



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Stand: 19.11.2008

**Entwurf eines Gesetzes
zum ordnungspolitischen Rahmen
der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009
(Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG)
[Drs. 16/10807]**

Stellungnahme der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung

**Teil 1
Regierungsentwurf des KHRG und
Stellungnahme des Bundesrates**

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung sieht von einer Stellungnahme zum Regierungsentwurf sowie zur Stellungnahme des Bundesrates ab.

**Teil 2
Im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens einzubringende Gesetzgebungs-
vorschläge zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)**

- I. **Entwurf Formulierungshilfe zum Änderungsantrag 6 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD = Sonderregelung für Praxiskliniken (§ 122 SGB V / § 140b Abs. 1 SGB V)**

Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sind Änderungsanträge in Form von Formulierungshilfen seitens der Fraktionen der CDU/CSU und SPD bekannt geworden, die ergänzende Vorschläge zur Änderung auch des SGB V enthalten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erlaubt sich zu dem vorgenannten Änderungsvorschlag folgende Stellungnahme abzugeben:

Praxiskliniken sind nach § 115 Abs. 2 Nr. 1 SGB V „Einrichtungen, in denen die Versicherten durch Zusammenarbeit mehrerer Vertragsärzte ambulant und stationär versorgt werden“.

Der Vorschlag sieht vor, dass der GKV-Spitzenverband und „die für die Wahrnehmung der Interessen der in Praxiskliniken tätigen Vertragsärzte gebildete Spitzenorganisation“ in einem Rahmenvertrag einen Katalog von in Praxiskliniken ambulant oder stationär durchführbarer stationsersetzender Behandlungen und Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse vereinbaren.

Die Ergänzung in § 140b SGB V würde es ermöglichen, dass Praxiskliniken bzw. ihre Zusammenschlüsse Verträge über integrierte Versorgung mit Krankenkassen abschließen. Im Hinblick auf die sektorübergreifende (ambulant/stationär) bzw. interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung würden Praxiskliniken auch naheliegende Vertragspartner für solche Verträge darstellen können.

Den Vorschlag lehnt die Kassenärztliche Bundesvereinigung entschieden ab.

Der Rahmenvertrag stellt einen Vertrag zu Lasten Dritter dar, indem nämlich Katalogleistungen unabhängig von dem Regelungsinstrumentarium der vertragsärztlichen Versorgung, aber auch der stationären Versorgung festgelegt werden. Die ambulanten Katalogleistungen müssen jedoch aus der Gesamtvergütung vergütet werden. Auch der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) [§ 87 SGB V] ist betroffen. Ebenso verhält es sich mit den Qualitätssicherungsmaßnahmen, welche unabhängig von der Kompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Kompetenz der Bundesmantelvertragspartner (im ambulanten Bereich [§ 135 Abs. 2 SGB V]) festgelegt werden würden.

Der Vorschlag ist zumindest missverständlich auch so gefasst, dass davon auszugehen ist, dass neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich durch die neuen Vertragspartner festgelegt werden können, ohne dass der Gemeinsame Bundesausschuss damit zu befassen wäre.

II. Gesetzgebungsvorschlag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: Verwendung von Abrechnungsdaten aus Apotheken und von sonstigen Leistungserbringern in Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bittet außerdem, im Gesetzgebungsverfahren den beigefügten Gesetzgebungsvorschlag zu § 285 und § 300 SGB V zu beraten und zu beschließen. Für die Einzelheiten dürfen wir auf die beigefügte Anlage verweisen.

gez. Dr. Köhler

Vorsitzender des Vorstandes
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

**Anlage zur Stellungnahme der
Kassenärztlichen Bundesvereini-
gung zum KHRG-E**

19.11.2008

Gesetzgebungsvorschlag

**Verwendung von Abrechnungsdaten aus Apotheken und von sonstigen
Leistungserbringern in Kassenärztlichen Vereinigungen**

I. Ausgangslage

Gemäß § 300 Abs. 2 Satz 3 SGB V dürfen die Rechenzentren die Daten nach § 300 Abs. 1 SGB V den Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln, soweit diese Daten zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 73 Abs. 8, § 84 und § 305a SGB V erforderlich sind.

Nach § 84 Abs. 2 Nrn. 5 und 6 SGB V sind bei der Anpassung des Ausgabenvolumens der wirtschaftliche und qualitätsgesicherte Einsatz innovativer Arzneimittel sowie die Veränderungen der sonstigen indikationsbezogenen Notwendigkeit und Qualität bei der Arzneimittelverordnung zu berücksichtigen. Zur Beurteilung der Qualität der Arzneiverordnung müssen die Verordnungen jeweils auf den verordnenden Arzt aber auch auf den Patienten beziehbar sein, um z.B. evtl. Arzneimittelkontraindikationen oder Doppelverordnungen erkennen zu können. Um darüber hinaus beurteilen zu können, ob die Verordnung indikationsbezogen (Auswahl und Dosierung von Präparaten) lege artis erfolgt, müssen auch die Behandlungsdiagnosen bekannt sein. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit der Zusammenführung der Arzneiverordnungsdaten mit Abrechnungsdaten der vertragsärztlichen Versorgung.

Aus den Vorschriften zur morbiditätsorientierten Vergütung ergeben sich weitere, neue Anforderungen an die Verwendung zusammengeführter Abrechnungs- und Arzneimittelabrechnungsdaten. Die Erhebung der Arzneimittelabrechnungsdaten ist erforderlich, um gemäß § 285 Abs. 1 Nr. 2 SGB V die Sicherstellung und Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten und die Richtigkeit der Abrechnung prüfen zu können. Um den notwendigen mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundenen Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 SGB V zu ermitteln, wird es notwendig, dass neben den Angaben zur ärztlichen Leis-

tung gemäß § 295 Abs 2 SGB V auch veranlasste Leistungen (insbesondere Arzneimittelverordnungen) bewertet werden. Aufgrund des hohen Pauschalierungsgrades der vertragsärztlichen Gebührenordnung wird die Aussagefähigkeit der vertragsärztlichen Abrechnungsdaten zum Stellenwert und der Plausibilität von Behandlungsdiagnosen, zum Schweregrad der Erkrankung und zur Intensität der Behandlung in Verbindung mit Arzneimittelverordnungen deutlich verbessert. Gleiches gilt für die Prüfung der Abrechnung, die der Tatsache Rechnung tragen muss, dass nach den Vorgaben des § 87a SGB V den Behandlungsdiagnosen nunmehr umfänglich eine abrechnungsbegründende Bedeutung zukommt. Hierbei ist auch zu berücksichtigen, dass bei der Weiterentwicklung des morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleichs gemäß § 268 Abs. 1 Nr. 1 SGB V i.V.m. § 31 Abs. 2 Nr. 3 RSAV neben Diagnosen Arzneiverordnungen zu berücksichtigen sind, und die Krankenkassen als Verhandlungspartner der Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Vorbereitung von Verträgen über diese Daten insgesamt verfügen können. Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen daher unabhängig von den künftigen Vorgaben des Bewertungsausschusses gemäß § 87a Abs. 5 SGB V in gleicher Weise handlungsfähig gemacht werden.

II. Problem

Die Bestimmung der Verwendung von Arzneimittelabrechnungsdaten bedarf einer Klarstellung, dass diese für die Zwecke der Steuerung der Verordnungsqualität sowie für Zwecke der Bestimmung der Morbiditätsstruktur und des notwendigen Behandlungsbedarfs in der morbiditätsorientierten Vergütung mit Abrechnungsdaten der vertragsärztlichen Versorgung zusammengeführt werden dürfen. Mit der Einführung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung hat der Gesetzgeber die Vergütung auf eine neue Grundlage gestellt, die es erfordert, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen in die Lage versetzt werden, dieser Aufgabe nachzukommen.

III. Lösung

Die Bestimmung zum Verwendungszweck der gemäß § 300 Abs. 2 Satz 3 SGB V an die Kassenärztliche Vereinigungen übermittelte Daten wird durch einen Verweis auf §§ 285 Abs. 1 Nr. 2 und 106a SGB V erweitert. Dies stellt klar, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen berechtigt sind, Verordnungsdaten mit Abrechnungsdaten der vertragsärztlichen Versorgung auch zum Zwecke der Sicherstellung der Vergütung und zum Zwecke der Abrechnungsprüfung zusammenzuführen. Da die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Verhandlung der

Gesamtvergütungen zunehmend überregional organisierten Vertragspartnern gegenüber stehen, sollen sie bei der Datenaufbereitung ihrerseits überregional kooperieren können.

IV. Gesetzgebungsvorschlag

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

1. In § 285 Abs. 3 wird folgender Satz 7 angefügt:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen dürfen die nach Absätzen 1 und 2 rechtmäßig erhobenen Sozialdaten auf Anforderung untereinander oder an einen beauftragten Dritten übermitteln, zusammenführen, speichern und verarbeiten soweit dies zur Erfüllung der in Absatz 1 Nr. 2 sowie in § 106a genannten Aufgaben erforderlich ist; vor der Verarbeitung von zusammengeführten Daten gemäß § 295 Abs. 2 und gemäß § 300 Abs. 2 durch die Kassenärztliche Vereinigung oder einen beauftragten Dritten ist der Versichertenbezug durch eine von der Kassenärztlichen Vereinigung oder der beauftragten Stelle räumlich, organisatorisch und personell getrennten Stelle zu pseudonymisieren.“

2. In § 300 Abs. 2 Satz 3^{*)} werden nach den Wörtern „§ 73 Abs. 8, § 84 und § 305a“ die Wörter „sowie § 285 Abs. 1 Nr. 2, 5 und 6 und § 106a“ eingefügt.

V. Begründung

Zu Nr. 1:

Die Änderung ergibt sich insbesondere aus den Anforderungen zur morbiditätsorientierten Vergütung gemäß § 87a Abs. 3 SGB V und stellt klar, dass Kassenärztliche Vereinigungen berechtigt sind, Verwaltungsdaten mit Abrechnungsdaten der vertragsärztlichen Versorgung auch zum Zwecke der Sicherstellung der Vergütung und zum Zwecke der Abrechnungsprüfung zusammenzuführen und zu verarbeiten. Da die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Verhandlung der Gesamtvergütungen zunehmend überregional organisierten Vertragspart-

^{*)} Hinweis: i.d.F. des GKV-OrgWG

nern gegenüber stehen, sollen sie bei der Datenaufbereitung ihrerseits überregional kooperieren können.

Zu Nr. 2:

Folgeänderung aus Nr. 1. Die Änderung vollzieht die notwendige Ergänzung der Zweckbestimmung für die Verarbeitung der Arzneimittelabrechnungsdaten durch Kassenärztliche Vereinigungen.