwendbarkeit von Gesetzesänderungen auf die Rechtsprechung insbesondere der Sozialgerichte. Ausgehend von diesem Grundsatz wäre die Rückwirkung auf in der Vergangenheit liegende abgeschlossene Sachverhalte als echte Rückwirkung unzulässig. Dabei sind grundsätzlich sämtliche Fälle als abgeschlossen zu betrachten, die durch gerichtliche Auseinandersetzungen „offen“ gehalten wurden. Hat die Krankenkasse die Möglichkeit gehabt, einen Fall zu prüfen, dies aber mangels Auffälligkeiten unterlassen oder hat eine Prüfung durch den MDK stattgefunden, die aber zu keiner Beanstandung der spä-ter durch die Rechtsprechung geänderten Abrechnungsvorschrift geführt hat, muss sich das Krankenhaus auf den Bestand der Abrechnung verlassen können. Krankenhaus, Krankenkasse und ggfs. der MDK sind sich im entscheidungsrelevanten Zeitpunkt der

leistungsrechtlichen Entscheidung der Krankenkasse einig über die Anwendung der Abrechnungsvorschrift gewesen und haben den Fall nach vollständiger oder ggfs. gekürzter Zahlung der Vergütung an das Krankenhaus abgeschlossen. Dem Krankenhaus war somit nicht ersichtlich, dass dieser Fall zukünftig nochmals Gegenstand eines Rückforderungsverlangens der Krankenkasse werden könnte. Selbst wenn die in Frage kommenden, vergangenen Behandlungsfälle erst nach dem Ablauf der Verjährungsfrist als abgeschlossen angesehen werden könnten, können sich Krankenhäuser darauf berufen, dass eine rückwirkende Anwendung einer neuen höchstrichterlichen Rechtsprechung aus Gründen des Vertrauensschutzes unzulässig ist.

Um den Ausschluss der rückwirkenden Anwendung von gerichtlichen Entscheidungen rechtssicher zu gestalten, ist daher eine entsprechende gesetzliche Regelung, idealiter im Zusammenhang mit gesetzlichen Regelungen zum Abrechnungssystem, erforderlich. Daher bietet sich für den Bereich der Somatik eine Ergänzung des § 17b KHG um einen neuen Absatz 2a sowie für den Bereich der Psychiatrie eine Ergänzung des § 17d KHG um einen neuen Absatz 3a an, die jeweils deutlich machen, dass Änderungen von gesetzlichen Abrechnungsvorschriften oder für eine Abrechnung relevanter Vorschriften untergesetzlicher Art lediglich auf gleichgelagerte Abrechnungsfälle Anwendung finden, die dem Zeitpunkt der Verkündung des Urteils zeitlich nachfolgen. Eine Ausnahme kann nur für diejenigen gleichgelagerten Abrechnungsfälle gelten, die im Zeitpunkt der Verkündung des Urteils ebenfalls rechtshängig gewesen sind, da in diesen Fällen von keiner der beteiligten Parteien entsprechender Vertrauensschutz aufgebaut werden konnte, der einer rückwirkenden Anwendung der Rechtsprechung entgegensteht.

Änderungsvorschlag

§ 17b KHG wird um einen neuen Absatz 2a ergänzt:

„(2a) Werden durch Urteile gesetzliche Abrechnungsvorschriften oder für eine Abrechnung relevante Vorschriften untergesetzlicher Art einer veränderten Bewertung unterzogen, dürfen diese Änderungen nur bei solchen Abrechnungen berücksichtigt werden, die nach der Veröffentlichung der Entscheidung vorgenommen werden, es sei denn, ein vergleichbarer Abrechnungsfall ist zu diesem Zeitpunkt vor einem anderen Gericht anhängig.“

§ 17d KHG wird um einen neuen Absatz 3a ergänzt:

„(3a) Werden durch Urteile gesetzliche Abrechnungsvorschriften oder für eine Abrechnung relevante Vorschriften untergesetzlicher Art einer veränderten Bewertung unterzogen, dürfen diese Änderungen nur bei solchen Abrechnungen berücksichtigt werden, die nach der Veröffentlichung der Entscheidung vorgenommen werden, es sei denn, ein vergleichbarer Abrechnungsfall ist zu diesem Zeitpunkt vor einem anderen Gericht anhängig.“

7. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

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

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

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

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

Diese Entscheidung steht im klaren Wertungswiderspruch zu § 137c Absatz 3 SGB V, wonach die Behandlungsmethode im Krankenhaus grundsätzlich erbracht werden darf, solange deren Erbringung nicht durch einen Beschluss des G-BA verboten wurde und sie das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative aufweist. Im Ergebnis wird damit der gesetzgeberische Wille in substantieller Weise unterlaufen, so dass es hier dringend einer Anpassung bedarf. Andernfalls ist absehbar, dass gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten von der Teilhabe am medizinischen Fortschritt ausgeschlossen werden.

Die aktuelle Rechtsprechung des Bundessozialgerichts hat auch Auswirkungen auf die Vereinbarung krankenhausesindividueller Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG). Das BSG hat diesbezüglich am 19.12.2017 (Az.: B 1 KR 17/17 R) entschieden, dass die zum Zweck einer Implantation von Coils zur Reduktion des Lungenvolumens durchgeführte stationäre

näre Behandlung nicht dem Qualitätsgebot des § 2 Absatz 1 Satz 3 SGB V entspreche. Es handele sich vielmehr um eine experimentelle Methode ohne ausreichende evidenzgesicherte Basis. Eine abgeschlossene NUB-Vereinbarung nach § 6 Absatz 2 KHEntgG begründe insbesondere keinen unbedingten Zahlungsanspruch eines Krankenhauses auf nicht erforderliche Krankenhausbehandlungen. Sie biete lediglich die Möglichkeit, preisrechtliche Vereinbarungen über Zusatzentgelte für NUB zu treffen. Diese Vereinbarungen würden zudem nicht besagen, ob eine Methode dem Qualitätsgebot des § 2 Absatz 1 SGB V genüge. NUB-Vereinbarungen dürften nicht für Leistungen getroffen werden, die vom G-BA nach § 137c Absatz 1 SGB V von der Leistungserbringung ausgeschlossen seien. Daraus folge aber nicht, dass vom G-BA nicht geprüfte Methoden als mit dem Qualitätsgebot vereinbar anzusehen seien. Eine abgeschlossene NUB-Vereinbarung fingiere insbesondere nicht eine Konformität der zugrundeliegenden Methode mit dem Qualitätsgebot.

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

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

Änderungsvorschläge

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

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

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

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

8. Abgabe von Betäubungsmitteln bei Entlassung aus dem Krankenhaus

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

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

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

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

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

Änderungsvorschläge

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

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

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

- a) in Anlage II oder III bezeichnete Betäubungsmittel oder dort ausgenommene Zubereitungen herstellt,
- b) in Anlage II oder III bezeichnete Betäubungsmittel erwirbt,

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

2. ...“

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

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

1. Abgabe von in Anlage III bezeichneten Betäubungsmitteln

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

2. der Ausfuhr von Betäubungsmitteln und

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

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

„(1b) Bei der Entlassung von Patienten nach voll- oder teilstationärer oder ambulanter Behandlung im Krankenhaus darf an diese die zur Überbrückung benötigte Menge der in Anlage III bezeichneten Betäubungsmittel durch den Arzt im Krankenhaus abgegeben werden, wenn im unmittelbaren Anschluss an die Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt. Unbeschadet des Satzes 1 können an Patienten, für die die Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz 7 Satz 1 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorliegt, die zur Überbrückung benötigten in Anlage III bezeichneten Betäubungsmittel für längstens drei Tage abgegeben werden. Zur Deckung des nicht aufschiebbaren Betäubungsmittelbedarfs eines Patienten nach voll- oder teilstationärer oder ambulanter Behandlung im Krankenhaus darf der Arzt im Krankenhaus diesem unbeschadet der Sätze 1 und 2 die hierfür erforderlichen, in Anlage III bezeichneten Betäubungsmittel nur dann zur Überbrückung eines Wochentages bis zum Folgetag überlassen, soweit der Bedarf des Patienten nicht anderweitig rechtzeitig gedeckt werden kann.“

9. Versicherteninformation durch die Krankenkassen in der Qualitätssicherung

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

Änderungsvorschlag

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

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

10. Verschiebung der Frist für die Nutzung des Versichertenstammdatenmanagements durch die vertragsärztlichen Bereiche

Mit dem eHealth-Gesetz wurde eine Frist und eine Sanktion für die Nutzung des Versichertenstammdatenmanagements für den vertragsärztlichen Bereich eingeführt. Dies trifft nicht nur die Praxen, sondern auch die vertragsärztlich abrechnenden Bereiche im Krankenhaus. Die aktuell gesetzte Frist zum 31.12.2018 ist selbst für die Praxen auf Grund der fehlenden Verfügbarkeit von VSDM-Konnektoren nicht zu erreichen und behindert eine ökonomisch sinnvolle Ausstattung der Krankenhäuser mit eHealth-Konnektoren in der Ausprägung „Rechenzentrumskonnektor“, die voraussichtlich erst im Jahre 2019 von der Industrie bereitgestellt werden. Auch zeigt sich, dass im niedergelassenen Bereich die Ausstattung nicht von den Leistungserbringern, sondern durch die Verfügbarkeit der Komponenten begrenzt wird. Daher wird vorgeschlagen, die entsprechende Sanktion komplett zu streichen.

Änderungsvorschlag

In § 291 Abs. 2b des SGB V werden die Sätze 14 und 15 gestrichen.