

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0273(24)
vom 18.09.03**

15. Wahlperiode

Stellungnahme

des

Bundesverbandes Deutscher Privatkrankenanstalten e.V.

zum

**Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der
Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)
(Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)
(Drucksache 15/1525 vom 08.09.2003)**

Erster Teil: Vorbemerkungen

Das Gesundheitswesen in Deutschland steht aufgrund der demographischen und der medizinischen Entwicklung vor enormen Herausforderungen. Zudem behindert die starre sektorale Leistungserbringung die medizinischen Behandlungsabläufe und eine wirtschaftliche Leistungserbringung. Eine solidarisch finanzierte Gesundheitsversorgung auf qualitativ hohem Niveau kann nur dann sichergestellt bleiben und weiterentwickelt werden, wenn ihre Effizienz gesteigert wird. Der Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten e.V. (BDPK) setzt sich für die Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung ein. Voraussetzung dafür ist eine auf klare rechtliche Rahmenbedingungen gestützte wettbewerbliche Organisation des Gesundheitswesens, insbesondere ein Qualitätswettbewerb mit fairen Bedingungen und den notwendigen Handlungsfreiräumen, sowie mehr Transparenz.

Daher erkennt der BDPK die im Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (im folgenden „Fraktionsentwurf“ genannt) zum Ausdruck kommende Notwendigkeit, insbesondere durch die Stärkung der Patientensouveränität und die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen die Qualität, Wirtschaftlichkeit und Transparenz der gesundheitlichen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung entscheidend zu verbessern, grundsätzlich an.

Nach Auffassung des BDPK ist eine generelle Strukturreform des Gesundheitswesens notwendig, denn rein kostendämpfende Maßnahmen haben bislang die Probleme der gesundheitlichen Versorgung nicht gelöst, sondern nur temporär Abhilfe geschaffen. Der BDPK begrüßt daher die im Fraktionsentwurf vorgesehenen Maßnahmen zum Abbau bürokratischer Hemmnisse und zur Flexibilisierung der zu starren Versorgungsstrukturen, insbesondere die Einführung medizinischer Versorgungszentren, Teilöffnung der Krankenhäuser und die Neuregelung der integrierten Versorgung. Diese Maßnahmen sind ein erster wichtiger Schritt hin zu mehr Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen. Wie weit die Maßnahmen tatsächlich greifen, hängt entscheidend davon ab, dass die vorgesehenen Regelungen konkretisiert werden und ob und wie diese strukturellen Veränderungen von den Beteiligten umgesetzt werden. Nach Auffassung des BDPK kann die Qualität der medizinischen Versorgung nur dann entscheidend verbessert werden, wenn zukünftig bei der Qualitätssicherung durchgängig und vorrangig auf die Ergebnisqualität abgestellt wird.

Der Fraktionsentwurf regelt hauptsächlich den akutmedizinischen Versorgungsbereich. Allerdings wird insbesondere durch die Regelung der Leistungsanspruchnahme im EU-Ausland und die Anhebung der Zuzahlungen der Bereich der medizinischen Rehabilitation gravierend betroffen. Aufgrund der Erfahrungen mit der Umsetzung des SGB IX und bei der Einführung der strukturierten Behandlungsprogramme spricht sich der BDPK nachdrücklich auch für eine Einbeziehung zentraler Fragen des Rehabilitationsbereiches in das Gesetzgebungsverfahren aus. Dies betrifft insbesondere die Teilöffnung der Rehabilitationskliniken für die ambulante Akutversorgung und die Schaffung der Grundlagen für die Entwicklung eines Preissystems für die medizinische Rehabilitation.

Nach Auffassung des BDPK müssen im Hinblick auf eine bessere Versorgung der Versicherten die Regelungen der Teleradiologie flexibler gestaltet und bürokratische Hemmnisse abgebaut werden.

Die im Fraktionsentwurf vorgesehenen Regelungen werden im folgenden im Einzelnen gewürdigt.

Zweiter Teil: Einzelne Regelungen

I. Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

1. Zu § 13 Abs. 2 Sätze 1 und 2 - Kostenerstattung

Der BDPK begrüßt grundsätzlich die im Fraktionsentwurf vorgesehene Einführung der Möglichkeit für alle Versicherten, anstelle der Sach- und Dienstleistungen Kostenerstattung zu wählen. Diese Wahlmöglichkeit stärkt die Eigenverantwortung der Versicherten und kann zudem das Kostenbewusstsein der Versicherten stärken.

Der BDPK weist jedoch ausdrücklich darauf hin, dass die Leistungserbringer nur dann qualifizierte Leistungen wirtschaftlich erbringen können und die notwendige Planungssicherheit gegeben ist, wenn die Erstattungsbeträge durch die Versicherten zeitnah an die Leistungserbringer weitergeleitet werden. Nach Auffassung des BDPK müssen die Versicherten umfassend über die Folgen der Wahl beraten werden und näheres zur Ausgestaltung der Kostenerstattung muss in den Satzungen der Krankenkassen geregelt werden.

Änderungsvorschlag:

In § 13 Abs. 2 SGB V wird nach Satz 2 folgender Satz 3 aufgenommen:

„Das Nähere zum Verfahren der Kostenerstattung regelt die Satzung der Krankenkasse.“

2. Zu § 13 Abs. 4 und 5 SGB V - Behandlung im EU-Ausland

Mit den neuen Regelungen vollzieht der Gesetzgeber die entsprechenden Urteile des EuGH und führt einen Anspruch der Versicherten auf Inanspruchnahme von Leistungserbringern in anderen Staaten im Geltungsbereich des EG-Vertrages ein.

Nach Auffassung des BDPK ist jedoch für die stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Hinblick auf die Qualitätssicherung eine den Anspruch des Versicherten konkretisierende Regelung zwingend notwendig, da ansonsten das in Deutschland einzigartige Rehabilitationssystem und damit im Sinne der Rechtsprechung des EuGH auch die finanzielle Stabilität des deutschen Krankenversicherungssystems gefährdet ist. Zudem würde ohne eine entsprechende Konkretisierung das SGB IX unterlaufen.

Grundsätzlich sind stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation vor Beginn der Maßnahme von den Krankenkassen nach pflichtgemäßem Ermessen zu bewilligen, wobei die Krankenkasse auch die Rehabilitationseinrichtung bestimmt. Damit ist zwar bereits eine Zustimmung impliziert, diese läuft jedoch aufgrund der Neuregelung ins Leere.

Bzgl. der Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme im Ausland ist die Ausübung des pflichtgemäßen Ermessens der Krankenkassen bislang durch § 18 SGB V konkretisiert und entsprechend gebunden. Da § 18 SGB V von § 18 SGB IX abweicht, geht nach § 7 SGB IX der § 18 SGB V als spezialgesetzliche Norm dem § 18 SGB IX vor. Dessen Regelungen gelten demnach nicht für die gesetzliche

Krankenversicherung. Daher führt die in § 13 Abs. 4 SGB V als spezialgesetzliche Norm vorgesehene Änderung zu einem unbeschränkten Anspruch der Versicherten auf Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme im Ausland, wenn die Maßnahme im übrigen nach pflichtgemäßem Ermessen bewilligt werden muss. Hat der Versicherte danach einen Anspruch auf die Rehabilitationsmaßnahme, muss diese auf Antrag des Versicherten im EU-Ausland durchgeführt werden.

Da der ausländische Leistungserbringer nicht zur externen und internen Qualitätssicherung und zur Teilnahme an entsprechenden Verfahren verpflichtet ist, droht ein enormer Qualitätsverlust mit entsprechenden Folgekosten für das deutsche Sozialversicherungssystem. Solange die Qualität der Leistungserbringung im europäischen Ausland nicht gesichert ist, könnte eine im Interesse der Versicherten notwendige Verbesserung der Versorgung und eine das deutsche Sozialwesen schützende Regelung mit der nachstehenden Änderung erreicht werden:

Änderungsvorschlag:

Nach § 13 Abs. 5 Satz 2 wird folgender Satz 3 eingefügt:

„Abweichend von Absatz 4 können in anderen Staaten im Geltungsbereich des EG-Vertrages stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nur in Anspruch genommen werden, wenn sie dort bei zumindest gleicher Qualität und Wirksamkeit wirtschaftlicher ausgeführt werden können.“

3. Zu § 40 Abs. 6 SGB V - Zuzahlung für die AHB

Die Zuzahlung für die AHB wird durch die Neuregelung von 9 € auf 10 € für längstens 28 Tage angehoben und die bislang vorgesehene Anrechnung der innerhalb eines Kalenderjahres bereits geleisteten Zuzahlung entfällt. Diese Regelung bedeutet für Versicherte, die im Anschluss an die Krankenhausbehandlung eine AHB wahrnehmen und bislang maximal 126,00 € zuzahlen müssen, zukünftig eine Zuzahlung in Höhe von bis zu 560,00 € (28 x 10 € Krankenhausbehandlung und 28 x 10 € AHB).

Diese Regelung lehnt der BDPK als unverhältnismäßige Anhebung der Zuzahlung gerade für besonders schwer erkrankte und behinderte Versicherte ausdrücklich ab. Die Regelung wird auch zu enormen Folgekosten führen, da nach den Erfahrungen mit den Spargesetzen des Jahres 1996 davon auszugehen ist, dass die Durchführung des notwendigen AHB-Verfahrens von den Versicherten aus Kostengründen abgelehnt wird. Die Regelung konterkariert auch den mit der Einführung des SGB IX verbundenen Willen des Gesetzgebers, die medizinische Rehabilitation zu stärken und die Versorgung der Versicherten zu verbessern. Da die Zuzahlung bereits für 28 Tage statt wie bisher für 14 Tage zu zahlen ist, muss zumindest sichergestellt werden, dass die Versicherten nur ein mal für 28 Tage zuzahlen müssen.

Änderungsvorschlag:

In § 40 Abs. 6 SGB V wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Die innerhalb des Kalenderjahres nach § 39 Abs. 4 geleistete Zahlung ist auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen.“

4. Zu § 54 SGB V - Beitragsrückzahlung

Der BDPK begrüßt grundsätzlich die Einführung der Beitragsrückzahlung als Anreiz zu einem kostengünstigen Verhalten der freiwillig Versicherten. Die vorgesehene Regelung müsste jedoch im Hinblick auf die eine Beitragsrückzahlung nicht berührenden Leistungen deutlicher formuliert und nach Ansicht des BDPK auch ergänzt werden.

Nach Auffassung des BDPK ist es inkonsequent, wenn zum einen stationäre Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 4 die Beitragsrückerstattung nicht berühren, zum anderen medizinische Vorsorgeleistungen für Mütter die Beitragsrückerstattung berühren.

Darüber hinaus wird die Minderung der Beitragsrückzahlung bei Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei einer gleichzeitigen enormen Erhöhung der Zuzahlung dazu führen, dass notwendige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht mehr oder zu spät beantragt werden. Dieses führt zu enormen zusätzlichen Kosten für das Gesundheitswesen, denn gerade durch rechtzeitig durchgeführte geeignete Rehabilitationsmaßnahmen können hohe Folgekosten für das System gespart werden.

Änderungsantrag:

Nach § 54 Satz 4 wird folgender Satz 5 angefügt:

„Leistungen nach § 24 und §§ 40, 41 bleiben ebenfalls unberücksichtigt.“

5. Zu § 61 SGB V - Zuzahlungen

Mit den vorgesehenen Änderungen werden die von den Versicherten zu leistenden Zuzahlungen zum Teil deutlich erhöht. Die Regelungen der unzumutbaren Belastung in den Absätzen 2 und 3 werden jedoch nicht verändert. Danach liegt eine unzumutbare Belastung vor, wenn bei einem alleinstehenden Versicherten die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt 938,00 € nicht überschreiten (Zwei-Personenhaushalt 1.289,75 €, für jeden weiteren Angehörigen zuzüglich 234,50 €). Damit werden gerade Versicherte mit einem geringen Bruttoeinkommen von den Neuregelungen besonders getroffen und es steht zu erwarten, dass dieser Personenkreis allein aufgrund der nicht mehr tragbaren Zuzahlungen auf notwendige medizinische Leistungen verzichtet oder die Durchführung der Maßnahmen zeitlich verschiebt mit den Folgen einer Verschlimmerung der Erkrankung und zusätzlichen Folgekosten für das Gesundheitssystem.

Der BDPK fordert daher dringend eine Anpassung der Regelungen der unzumutbaren Belastung. Es muss entweder auf das Nettofamilieneinkommen abgestellt oder der vom Hundertsatz der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV angehoben werden.

6. Zu § 62 SGB V - Belastungsgrenze

Für chronisch Kranke soll die bisher in § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V vorgesehene komplette Befreiung von Zuzahlungen entfallen. Dabei bleibt unberücksichtigt, dass chronisch Kranke und behinderte Menschen im Verhältnis zu anderen Menschen durch die chronische Erkrankung bzw. die Behinderung mit erheblich höheren Lebenshaltungskosten belastet sind.

Daher sollte es nach Ansicht des BDPK bzgl. der wegen der chronischen Erkrankung bzw. Behinderung benötigten Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln bei der jetzigen Regelung verbleiben. Hinsichtlich der nicht durch die chronische Erkrankung bzw. Behinderung verursachten Arznei- und Verbandmittel ist die vorgesehene Neuregelung anzuwenden.

Darüber hinaus führt die neue Regelung zu Auslegungsproblemen im Hinblick auf die Definition des Status „chronisch Kranker“. Nach Auffassung des BDPK ist eine chronische Erkrankung zwar durch eine gewisse zeitliche Dauer der Behandlung und der Erkrankung gekennzeichnet, der im Fraktionsentwurf verwendete Begriff „Dauerbehandlung“ ohne entsprechende Konkretisierung kann jedoch auch dahingehend verstanden werden, dass die Erkrankung unheilbar sein muss. Da ein klares zeitliches Kriterium fehlt, ist nicht deutlich, ab wann von einer Dauerbehandlung/einer dauerhaften Erkrankung auszugehen ist und wann eine solche nicht mehr vorliegt.

Ebenfalls zu Auslegungsschwierigkeiten wird die Ergänzung der Definition der chronischen Erkrankung um das Erfordernis einer „schwerwiegenden Krankheit“ führen. Zudem ist keine Übergangsregelung vorgesehen, so dass bis zu einer Bestimmung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss kein chronisch Kranker unter die Regelung des § 62 Abs. 1 SGB V fällt. Darüber hinaus lässt der völlig unbestimmte Rechtsbegriff „schwerwiegend“ keinen eindeutigen Rückschluss auf die tatsächliche Höhe der Vergütung für die notwendigen Leistungen zu.

Nach Ansicht des BDPK muss im Gesetz selbst eine klare Definition der chronischen Erkrankung erfolgen. Die Definition einer „schwerwiegenden Erkrankung“ ist für die Bestimmung der Belastungsgrenze ungeeignet und kann als wesentliche Einschränkung für die Begrenzung der Zuzahlungen auch nicht auf den Gemeinsamen Bundesausschuss übertragen werden.

7. Zu § 95 SGB V - Medizinische Versorgungszentren

Der BDPK begrüßt ausdrücklich die Einführung medizinischer Versorgungszentren und die damit geschaffene Möglichkeit zum Aufbau innovativer Versorgungsformen, die zur Überwindung der Sektorengrenzen beitragen und die Behandlungsqualität optimieren können. Zu begrüßen ist auch, dass nunmehr auch Krankenhäuser Träger der medizinischen Versorgungszentren sein können.

Damit die medizinischen Versorgungszentren tatsächlich zu einer Stärkung des Qualitätswettbewerbs im ambulanten Bereich beitragen können, muss sichergestellt sein, dass die Zulassung der medizinischen Versorgungszentren nicht von einzelnen Leistungsbereichen blockiert werden kann. Diese Voraussetzung ist nach Auffassung des BDPK mit den im Fraktionsentwurf vorgesehenen Regelungen jedoch noch nicht gegeben.

Die Gleichstellung der medizinischen Versorgungszentren mit den Vertragsärzten und die damit geltenden Zulassungsregelungen (§ 72 Abs. 1 SGB V), die bedarfsabhängige Zulassung, die umfangreichen Beschränkungen und Genehmigungspflichten, das Vertragsarztsitzprinzip sowie die Regelung der Mitgliedschaft der in einem medizinischen Versorgungszentrum angestellten Ärzte in

der jeweils zuständigen KV (§ 77 Abs. 3 und § 95 Abs. 3 SGB V) werden die Gründung und Arbeit der medizinischen Versorgungszentren erheblich erschweren.

Daher schlägt der BDPK folgende Änderungen vor:

Änderungsvorschläge:

a. In § 96 Abs. 2 SGB V wird folgender Satz 8 eingefügt:

„Bei Anträgen und Genehmigungen eines medizinischen Versorgungszentrums gelten die Anträge bei Stimmgleichheit als angenommen und die Genehmigungen als erteilt.“

Begründung:

Mit dieser Regelung wird verhindert, dass Anträge auf Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums von einem Leistungsbereich blockiert werden können.

b. In § 95 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Bis zur Einführung einer flächendeckenden Versorgung durch medizinische Versorgungszentren sind in Bereichen, in denen Zulassungsbeschränkungen nach § 103 angeordnet sind, Bewerbungen um Vertragsarztsitze von Versorgungszentren bevorzugt zu berücksichtigen; eine flächendeckende Versorgung ist erst sichergestellt, wenn im Planungsbereich 10 vom Hundert der Vertragsarztsitze von medizinischen Versorgungszentren gehalten werden.“

Begründung:

Mit dieser Regelung wird die vom Gesetzgeber gewollte Einführung der „Versorgung aus einer Hand“ in Anlehnung an die Polikliniken gefördert.

c. In § 95 Abs. 2 SGB V wird folgender Satz 2 aufgenommen:

„Medizinische Versorgungszentren sind zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt, soweit sie an zugelassenen Krankenhäusern und auf den von diesen Krankenhäusern im Rahmen ihres Versorgungsauftrages vorgehaltenen Fachgebieten tätig sind.“

Begründung:

Es besteht ein besonderes Bedürfnis an fachübergreifender ambulanter Versorgung bei gleichzeitiger Verwirklichung der Verzahnung des ambulanten mit dem stationären Bereich. Deshalb ist für medizinische Versorgungszentren an Krankenhäusern auf die gesetzliche Direktermächtigung zurückzugreifen. Soweit jedoch eine Bedarfsplanung erhalten bleibt, müssen die Verbände der Leistungserbringer entsprechend beteiligt werden.

d. In § 103 Abs. 4 a wird folgender Satz 2 aufgenommen:

„Ein medizinisches Versorgungszentrum ist zuzulassen, wenn Vertragsärzte im Sinne des Satzes 1 in ausreichender Anzahl im Sinne einer fachübergreifenden Versorgung an dem Versorgungszentrum tätig werden.“

Begründung:

Die Regelung erleichtert den Wechsel von niedergelassenen Ärzten an medizinische Versorgungszentren und damit die Möglichkeit, fachübergreifende Versorgungsformen zu gründen.

8. Zu §§ 116 a, 116 b SGB V - Teilöffnung der Krankenhäuser

Nach Auffassung des BDPK sind die Krankenhäuser für die akutmedizinische Versorgung der Versicherten die Kompetenzzentren. Daher begrüßt der BDPK, dass

über die bereits im Gesetz geregelten Möglichkeiten (§§ 115 a, 115 b, 116 SGB V) der Krankenhäuser zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung hinaus, eine weitere Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante vertragsärztliche Versorgung vorgesehen ist.

Mit den vorgesehenen Regelungen in

- § 116 a SGB V: Ermächtigung der Krankenhäuser auf deren Antrag bei einer Unterversorgung im Vertragsarztbereich,
- § 116 b Abs. 1 SGB V: Einzelverträge zur Erbringung ambulanter Leistungen im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme

und

- § 116 b Abs. 2 SGB V: Einzelverträge zur Erbringung ambulant durchführbarer hochspezialisierter Leistungen sowie zur Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen

können Versorgungslücken in strukturschwachen Regionen geschlossen und die Versorgung der Versicherten sichergestellt werden. Zudem werden dadurch die Möglichkeiten einer sektorübergreifenden Versorgung im Interesse der Patienten verbessert.

a. § 116 a SGB V

Der BDPK begrüßt, dass in § 100 Abs. 1 SGB V nunmehr geregelt ist, wann eine Unterversorgung anzunehmen und nach § 116 a SGB V vom Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen spätestens festzustellen ist. Die vorgesehene Ausgestaltung der Öffnung berücksichtigt jedoch nicht, dass die Krankenhäuser Planungssicherheit benötigen, um den gesundheitspolitischen Auftrag erfüllen zu können. Nach Auffassung des BDPK muss daher eine Mindestdauer der Ermächtigung gesetzlich geregelt werden. Notwendig ist auch die Regelung der Vergütung und die Information der Krankenhäuser über die festgestellte Unterversorgung durch den Landesausschuss. Die Ermächtigung muss auch als Pflicht geregelt werden.

Änderungsvorschlag:

§ 116 a SGB V erhält folgende Fassung:

„Der Zulassungsausschuss ist verpflichtet, zugelassene Krankenhäuser in den Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Unterversorgung festgestellt hat, auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen. Die Ermächtigung gilt zunächst für einen Zeitraum von fünf Jahren, danach kann sie bei einer fortbestehenden Unterversorgung auf Antrag des Krankenhauses jeweils um zwei weitere Jahre verlängert werden. Der Landesausschuss informiert die Krankenhäuser im Planungsbereich über die festgestellte Unterversorgung. § 120 Absatz 1 gilt entsprechend.“

b. § 116 b Abs. 1 SGB V

In § 116 b Abs. 1 SGB V muss nach Ansicht des BDPK wie in § 116 a SGB V die Regelung der Vergütung aufgenommen werden.

9. Zu § 137 f SGB V - Strukturierte Behandlungsprogramme

Nach den bisherigen Erfahrungen bei der Einführung der strukturierten Behandlungsprogramme ist festzustellen, dass die medizinische Rehabilitation entgegen der Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion nicht

in ausreichender Weise in die strukturierten Behandlungsprogramme einbezogen wird.

Nach Auffassung des BDPK wird sich die Versorgung chronisch Kranker nicht verbessern, solange die medizinische Rehabilitation auf der Grundlage des SGB IX und der ICF nicht fester Bestandteil der Programme ist. Dabei liegt die Kompetenz und die best verfügbare Evidenz für die Behandlung chronisch Kranker in erster Linie bei den Rehabilitationseinrichtungen.

Nach Ansicht des BDPK muss daher in § 137 f SGB V klargestellt werden, dass die medizinische Rehabilitation auf der Grundlage des SGB IX und der ICF zwingender Bestandteil der strukturierten Behandlungsprogramme ist, um die Versorgung chronisch Kranker auch hinsichtlich der spezifischen Ziele der Rehabilitation nach den §§ 1, 4 Abs. 1 SGB IX über die engere Krankenversorgung hinaus entscheidend zu verbessern.

10. Zu §§ 140 a ff SGB V - Integrierte Versorgung

Die sektorale Leistungserbringung behindert die medizinischen Behandlungsabläufe und eine wirtschaftliche Leistungserbringung. Sie wird zudem auch den Patientenbedürfnissen nicht gerecht. Die starren sektoralen Grenzen müssen überwunden und die Leistungsbereiche vernetzt werden. Durch das Zusammenwirken aller Leistungserbringer aufgrund eines effizienten Schnittstellenmanagements muss ermöglicht werden, dass der Patient zum richtigen Zeitpunkt die medizinisch notwendige Behandlung in der dafür am besten geeigneten Einrichtung erhält.

Daher begrüßt der BDPK grundsätzlich die vorgesehenen Neuregelungen für die integrierte Versorgung gemäß §§ 140 a ff SGB V, insbesondere die Klarstellung, dass autonome Verträge über die Versorgung der Versicherten außerhalb des Sicherstellungsauftrages nach § 75 Abs. 1 SGB V geschlossen werden können und die Versorgung auf einzelvertraglicher Grundlage und nicht im Rahmen eines kollektivvertraglich vereinbarten Normsystems durchgeführt werden kann. Insgesamt werden durch die Neuregelungen bislang bestehende Hemmnisse abgebaut.

Nach § 140 b Abs. 4 SGB V können Leistungen im Rahmen der integrierten Versorgung auch außerhalb vom Zulassungs- oder Ermächtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers erbracht werden. Dieses kann zwar grundsätzlich zu einer Verbesserung der Versorgung führen, Voraussetzung ist jedoch, dass unbedingt die im jeweiligen Versorgungssektor bestehenden Anforderungen an die Qualitätssicherung und das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement beachtet werden.

Nach Auffassung des BDPK kann die Umsetzung der integrierten Versorgung durch eine Anschubfinanzierung wirksam gefördert werden. Für die Krankenhäuser ist jedoch die Budgetbereinigung bei Leistungserbringung im Rahmen der integrierten Versorgung in § 3 Abs. 3 Nr. 1 e) KHEntgG und in § 4 Abs. 2 Nr. 1 e) KHEntgG ausreichend geregelt, um sachgerechte Vereinbarungen auf der örtlichen Vertragsebene zu treffen. Daher lehnt der BDPK die in § 140 d Abs. 1 SGB V vorgesehenen Ausgestaltung der Anschubfinanzierung - pauschaler Einbehalt in Höhe von 1% der Krankenhausvergütung - ab. Zum einen ist der pauschale Abzug

keine Anschubfinanzierung, sondern lediglich eine Umverteilung und zudem Kürzung der Vergütung, da sich für die Krankenhäuser nicht nur der pauschale Abzug ergibt, sondern zusätzlich im Rahmen der Vergütung nach § 140 c Abs. 1 SGB V durch Bereinigung ein weiterer Abzug erfolgt. Hinzu kommt, dass die Krankenhausbudgets im kommenden Jahr nur um 0,02 % (West) bzw. 0,71% (Ost) steigen. Zum anderen ist die vorgesehene unterschiedliche Behandlung der Vertragsärzte und der Krankenhäuser im Hinblick auf den jeweiligen tatsächlich einzubehaltenden Betrag sowie die fehlende Einbeziehung der Krankenkassen nicht sachgerecht. Darüber hinaus müsste der Gesetzgeber selbst die Entscheidung über die konkrete Höhe des einzubehaltenden Betrages regeln. Es fehlt eine Regelung, dass die Mittel lediglich entsprechend des jeweiligen Anteils zur Vergütung nach § 140 c Abs. 1 verwendet werden dürfen. Unklar ist, wie die Vergütung der anderen Leistungserbringer im Rahmen der integrierten Versorgung finanziert werden soll. Da der KV-Bereich nicht mit dem Versorgungsbereich des Krankenhauses übereinstimmen muss, fehlt eine klare regionale Zuordnung der einbehaltenen Mittel. Darüber hinaus fehlt eine Regelung, dass die Krankenhäuser, die sich aus sachlichen Gründen nicht an einer integrierten Versorgung beteiligen können, die einbehaltenen Mittel zeitnah zurück erhalten.

Da der bisherige § 140 g SGB V gestrichen werden soll, entfällt künftig die Möglichkeit der Krankenkasse, aus den erzielten Einsparungen einen mit den Vertragspartnern festzulegenden Anteil für die an der Versorgungsform beteiligten Leistungserbringer und zur Förderung der Versorgungsform zu verwenden. Auch wenn zunächst bei der Einführung der Versorgungsform nicht mit Einsparungen zu rechnen ist, sollte die Regelung grundsätzlich als Anreiz für den Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung bestehen bleiben.

11. Zu § 305 Abs. 2 SGB V - Auskünfte an Versicherte

Nach Auffassung des BDPK muss der den Leistungserbringern entstehende Aufwand für die Ausstellung der „Patientenquittung“ so gering wie möglich gehalten werden. Daher ist die Geltendmachung des Anspruchs durch die Versicherten zeitlich zu befristen und für die Ausgestaltung der „Patientenquittung“ sind Regelungen und Verfahren zu wählen, die bereits vorhanden sind. In Betracht kommt hier die Rechnungstellung an Privatpatienten.

Aus Sicht des BDPK ist abzulehnen, dass die in Satz 1 genannten Leistungserbringer eine von den Versicherten zu zahlende Aufwandspauschale in Höhe von einem Euro erhalten sollen und die Versicherten die Versandkosten übernehmen. Hier ist eine für alle in Absatz 2 genannten Leistungserbringer einheitliche Regelung vorzusehen.

II. Nicht im Fraktionsentwurf enthaltene Themenbereiche

1. Klassifikations- und Preissystem für die medizinische Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation als eigenständige Säule des bundesdeutschen Sozialwesens ist der wesentliche Leistungsbereich ohne ein eigenes gesetzlich geregeltes Instrumentarium zur Preisfindung.

Nach Auffassung des BDPK ergibt sich die Notwendigkeit eines Preissystems für die medizinische Rehabilitation insbesondere aus der Einführung des G-DRG-Systems im Krankenhausbereich, denn dieses birgt die Gefahr der Leistungs- und Kostenverlagerung in den Rehabilitationsbereich ohne eine entsprechende Vergütung in sich. Eine solche Entwicklung träfe vor allem die chronisch Kranken, da für deren Behandlung bei nur begrenzt zur Verfügung stehenden Ressourcen noch weniger Mittel eingesetzt werden könnten. Es ist sicherzustellen, dass innerhalb der Behandlungskette an jeder Stelle die notwendige Leistung bedarfsgerecht erbracht wird.

Die mit der Einführung eines Preissystems für die medizinische Rehabilitation auf der Grundlage eines Klassifikationssystems verbundene Definition der Schnittstelle zwischen Akut- und Rehabilitationsversorgung verhindert nicht nur die Verlagerung von Kosten für akutmedizinische Leistungen in andere Leistungsbereiche, sondern ermöglicht auch, die Kosten in der Gesamtbehandlungskette leistungsgerecht zuzuordnen und fördert somit eine sektorübergreifende Versorgung der Versicherten.

Um dieses zu erreichen, fordert der BDPK die Entwicklung und die Einführung eines Preissystems für die medizinische Rehabilitation auf der Grundlage eines eigenen Klassifikationssystems, das nicht an Diagnosen, sondern an den Richtlinien der WHO zu Impairments (Schädigungen), Disabilities (Fähigkeitsstörungen) und Handicaps (Beeinträchtigungen) orientiert ist.

Da die Entwicklung eines solchen Preissystems Zeit in Anspruch nimmt, fordert der BDPK für die Übergangszeit, dass in § 21 SGB IX eine verbindliche Regelung aufgenommen wird, die sicherstellt, dass eine angemessene Vergütung den bedarfsgerecht, geeigneten und qualifiziert erbrachten Leistungen folgt und dass diese Leistungen tatsächlich nur in geeigneten Einrichtungen erbracht werden. Die Umsetzung dieser Regelung muss in einem Bundesrahmenvertrag nach § 21 Abs. 2 SGB IX erfolgen, der mit den maßgeblichen Verbänden der Leistungserbringer zu vereinbaren ist.

Änderungsvorschläge:

1. Änderung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch

a. Änderung des § 21 Abs. 2

In Absatz 2 Satz 1 werden

das Wort „können“ durch das Wort „vereinbaren“ ersetzt,

nach den Worten „Rehabilitationsdienste- und Einrichtungen“ folgende Worte eingefügt: „bzw. der für die Wahrnehmung ihrer Interessen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände.“

das Wort „vereinbaren“ am Satzende gestrichen.

Begründung

Bislang wurden wegen des den Rehabilitationsträgern eingeräumten Ermessensspielraumes keine Rahmenverträge abgeschlossen. Da der Abschluss von Rahmenverträgen jedoch der beabsichtigten Vereinheitlichung dient, wird die Ermessensregelung durch eine verbindlichere Fassung ersetzt. Klarstellend wird geregelt, dass die Rahmenverträge auch mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände abgeschlossen werden können.

b. Einfügung eines neuen Absatzes 5 in § 21

Nach § 21 Absatz 4 wird folgender Absatz 5 eingefügt:

„(5) Die Spitzenverbände der Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1, 3 und 4 und die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände entwickeln als Grundlage der Regelungen nach Absatz 1 Nr. 2 für die Leistungen nach § 5 Nr. 1 gemeinsam ein Patientenklassifikationssystem. Dabei sind für die Kategorisierung des Rehabilitationsbedarfs die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) heranzuziehen. Die Beteiligten nach Satz 1 vereinbaren im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung bis 31.12.2003 in einem Rahmenvertrag nach Absatz 2 das Nähere zur Organisation, Entwicklung, Erprobung und Einführung des Systems. Dabei regeln sie, ab wann und wie lange das entwickelte Patientenklassifikationssystem erprobt wird. Während der Erprobungsphase vereinbaren die Beteiligten nach Satz 1 auf der Basis der erzielten Ergebnisse die Grundsätze der Vergütung (Abs. 1 Nr. 2), die ab dem 01.01.2007 anzuwenden sind. Die Kosten für die Organisation und Entwicklung tragen die in Satz 1 genannten Rehabilitationsträger nach dem Verhältnis der im Jahr 2002 abgeschlossenen medizinischen Leistungen zur Rehabilitation.“

Begründung:

Die medizinische Rehabilitation ist der wesentliche Leistungsbereich im bundesdeutschen Sozialwesen ohne ein eigenes gesetzlich geregeltes Instrumentarium zur Klassifikation der Leistungen und zur Preisfindung.

Die Notwendigkeit zur Entwicklung und Einführung eines solchen Preissystems für die medizinische Rehabilitation auf der Grundlage eines eigenen Klassifikationssystems ergibt sich insbesondere aus der Einführung des Fallpauschalensystems (G-DRG-System) im Krankenhausbereich.

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen prognostiziert in seinem Jahresgutachten 2003 einen deutlichen Mehrbedarf an Leistungen in der Rehabilitation, der durch entsprechende finanzielle Ressourcen gedeckt werden muss, wenn Einbußen in der Gewährung von Rehabilitationsleistungen vor allem für chronisch kranke und behinderte Menschen verhindert werden sollen. Als Auswirkung der DRG-Einführung sieht der Sachverständigenrat eine Zunahme der durchschnittlichen medizinischen Fallschwere der Patienten in Rehabilitationseinrichtungen. Durch eine frühzeitigere Entlassung der Patienten aus dem Krankenhaus werden Rehabilitationseinrichtungen dementsprechend vermehrt akutstationäre Aufgaben wahrnehmen müssen. Dies würde – unter Beibehaltung der bisherigen gesetzlichen Befristungsregelungen hinsichtlich der Dauer der Rehabilitationsmaßnahmen – zu Lasten der originären rehabilitativen Versorgung der Patienten gehen.

Eine solche Entwicklung träfe vor allem chronisch kranke und behinderte Menschen, da für deren Behandlung bei nur begrenzt zur Verfügung stehenden Ressourcen noch weniger Mittel eingesetzt werden könnten. Um einer solchen Entwicklung entgegenzuwirken, stellt die Einführung eines Preissystems für die medizinische Rehabilitation auf der Grundlage eines Klassifikationssystems sicher, dass innerhalb der Behandlungskette an jeder Stelle die notwendige Leistung bedarfsgerecht und zielgerichtet erbracht werden kann.

Die mit der Einführung eines Preissystems für die medizinische Rehabilitation auf der Grundlage eines Klassifikationssystems verbundene Definition der Schnittstelle zwischen Akut- und Rehabilitationsversorgung verhindert nicht nur die Verlagerung von Kosten für akutmedizinische Leistungen in andere Leistungsbereiche zu Lasten der Versicherten, sondern ermöglicht auch, die Kosten in der Gesamtbehandlungskette leistungsgerecht zuzuordnen und fördert somit eine sektorübergreifende Versorgung der Versicherten.

Das DRG-System ist methodisch nicht geeignet, die Versorgungsinhalte von Rehabilitation und Pflege angemessen abzubilden. Dies hat in allen Ländern, die DRG-Systeme eingeführt haben, dazu geführt, dass nachfolgend korrespondierende Klassifikationssysteme für die Rehabilitation und Pflege entwickelt und eingeführt wurden.

Nach diesen internationalen Erfahrungen ist das DRG-System überall dort methodisch nicht geeignet, wo die Klassifikation die folgenden Gegebenheiten berücksichtigen muss:

- Versorgung in Einrichtungen mit *langen Verweildauern* ihrer Patienten,
- Patienten mit einem *hohen Aufwand persönlicher Zuwendung* (Pflege, Lebensbegleitung und persönliche Intervention),
- Stark differierende Problem- und Lebenslagen der Nutzer, große Spannweite von Bedarfen und in jeder Hinsicht eine große Heterogenität (auch hinsichtlich der möglichen Leistungserbringung),
- Krankheitsverläufen mit *stark unterschiedlichen Prognosen* (aufsteigende, konstante, phasenhafte, abwärtsgerichtete Krankheitslinien) und zeitlich unterschiedlich hohem Behandlungsm-, Rehabilitations- und Stabilisierungsaufwand,
- umfangreiche Stützungsmaßnahmen des unmittelbaren sozialen Umfeldes der Patienten, z.B. der Angehörigen

Zahlreiche internationale Versuche, entweder die DRG-Systeme so zu verändern, dass sie mindestens in Teilen der Rehabilitation und Pflege Anwendung finden können, sind gescheitert, sodass für diese Bereiche spezielle komplementäre Klassifikationssysteme entwickelt werden mussten. Ursächlich dafür ist, dass die bei DRG-Systemen eingesetzten patientenbezogenen Daten wie Diagnosen, Operationen und Alter im akutstationären Bereich ausreichend gut geeignet sind, um den durchschnittlich zu erwartenden Behandlungsaufwand zu ermitteln. In den Bereichen wie Rehabilitation und Pflege ist dies jedoch nicht der Fall, weil sich der Ressourceneinsatz in diesen Bereichen nicht aus der Diagnose, sondern dem Grad der Teilhabeschädigung und den anzustrebenden Rehabilitationszielen ableitet. Auf der Basis der im Rahmen des DRG-Systems erhobenen patientenbezogenen Daten lassen sich deshalb dafür keine aufwandshomogenen Gruppen bilden. Vielmehr sind im Zusammenhang mit Teilhabestörung und Rehabilitationsziel zusätzliche Daten notwendig, die zwangsläufig ein anderes Codierungssystem und ein von den DRG's abweichendes Klassifizierungssystem bewirken. Die Bundesministerin für Gesundheit hat bereits in einem Schreiben vom 13.3.2001 die Auffassung vertreten, dass DRG-Fallpauschalsysteme ausschließlich auf die Klassifikation akutstationärer Behandlungsfälle ausgelegt sind und deshalb für medizinische Rehabilitationssysteme und die Pflege im internationalen Vergleich gesonderte Fallpauschalsysteme existieren. Auch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen stellt in seinem Jahresgutachten 2003, Teil II, ausdrücklich fest, dass die Maßstäbe und Erfahrungen der Akutmedizin nicht ohne

weiteres auf den Bereich der Rehabilitation übertragen werden können (S. 78 f) und spricht sich nachdrücklich gegen zeitinvariante Fallpauschalen oder Komplexpauschalen aus (S. 79 f).

Die Rehabilitationseinrichtungen können ihrer Verantwortung für eine bedarfsgerechte und zielgerichtete Leistungserbringung in geeigneter Form und ihrer gesetzlichen Verpflichtung zur Sicherung der Qualität der Leistungen nur nachkommen, wenn sie in der Lage sind, eine leistungsbezogene und angemessene Vergütung auf der Grundlage einheitlicher Regelungen zu vereinbaren. Zudem kann durch die Einführung eines Preissystems mit einrichtungsübergreifenden Vergütungsregelungen für die medizinische Rehabilitation auf der Grundlage eines eigenen Klassifikationssystems für diesen Bereich ein Qualitätswettbewerb tatsächlich entstehen.

Um für den Bereich der Rehabilitation eine Fehlentwicklung auszuschließen, werden die Verbände der Rehabilitationsträger und Leistungserbringer verpflichtet, entsprechend den internationalen Erfahrungen nunmehr auch in Deutschland ein Klassifikationssystem für die Rehabilitation zu entwickeln und dabei auf die internationalen Maßstäbe (ICF) sowie international eingeführte Verfahren zurückzugreifen.

Werden die Grundlagen noch in diesem Jahr gelegt, erscheint es möglich, die Entwicklungsarbeiten bis Ende 2005 abzuschließen, sodass das System 2006 ein Jahr erprobt werden und zeitgleich mit dem Termin für die letzte DRG-Phase am 1.1.2007 als Grundlage der Vergütungsverhandlungen zur Verfügung stehen kann.

Die Regelung im Rahmen des SGB IX ist notwendig, weil verschiedene Rehabilitationsträger einbezogen sein müssen. Aus der Kostenverteilung wurden die Kriegsopferversorgung und die Jugendhilfe mit Blick auf die geringen Leistungszahlen bzw. wegen der rückläufigen Aufgabenstellung nach dem BVG ausgenommen.

2. Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

a. Änderung des § 111 Abs. 1

Nach § 111 Abs. 1 Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Für Rehabilitationseinrichtungen gilt § 21 SGB IX.“

b. Änderung des § 111 Abs. 5

Nach dem Wort „Rehabilitationseinrichtungen“ wird das Wort „leistungsgerecht“ eingefügt.

Begründung:

Nach § 7 SGB IX sind die Regelungen des SGB IX seit dem 01.07.2001 von allen Rehabilitationsträgern anzuwenden, soweit keine spezialgesetzlichen Vorschriften bestehen. Die für die Rehabilitationsträger danach weitergeltenden Leistungsgesetze sehen zum Teil Vorschriften über den Abschluss von Versorgungsverträgen vor. So sind die Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern im 4. Kapitel des SGB V geregelt (§§ 69 bis 140 h). Diese Regelungen, also auch § 111 SGB V, gelten gegenüber den §§ 17, 19 u. 21 SGB IX vorrangig weiter. Solange § 21 SGB IX daher nicht vorrangig von den gesetzlichen Krankenkassen anzuwenden ist, ist ein Verweis in § 111 Abs. 1 SGB V für eine einheitliche Regelung erforderlich. Gleiches gilt für die Klarstellung, dass die Vergütung leistungsgerecht sein muss, denn die Entwicklung eines Preissystems auf der Grundlage eines Klassifikationssystems nimmt Zeit in Anspruch und die Verlagerungseffekte aus dem Krankenhausbereich

werden mit Beginn der Konvergenzphase des DRG-Systems ab dem 01.01.2005 zunehmen.

2. Ambulante Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen

Der BDPK bedauert, dass im Fraktionsentwurf eine Öffnung der Einrichtungen der Behindertenhilfe und Rehabilitationseinrichtungen nicht mehr vorgesehen wird.

Nach Auffassung des BDPK müssen sich die Rehabilitationskliniken generell an der ambulanten fachärztlichen Versorgung beteiligen können, da gerade in den neuen Bundesländern eine hohe Dichte von Rehabilitationskliniken mit hervorragender personeller und apparativer Ausstattung vorhanden ist und so ein Beitrag zur Lösung der Versorgungsengpässe geleistet werden kann. Dieses kann insbesondere im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen und einer integrierten Versorgung erfolgen, da hierdurch die Möglichkeiten einer sektorübergreifenden Versorgung im Interesse der Patienten verbessert wird.

3. Belegarztwesen

Mit dem Belegarztwesen besteht grundsätzlich eine gute Möglichkeit, die Trennung zwischen der ambulanten und stationären Versorgung zu überwinden und eine sektorenübergreifende Versorgung zu gewährleisten. Nach Auffassung des BDPK führt jedoch die derzeitige Ausgestaltung der Finanzierung des Belegarztsystems zu erheblichen Problemen, da die getrennte Vergütung der belegärztlichen Leistung aus dem KV-System einerseits und andererseits die gesonderte Berechnung der entsprechenden Krankenhausleistung nach § 8 Abs. 2 Satz 2 KHEntgG einer tatsächlichen Verbesserung der sektorübergreifenden Versorgung entgegen steht.

Mit der Einführung des Fallpauschalensystems soll erreicht werden, dass das „Geld der Leistung“ folgt. Das bereits nach der BPfIV nicht transparente Abschlagsverfahren – pauschale Abschläge von teilweise mehr als 20% bei Belegkrankenhäusern und -abteilungen – wird jedoch im neuen Entgeltsystem fortgeschrieben. Bei der Ermittlung von Basisfallwerten und Relativgewichten erfolgt eine Trennung zwischen Haupt- und Belegabteilung, die Kalkulation der Abschläge ist nicht transparent. Dieses führt zu Wettbewerbsverzerrungen. Gleichzeitig wird durch die getrennte Abrechnung der Leistungen von Belegkrankenhause und -arzt aus unterschiedlichen Budgets die politisch gewollte Aufhebung der sektoralen Trennung weiter verhindert.

Eine Verbesserung der sektorübergreifenden Versorgung, eine flexiblere Organisation, mehr Wettbewerb und eine erhebliche Vereinfachung des DRG-Systems kann nach Ansicht des BDPK nur dann erreicht werden, wenn die Vergütung der belegärztlichen Leistungen außerhalb des KV-Systems erfolgt, im Fallpauschalenkatalog ein Kostengewicht je DRG eingeführt wird und den Leistungserbringern die Verteilung der Vergütung vorbehalten bleibt. Nach Auffassung des BDPK müssen die Voraussetzungen für diese dringend notwendige Strukturveränderung im Rahmen dieser Gesundheitsreform geschaffen werden.

4. Teleradiologie

Die derzeit geltende Röntgenverordnung sieht in § 3 Abs. 4 lediglich die grundsätzliche Möglichkeit zum Betrieb einer Röntgeneinrichtung zur Teleradiologie im Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienst vor. Von diesem Grundsatz abweichend kann dann eine Genehmigung, über den Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienst hinaus teleradiologische Anwendungen zu betreiben, erteilt werden, wenn neben den allgemeinen Voraussetzungen ein Bedürfnis im Hinblick auf die Patientenversorgung besteht.

Dies ist nach Ansicht des BDPK eine viel zu enge bürokratische und im Hinblick auf die Entwicklungsmöglichkeiten der Krankenhäuser und die Verbesserung der Versorgung der Versicherten unbefriedigende Regelung, die zudem auch sachlich nicht überzeugend ist. Zudem bleibt es den Gewerbeaufsichtsämtern als zuständige Behörden überlassen, den unbestimmten Rechtsbegriff „Bedürfnis“ zu überprüfen und die Behörde hat selbst bei Bestehen eines solchen Bedürfnisses durch die „Kann-Regelung“ der Genehmigungserteilung noch einen Ermessensspielraum. Daher fordert der BDPK eine Novellierung der Röntgenverordnung dahin gehend, dass das Betreiben von teleradiologischen Einrichtungen zeitlich unbefristet ermöglicht wird.

Änderungsvorschlag:

§ 3 Abs. 4 RöV erhält folgende Fassung:

„Für eine Genehmigung zum Betrieb einer Röntgeneinrichtung zur Teleradiologie müssen zusätzlich zu Absatz 2 und 3 folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

Es ist gewährleistet, dass

- 1. Eine Person nach § 24 Abs. 1 Nr. 1, die sich nicht am Ort der technischen Durchführung der Untersuchung befindet, nach eingehender Beratung mit dem Arzt nach Nr. 3 die rechtfertigende Indikation nach § 23 Abs. 1 für die Anwendung von Röntgenstrahlung am Menschen stellt, die Untersuchungsergebnisse befundet und die ärztliche Verantwortung für die Anwendung der Röntgenstrahlung trägt,*
- 2. die technische Durchführung durch eine Person nach § 24 Abs. 2 Nr. 1 oder 2 erfolgt,*
- 3. am Ort der technischen Durchführung ein Arzt mit den erforderlichen Kenntnissen im Strahlenschutz vorhanden ist, der insbesondere die zur Feststellung der rechtfertigenden Indikation erforderlichen Angaben ermittelt und an die Person nach Nr. 1 weiterleitet sowie den Patienten aufklärt,*
- 4. die Person nach Nr. 1 mittels Telekommunikation unmittelbar mit den Personen nach Nr. 2 und 3 in Verbindung steht,*
- 5. die elektronische Datenübertragung dem Stand der Technik entspricht und eine Beeinträchtigung der diagnostischen Aussagekraft der übermittelten Daten und Bilder nicht eintritt und*

Die Genehmigung zum Betrieb einer Röntgeneinrichtung zur Teleradiologie kann auf den Nacht- und Wochenenddienst beschränkt werden, wenn ein weitergehendes Bedürfnis im Hinblick auf die Patientenversorgung nicht besteht.“

Begründung:

Durch die vorgeschlagene Änderung werden die bürokratischen Hemmnisse abgebaut, ohne die Strahlenschutzbelange zu vernachlässigen.

Nach Ansicht des BDPK ist nicht erforderlich, dass ein über einen Fachkundenachweis verfügender Arzt binnen einer Frist von einer Stunde am Ort der

technischen Durchführung erreichbar ist, ebenso ist die kurzfristige Anwesenheit eines Arztes mit Fachkundenachweis im Strahlenschutz vor Ort nicht erforderlich. Im Fall eines **technischen Notfalls**, z. B. eines defekten Gerätes, muss ohnehin ein Techniker vor Ort sein. Für **nicht „strahlenspezifische“ Notfälle** ist ein mit einem entsprechenden Fachkundenachweis versehener Arzt ohnehin nicht erforderlich, z. B. im Fall eines Sturzes des Patienten von der Untersuchungsliege, im Falle plötzlich auftretender Herz-Kreislauf-Probleme usw. Überdies ist in solchen Fällen eine Reaktionszeit von ca. einer Stunde ohnehin viel zu lang. Die Röntgenverordnung berücksichtigt außerdem nicht, dass am Ort der technischen Durchführung ohnehin ein sachkundiger Arzt anwesend ist. Findet die technische Durchführung in einem Krankenhaus statt, so ist ohnehin für kompetente ärztliche Betreuung gesorgt. Somit sind keine Notfälle denkbar, in denen es eines mit einem Fachkundenachweis versehenen Arztes am Ort des Geschehens bedürfte.

Die einschränkende Regelung in der Röntgenverordnung soll „einer überregionalen Ausweitung teleradiologischer Kommunikationssysteme entgegenwirken“, die persönliche Kontakte zwischen dem Arzt mit der erforderlichen Fachkunde im Strahlenschutz und dem Arzt am Ort der Untersuchung zum Nachteil des Patienten ausschließen könnte. Dieses ist nur dann richtig und zulässig, wenn aus einer gewissen räumlichen Nähe auf das Vorhandensein eines persönlichen Kontaktes geschlossen werden kann. Dies mag zwar gelegentlich so sein, ist jedoch nicht zwingend. Überdies lässt sich z. B. durch die Verpflichtung zur Errichtung einer Videokonferenzanlage ein ähnliches Ergebnis erzielen.

Sofern die Röntgenverordnung darüber hinaus abstrakt einer „überregionalen Ausweitung teleradiologischer Kommunikationssysteme“ entgegenwirken soll, ist dies kein zulässiges Ziel der Röntgenverordnung. Es ist nicht erkennbar, inwieweit überregionale teleradiologische Strukturen einer optimalen Patientenversorgung im Wege stehen und die Gefahr unnötiger Untersuchungen heraufbeschwören. Das Gegenteil ist richtig: Durch die Bündelung der Kompetenz zur Indikationsstellung und zur Befundung auf hochqualifizierte Zentren wird die Qualität der Patientenversorgung in entscheidender Weise gesteigert. Teleradiologie dient gerade auch in überregionalen Strukturen dazu, die Qualität der Patientenversorgung sicherzustellen. Allein durch den quantitativen Anstieg der Indikationsstellungen und Befundungen an dafür spezialisierten Instituten wird die Einführung der Teleradiologie für einen Qualitätssprung bei den bildgebenden Verfahren sorgen.

Der BDPK hält aus den o.g. Gründen auch die Beschränkung der Teleradiologie auf den Nacht- und Wochenenddienst für ungeeignet. Die bisherige beschränkte Zulassung wird vor Ort zu erheblichen praktischen Problemen aufwerfen. So sind Fälle denkbar, in denen durch die teleradiologische Versorgung eine Indikationsstellung und Befundung durch hochqualifizierte Spezialisten an einem größeren Institut gegeben ist, im Normalfall aber eine Indikationsstellung und Befundung durch weniger spezialisierte Radiologen vor Ort erfolgen wird. Dies ist Patienten kaum zu vermitteln. Es ist nicht einsichtig, weshalb mittags eine Befundung von einem „normalen“ Radiologen durchgeführt wird, während abends und am Wochenende hierfür ein möglicherweise hochqualifizierter Spezialist eines überörtlichen Zentrums zur Verfügung steht. Zum anderen ist das Kriterium des Bedürfnisses im Hinblick auf die Patientenversorgung in seinen Konturen völlig unklar. So lässt sich z. B. mit sehr guten Gründen vertreten, dass jede Form der qualifizierteren Patientenversorgung bei gleichbleibenden Kosten ein Bedürfnis ist.

Dies muss gerade vor dem Hintergrund geltend, dass die Röntgenverordnung dem Patienten dienen und ihn schützen soll. Zur Abgrenzung derjenigen Fälle, in denen die Teleradiologie lediglich einem Gewinnstreben bestimmter Beteiligter dient, ist die vom BDPK vorgeschlagene Formulierung völlig ausreichend.

III. Artikel 13 und 14: Änderung der BPfIV und des KHEntgG

Der BDPK begrüßt, dass in § 6 Abs. 5 BPfIV und § 4 Abs. 13 u. 14 KHEntgG Regelungen zur Finanzierung der Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen in den Krankenhäusern vorgesehen sind.

Da im Entwurf jedoch noch keine konkreten Beträge vorgesehen sind, kann zur Zeit nicht beurteilt werden, ob für den Fall der Umsetzung der EuGH-Rechtsprechung genügend Mittel zur Verfügung gestellt werden sollen.