



DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

Berlin, 12. Oktober 2011

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

17(14)0188(30)

gel. VB zur öAnhörung am 19.10.

11_VStG

13.10.2011

**Vorläufige Stellungnahme
der
Deutschen Krankenhausgesellschaft
(DKG)**

**zum
Regierungsentwurf
eines
Gesetzes zur
Verbesserung der Versorgungsstrukturen
in der gesetzlichen Krankenversicherung**

Inhaltsverzeichnis:

I. Allgemeiner Teil.....	3
II. Besonderer Teil	7
A Zu Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	7
B Zu Artikel 9 – Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte	44
C Weiterer Änderungsbedarf	45
D Zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP	49

I. Allgemeiner Teil

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) nimmt zu dem Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung Stellung.

Der Gesetzentwurf beinhaltet wichtige Ansatzpunkte, die medizinische Versorgung vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels und der demographischen Entwicklung besser abzusichern. Allerdings werden die Potentiale zur Verbesserung der Versorgung, die sich aus einem Abbau von Hemmnissen für die Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten Behandlung ergeben würden, nicht konsequent genutzt. Für Krebspatienten drohen die heute bereits verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten in Krankenhäusern eingeschränkt zu werden.

Ambulante Spezialärztliche Versorgung (ASV)

Grundsätzlich begrüßt wird, dass die ambulanten spezialärztlichen Leistungen auf eine qualitätsorientierte und wettbewerbliche Grundlage mit gleichen Bedingungen für niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser gestellt werden soll und dass hierbei ausschließlich die Perspektiven der Patienten maßgeblich sein sollen.

„Wer kann, der darf“ ist ein sehr zu begrüßender qualitätsorientierter Grundsatz für die Zulassung von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten zur spezialärztlichen ambulanten Versorgung. Absolut unverständlich ist allerdings, dass im zentralen Bereich der Krebsbehandlungen die Rechte der Patienten zur Wahl einer Klinik geschmälert und das Spektrum der onkologischen Behandlungen, die eine Klinik durchführen darf, eingeschränkt werden soll. Zudem sollen Kliniken nur noch bestehende Zulassungen fortführen bzw. neue Zulassungen erhalten können, wenn sie mit niedergelassenen onkologischen Fachpraxen Kooperationsvereinbarungen vorweisen können. Angesichts von über 100 Konkurrentenklagen niedergelassener Ärzte gegen die Zulassung von Krankenhäusern zu den ambulanten Krebsbehandlungen ist nicht zu erwarten, dass niedergelassene Ärzte zu solchen Kooperationsvereinbarungen bereit sind. Erschwerend kommt hinzu, dass der Gesetzentwurf vorsieht, dass die Zulassungen von Krankenhäusern entfallen, wenn solche Kooperationen nicht binnen eines Jahres nachgewiesen werden können. Damit würde der Fortbestand der heutigen 116b-Zulassungen im Bereich der Onkologie von der Mitwirkungsbereitschaft der niedergelassenen Ärzte abhängig gemacht werden. Demgegenüber sind die niedergelassenen Ärzte nicht auf eine Zulassung nach § 116b Abs. 2 SGB V angewiesen. Sie können die Leistungen weiterhin im bestehenden Rahmen erbringen. Damit sind keine gleichen Bedingungen für die Zulassung von Kliniken und niedergelassenen Ärzten gegeben. An Kooperationsvereinbarungen als zwingende Voraussetzung für die Zulassung von Krankenhäusern zur Behandlung von Krebskranken darf deshalb nicht festgehalten werden. Ebenso nicht akzeptabel sind die Vergütungsabschläge in Höhe von 5 %, die der Gesetzentwurf zu Lasten der Krankenhäuser bei den ambulanten spezialärztlichen Leistungen vorsieht.

So sehr das Grundkonzept der neuen spezialärztlichen Versorgungsform zu begrüßen ist, ohne die Beseitigung der dargestellten Hemmnisse würden am Ende wesentlich weniger Patienten die hochqualifizierten ambulanten Leistungen der Krankenhäusern in Anspruch nehmen können.

Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Krankenhäuser neben Ärzten grundsätzlich zur Gründung von MVZ berechtigt bleiben. Die gesetzliche Beschränkung bei der künftigen Errichtung von MVZ auf GmbHs und Personengesellschaften stellt allerdings einen ordnungspolitisch höchst fragwürdigen Eingriff in unternehmerische Freiheiten dar. Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft wird dadurch die Errichtung eines MVZ erheblich erschwert oder unmöglich gemacht. Die im Gesetzentwurf genannten Vorkaufsrechte für Vertragsärzte damit zu begründen, dass nur unter freiberuflichen Bedingungen ärztlich unabhängige Entscheidungen getroffen werden können, steht im absoluten Widerspruch zu den Leistungen, die die angestellten 150.000 Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern tagtäglich erbringen.

Gemeinsamer Bundesausschusses (G-BA)

Die Reformansätze zur Weiterentwicklung der Strukturen und Entscheidungsmechanismen des G-BA sind weitgehend zu begrüßen. Insbesondere die neuen Stimmgewichtungen bei Beschlüssen, bei denen nicht alle Versorgungssektoren betroffen sind, und die geänderten Mehrheitserfordernisse bei Leistungsausschlüssen. Wertvoller Reformschritt ist auch die künftige Abschätzung der Bürokratiefolgekosten. Die Beteiligung des Parlaments durch Bestätigung der Wahl der unparteiischen Mitglieder und des Vorsitzenden stärkt die Legitimation des G-BA.

Nicht sachgerecht und nicht akzeptabel ist die geplante Einschränkung des Personenkreises bei der Auswahl geeigneter Kandidaten für das Amt des unparteiischen Vorsitzenden und der unparteiischen Mitglieder. Der G-BA kann nur eine konstruktiv von den Selbstverwaltungsverbänden getragene Organisation bleiben, wenn die Verbände von der Besetzung der Vorsitzendenfunktion nicht ausgeschlossen werden. Das dreijährige Betätigungsverbot der Kandidaten aus dem Bereich des Gesundheitswesens steht im Widerspruch zu dem Gedanken der Selbstverwaltung und wäre in keinster Weise sachgerecht.

Erprobungsverfahren

Die wichtige Funktion der Krankenhäuser bei der Entwicklung und Erprobung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) wird mit dem Gesetzentwurf nochmals bestätigt. Zu begrüßen ist, dass der G-BA künftig ein strukturiertes Erprobungsverfahren initiieren kann, um den Erkenntnisgewinn zu einzelnen Methoden zu fördern und damit willkürliche Ausschlüsse wertvoller Behandlungsalternativen für GKV-Versicherte nur wegen noch unzureichender Evidenz verhindert werden können. Um eine missbräuchliche Anwendung evidenzbasierter Medizin gänzlich auszuschließen, ist in den parlamentarischen Materialien eine Klarstellung erforderlich, dass ein Ausschluss nicht bereits bei fehlendem Nutzenbeleg erfolgen kann. Zudem

besteht die Gefahr, dass der G-BA mit überzogenen Qualitätsanforderungen massiv in die Planungskompetenzen der Länder eingreift. Die Krankenkassen, die eine Verdichtung der Versorgungsstruktur auf sogenannte „Innovationszentren“ mit bürokratischer Innovationssteuerung fordern, stellen immerhin 50% der Stimmen im G-BA. Eine missbräuchliche Anwendung der Qualitätssicherung zur Leistungssteuerung muss ausgeschlossen werden.

Sektorübergreifende Qualitätssicherung

Nicht im Gesetzentwurf berücksichtigt wurde die überfällige Zusammenführung der Entscheidungsgremien bei der Qualitätssicherung. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb große Teile der ambulanten Qualitätssicherung immer noch außerhalb des G-BA allein zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung organisiert werden während bei den stationären Qualitätssicherungsmaßnahmen Vertragsärzte und -zahnärzte volles Mitspracherecht über den G-BA haben. Wenn die Qualitätssicherung sektorübergreifend erfolgen soll, muss dies auch konsequent intentionell abbildbar sein. Die Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 135 Abs. 2 SGB V muss in Zukunft ebenfalls im G-BA vereinbart werden.

Landesplanungsgremium / Eigeneinrichtungen

Die Möglichkeit zur Schaffung eines sektorenübergreifenden Landesplanungsgremiums kann helfen, die ambulante Versorgung an der Sektorengrenze besser zu koordinieren. Dabei sollte sich das Gremium auf die Vermeidung von Unterversorgung konzentrieren. Eine Klarstellung bedarf es bei der Möglichkeit zur Errichtung von Eigeneinrichtungen der KVen zur ambulanten medizinischen Versorgung. Von der Möglichkeit dieser Eigeneinrichtungen sollte nur nachrangig Gebrauch gemacht werden dürfen soweit Ärzte und Krankenhäuser die Versorgung nicht sicherstellen können.

Finanzierung

Das Versorgungsstrukturgesetz widmet sich in weiten Teilen sehr intensiv der Verbesserung der Finanzierung der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen. Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz geschaffene Zuwachsobergrenzen werden vorzeitig zurückgenommen und für den zahnärztlichen Bereich wird verbindlich geregelt, dass die Grundlohnratenbegrenzung ab 2013 abgeschafft wird. Dem gegenüber werden den Krankenhäusern mit dem GKV-Finanzierungsgesetz dauerhaft wirkende Kürzungen aufgebürdet. Bereits in diesem Jahr können die Krankenhäuser den Preissteigerungen von derzeit fast 3% lediglich 0,3 % höhere Landesbasisfallwerte entgegensetzen. Zudem wird die Vergütung vereinbarter Mehrleistungen um 30% gekürzt. Im nächsten Jahr soll die ohnehin nicht sachgerechte Grundlohnrate noch einmal um 0,5 % gekürzt werden. Zudem sollen die Krankenkassen weitere Kürzungsmöglichkeiten bei den Mehrleistungen erhalten. Viele Krankenhäuser werden damit in rote Zahlen getrieben.

Angesichts der hohen Kostenlasten in der derzeitigen Hochkonjunkturphase und der enormen medizinischen Versorgungslasten der Krankenhäuser kann an der für das nächste Jahr vorgesehenen Absenkung der Grundlohnrate und den dauerhaften Kürzungen bei den Mehrleistungen nicht festgehalten werden. Die Krankenhäuser müssen in die Lage versetzt werden, die zu erwartenden Personalkostensteigerungen zu finanzieren. Deshalb sind die für 2012 vorgesehenen Kürzungen aus dem GKV-FinG aufzuheben.

DKG-Forderungen im Überblick:

- Streichung der Kooperationsverpflichtungen bei der ambulanten spezialärztlichen Versorgung von Krebspatienten
- Einheitliche Vergütung ambulanter spezialärztlichen Leistungen ohne Abschläge für Krankenhäuser
- Schaffung einer einjährigen Übergangsregelung für ambulante Operationen und stationersetzende Leistungen, die in die ambulante spezialärztliche Versorgung überführt wurden
- Uneingeschränkter Erhalt der Möglichkeiten zur Errichtung von Medizinischen Versorgungszentren für Krankenhäuser
- Mitarbeiter von Einrichtungen und Verbänden des Gesundheitswesens dürfen von der Besetzung der Vorsitzendenfunktionen des G-BA nicht ausgeschlossen werden
- Sektorübergreifende Einbindung der Qualitätssicherung für die vertragsärztliche Versorgung im G-BA
- Konsequente und gleichberechtigte Einbindung der Krankenhäuser in die ambulante Notfallversorgung
- Errichtung von Eigeneinrichtungen der KVen zur ambulanten medizinischen Versorgung ausschließlich nachrangig zu Ärzten und Krankenhäusern
- Aufhebung der GKV-FinG-Kürzungen zu Lasten der Krankenhäuser in 2012 und rechtsfeste Ablösung der Grundlohnrate durch den Orientierungswert in 2013

II. Besonderer Teil

A) Zu Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

1. Zu Artikel 1 Nr. 1 - § 2 Abs. 1a SGB V -neu

Beabsichtigte Neuregelung

Erweiterung der Leistungsansprüche von GKV-Versicherten bei lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankungen oder zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankungen.

Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt. Es empfiehlt sich jedoch eine Klarstellung in der Begründung, dass die Gesetzesänderung nicht allein den Geltungsumfang des sogenannten Nikolaus-Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts, sondern gleichermaßen die diesbezüglich nachfolgende Rechtssprechung umfasst. Der Gemeinsame Bundesausschuss hatte sich bei der Formulierung seiner Richtlinien ebenfalls auf beide Teilaspekte bezogen.

Änderungsvorschlag

Der 1. Satz der Begründung ist wie folgt zu fassen:

„Mit der Gesetzesänderung wird der Geltungsumfang des sogenannten Nikolaus-Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 06. Dezember 2005 (1 BvR 347/98) und der diesbezüglich nachfolgenden Rechtssprechung für das Leistungsrecht der Gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt klargestellt.“

2. Zu Artikel 1 Nr. 5 - § 32 Abs.1a SGB V -neu

Beabsichtigte Neuregelung

Förderung der Behandlungskontinuität von Versicherten bei langfristigem Behandlungsbedarf mit Heilmitteln durch Erweiterung der Richtlinienkompetenzen des G-BA. Verpflichtung der Krankenkassen innerhalb von vier Wochen über Anträge der Versicherten entscheiden zu müssen sowie Genehmigungsfiktion im Falle einer nicht fristgerechten Antragsbearbeitung.

Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt.

3. Zu Artikel 1 Nr. 8 - § 39 Abs. 1 Sätze 4-6 SGB V -neu

Beabsichtigte Neuregelung

Das Entlassmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung soll Bestandteil des Anspruchs auf Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1 SGB V werden. Das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf jedoch nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Derzeit ist dieser Leistungsanspruch der gesetzlich Versicherten in § 11 Abs. 4 SGB V geregelt.

Stellungnahme

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft spricht sich ausdrücklich für die Durchführung einer strukturierten und patientenorientierten Überführung von Patienten in die erforderlichen Nachsorgebereiche nach Beendigung der Krankenhausbehandlung aus. Allerdings erscheint die beabsichtigte Implementierung des Entlassmanagements als Bestandteil der Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1 SGB V als wenig sachgerecht, die derzeitigen Umsetzungsprobleme zu lösen und wird von der Deutschen Krankenhausgesellschaft daher ausdrücklich abgelehnt.

Es ist festzustellen, dass bereits im Jahr 2007 jedes zweite Krankenhaus in Deutschland entsprechende Standards zur Förderung bzw. Optimierung des Entlassmanagements vorgehalten hat. Bei größeren Krankenhäusern ab 600 Betten belief sich dieser Anteil auf fast 2/3. Personell wurde das Entlassmanagement damals ebenfalls bereits in jedem zweiten Krankenhaus von speziell dafür qualifizierten Fachkräften (z.B. Case Managern, Fachkräften für Pflegeüberleitung, etc.) durchgeführt. In großen Krankenhäusern ab 600 Betten belief sich dieser Anteil sogar auf fast 73 %. Das Entlassmanagement erfolgte in ca. 40 bis 50 % der Krankenhäuser standardmäßig außerdem unter einer intensiven Einbeziehung der potenziellen Nachsorger (andere Krankenhäuser, Vertragsärzte, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtung, etc.). Bei jeweils einem weiteren Drittel war dies als eher häufig zu verzeichnen (vgl. Krankenhausbarometer des DKI 2007, S. 71 ff.). Die große Masse der deutschen Krankenhäuser hält somit bereits ein entsprechendes Entlassmanagement vor. Etwaige Umsetzungsprobleme beim Entlassmanagement sind somit nicht auf eine unzureichende Umsetzung in den Krankenhäusern zurückzuführen.

Auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft spricht sich ausdrücklich für die Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung gesetzlich Versicherter nach Beendigung der Krankenhausbehandlung aus. Hauptvoraussetzung dafür ist jedoch das Vorhalten der entsprechenden Nachsorgemöglichkeiten, welche in der täglichen Praxis oftmals nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen. Dies führt dazu, dass Patienten entweder einen Übergangszeitraum vor der Nachsorge im häuslichen Bereich verbringen müssen oder – wenn ein entsprechendes soziales Umfeld nicht vorhanden ist – für diese Zeit in der stationären Versor-

gung verbleiben müssen. Die Aufnahme des Entlassmanagements als Bestandteil der Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1 SGB V löst diese praktische Problem jedoch nicht.

Änderungsvorschlag

Streichung der beabsichtigten Neuregelung.

4. Zu Artikel 1 Nr. 14 - § 75 Abs. 1 Satz 3 SGB V-neu

Beabsichtigte Neuregelung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen können den Notdienst auch durch Kooperationen und eine organisatorische Verknüpfung mit Krankenhäusern sicherstellen. Dadurch wird die Bedeutung einer sektorenübergreifenden Vernetzung des ärztlichen Notdienstes hervorgehoben. Auch eine organisatorische Verknüpfung (gemeinsame Leitstelle etc.) mit dem Rettungsdienst ist danach möglich.

Stellungnahme

Die Einbeziehung von Krankenhäusern in den vertragsärztlichen Notdienst ist richtig und notwendig. Krankenhäuser sind schon jetzt im bedeutenden Umfang an der Aufrechterhaltung der ambulanten ärztlichen Versorgung beteiligt. Ohne die Krankenhäuser würde die ambulante Notfallversorgung vielerorts sogar vollständig zusammenbrechen. Abzulehnen ist jedoch, die Organisation allein den Kassenärztlichen Vereinigungen zu überlassen.

Änderungsvorschlag

Die konkrete Ausgestaltung der Einbeziehung von Krankenhäusern in den vertragsärztlichen Notdienst muss über regionale Notfallversorgungsverbünde erfolgen, an denen die Kreise und Kommunen mitwirken. Die Vergütung der Notfallleistungen muss angemessen sein, im Wege der Direktabrechnung mit den Kostenträgern erfolgen und als Euro-Gebührenordnung ausgestaltet sowie gemeinsam mit den Kostenträgern festgelegt werden.

5. Zu Artikel 1 Nr. 28 – § 90a SGB V -neu

Beabsichtigte Neuregelung

Die Länder erhalten die Möglichkeit, ein gemeinsames Gremium auf Landesebene zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen zu bilden, in dem unter anderem die Landeskrankenhausgesellschaft vertreten sein kann. Die Beschlüsse dieses Gremiums haben lediglich Empfehlungscharakter.

Stellungnahme

Grundsätzlich begrüßt die DKG die Einrichtung eines Gremiums zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen unter Federführung der Länder. Zentrales Ziel des Gremiums sollte die Vermeidung von Unterversorgung an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sein.

Änderungsvorschlag

§ 90a SGB V -neu wird wie folgt gefasst:

*„Nach Maßgabe der landesrechtlichen Bestimmungen kann **zur Vermeidung von Unterversorgung der Bevölkerung** ein gemeinsames Gremium des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft sowie weiterer Beteiligter für den Bereich des Landes gebildet werden, das Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben kann.“*

6. Zu Artikel 1 Nr. 29 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa – § 91 Abs. 2 Sätze 2 und 3 SGB V -neu

Beabsichtigte Neuregelung

Regelungen zur Berufung der Unparteiischen und deren Stellvertreter sowie Konkretisierung des diesbezüglich potentiell zu benennenden Personenkreises.

Stellungnahme

Die Neuregelung sieht ein geändertes Berufungsverfahren für die Unparteiischen und ihre Stellvertreter im G-BA vor. Dieses wird grundsätzlich begrüßt. Die Vorgaben in Satz 3, dass als Unparteiische und Stellvertreter nur solche Personen benannt werden können, die in den vorangegangenen 3 Jahren nicht bei den Organisationen nach Abs. 1 Satz 1, bei deren Mitgliedern, bei Verbänden von deren Mitgliedern oder in einem Krankenhaus beschäftigt oder selbst als Vertragsarzt, Vertragszahnarzt oder Vertragspsychotherapeut tätig waren, benannt werden können, stellt die Trägerverbände jedoch bei der Auswahl geeigneter Personen vor enorme Probleme. Die Erfahrungen zeigen, dass die Unparteiischen über umfassende System- und Sachkenntnisse verfügen müssen, um die Inhalte und Tragweite der jeweiligen Beschlüsse angemessen bewerten zu können. Insofern stellen die Trägerverbände und ihre Mitglieder eine wichtige Quelle für die Benennung geeigneter Kandidaten dar. Auch kann der G-BA nur eine konstruktiv von den Selbstverwaltungsverbänden getragene Organisation bleiben, wenn die Verbände von der Besetzung der Vorsitzendenfunktion nicht ausgeschlossen werden. Hier muss der Gesetzentwurf nachkorrigiert werden.

Änderungsvorschlag

§ 91 Abs. 2 Satz 3 (neu) ist ersatzlos zu streichen.

7. Zu Artikel 1 Nr. 29 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb - § 91 Abs. 2 Sätze 4 bis 7 SGB V -neu

Beabsichtigte Neuregelung

Die Trägerorganisationen des G-BA schlagen dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages unparteiische Mitglieder und Stellvertreter vor. Ihnen kann innerhalb von sechs Wochen mit Zweidrittel-Mehrheit widersprochen werden. In diesem Fall ist ein neuer Vorschlag zu unterbreiten. Wird diesem ebenfalls widersprochen oder es kommt kein neuer Vorschlag zustande, erfolgt die Berufung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Stellungnahme

Die vorgesehene Neuregelung wird begrüßt, da mit ihr die Neutralität der Unparteiischen sowie die Legitimationsbasis des G-BA insgesamt gestärkt wird.

8. Zu Artikel 1 Nr. 29 Buchstabe a Doppelbuchstabe cc – § 91 Abs. 2 Satz 15 SGB V -neu

Beabsichtigte Neuregelung

Verlängerung der Amtszeit des Beschlussgremiums mit Beginn am 01.07.2012 auf sechs Jahre sowie künftiger Ausschluss einer zweiten Amtszeit für die unparteiischen Mitglieder (ohne Stellvertreter).

Stellungnahme

Die beabsichtigte Änderung trägt zu mehr Beratungskontinuität bei und wird daher begrüßt.

Die Ergänzung des neuen Satzes 15 bedarf aus Sicht der DKG jedoch einer geringfügigen Konkretisierung. Satz 15 muss den alten Satz 11 „Die Amtszeit im Beschlussgremium beträgt 4 Jahre; eine zweite Amtszeit ist zulässig.“ ersetzen. Der neue Satz 15 regelt die begrenzte Wiederberufung der Unparteiischen (ohne Stellvertreter), die alte Wiederberufungsregelung in Satz 11 hingegen die für die anderen Mitglieder im G-BA. Diese derzeit gültige Regelung ist jedoch nicht sachgerecht, da die Mitglieder der Trägerorganisationen durchaus mehrere Amtszeiten im G-BA wahrnehmen können müssen. Insofern sollte der Ersatz des alten Satzes 11 hervorgehoben werden.

Änderungsvorschlag

§ 91 Abs. 2 Satz 11 wird durch den neuen Satz 15 ersetzt.

9. Zu Artikel 1 Nr. 29 Buchstabe b – § 91 Abs. 2a SGB V -neu

Beabsichtigte Neuregelung

Anpassung der Abstimmungsverhältnisse im G-BA auf Seiten der Leistungserbringer. Künftig sollen insbesondere die Stimmen derjenigen Leistungserbringer an der Beschlussfassung mitwirken, deren Leistungssektoren von der Beschlussfassung wesentlich betroffen sind. Für die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wird vorab festgelegt, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft an der Abstimmung mitwirken. Die Abstimmungsverhältnisse sind darüber hinaus in der Geschäftsordnung bis zum 31.01.2012 zu regeln.

Stellungnahme

Mit der beabsichtigten Neuregelung werden wichtige Forderungen der Leistungserbringerseite aufgegriffen. Auch wenn hierdurch nicht der gewünschten Forderung nach der Bildung gleichberechtigter sektorenspezifischer und sektorenübergreifender Entscheidungsgremien gefolgt wird, so werden dennoch richtlinien- und entscheidungs- und somit sektorenspezifische Abstimmungsverhältnisse vorgegeben. Hierdurch können die Trägerorganisationen wieder ihre verfügbare Fachkompetenz auf notwendige sektorenspezifische und sektorenübergreifende Sachverhalte konzentrieren und ihre Ressourcen zweckmäßig einsetzen. Zudem wird die Sachnähe bei der Beschlussfassung gestärkt.

Die gleichzeitige Vorgabe, in der Geschäftsordnung vorab festlegen zu müssen, welche Richtlinien und Entscheidungen allein einen oder allein zwei der Leistungssektoren wesentlich betreffen, stellt zudem für alle Beteiligten die notwendige Planungs- und Rechtssicherheit her.

Für die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wird bereits im Gesetz vorab festgelegt, dass an der Beschlussfassung die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft mitwirken. Gerade in diesem Bereich war es jedoch aufgrund abweichender Interpretationen der gesetzlichen Vorschriften immer wieder zu erheblichen Problemen gekommen. Insofern wäre gerade hier eine sektorspezifische Beschlussfassung zu begrüßen. Diese könnte unabhängig von der gemeinsamen Vorbereitung der Nutzenbewertung erfolgen. Gleichwohl wird anerkannt, dass der Gesetzentwurf weitere Änderungen vorsieht, die der spezifischen Problematik bei der Methodenbewertung in den einzelnen Sektoren begegnen.

Bezüglich ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die ausschließlich von einem der betroffenen Sektoren erbracht werden können, wird dennoch

angeregt, eine Ausnahme vorzusehen. Hierdurch entfielen die Pflicht, an Beschlüssen mitzuwirken, die den eigenen Bereich gar nicht betreffen (zum Beispiel Bewertung der Stammzelltransplantation für die KBV).

Änderungsvorschlag

§ 91 Abs. 2a Satz 4 ist wie folgt zu fassen:

„Bei Beschlüssen zur Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, **bei denen die Methode nicht ausschließlich von einem der betroffenen Sektoren erbracht wird**, wird die Stimme des von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung benannten Mitglieds ab dem 01.01.2012 anteilig auf die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft benannten Mitglieder übertragen.“

10. Zu Artikel 1 Nr. 29 Buchstabe d - § 91 Abs. 5a SGB V -neu

Beabsichtigte Neuregelung

Neue Verpflichtung des G-BA, bei Beschlüssen, die die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener oder personenbeziehbarer Daten regeln oder voraussetzen, den Beauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit zur Stellungnahme geben zu müssen und diese in ihre Entscheidungen einzubeziehen.

Stellungnahme

Die Regelung wird im Sinne des Patientenschutzes begrüßt.

11. Zu Artikel 1 Nr. 29 Buchstabe e Doppelbuchstabe aa – § 91 Abs. 7 eingefügter Satz nach Satz 2 SGB V -neu

Beabsichtigte Neuregelung

Forderung nach einer Mehrheit von neun Stimmen für Beschlüsse, die nicht allein einen der Leistungssektoren wesentlich betreffen und zur Folge haben, dass eine zu Lasten der Krankenkassen erbringbare Leistung zukünftig nicht mehr zu ihren Lasten erbracht werden darf.

Stellungnahme

Die Neuregelung wird ausdrücklich begrüßt, da sie der Besonderheit Rechnung trägt, dass ein zuvor bestehender Leistungsanspruch gegenüber der GKV vollständig abgeschafft werden soll. In Ergänzung zu den Neuregelungen für die Berufung der Unparteiischen ist die Forderung, insbesondere auch im Hinblick auf die Tragweite der Beschlüsse für die Versicherten, ein geeigneter Kompromiss.

Die bisherigen Blockabstimmungen im G-BA haben gerade hier zu erheblichen Problemen geführt.

Die Einschränkung, auf Beschlüsse, die nicht allein einen der Leistungssektoren betreffen bedarf aus Sicht der DKG jedoch einer Erweiterung. So werden beispielsweise auch Beschlüsse, die einen Leistungssektor wesentlich betreffen, von diesem Sachverhalt maßgeblich tangiert. Beispielhaft sei hier die Stammzelltransplantation angeführt. Diesbezügliche Leistungsausschlüsse betreffen lediglich einen Leistungssektor sowie die jeweils betroffenen Patienten nachhaltig.

Änderungsvorschlag

§ 91 Abs. 7 nach Satz 2 eingefügter Satz ist wie folgt zu fassen:

„Beschlüsse, die ~~nicht allein~~ einen **oder mehrere** der Leistungssektoren wesentlich betreffen und die zur Folge haben, dass eine bis jetzt zu Lasten der Krankenkassen erbringbare Leistung zukünftig nicht mehr zu deren Lasten erbracht werden darf, bedürfen einer Mehrheit von neuen Stimmen.“

12. Zu Artikel 1 Nr. 29 Buchstabe f Doppelbuchstabe bb – § 91 Abs. 7 angefügter Satz SGB V -neu

Beabsichtigte Neuregelung

Klärung der Vertraulichkeit der nichtöffentlichen Beratungen des G-BA und seiner vorbereitenden Gremien einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften im Kontext des Informationsfreiheitsgesetzes.

Stellungnahme

Die Regelungen werden begrüßt. Dies schließt insbesondere auch die ergänzenden Erläuterungen in der Begründung ein, die unmissverständlich darstellen, dass abweichende Voten im G-BA in der zusammenfassenden Dokumentation darzustellen sind. Es wird diesbezüglich ergänzend angeregt, sich nicht auf die Voten zu beschränken, sondern zusätzlich die Positionen aufzuführen, die die unterschiedlichen Voten begründen. Gerade hierzu gab es in der Vergangenheit zahlreiche Auseinandersetzungen.

Änderungsvorschlag

In Absatz 2 wird der letzte Satz wie folgt gefasst:

„Dies gilt ebenso ..., die insbesondere auch die Darstellung etwaiger abweichender **Positionen** ~~Voten~~ der Beteiligten....“

13. Zu Artikel 1 Nr. 29 Buchstabe g – § 91 Abs. 9 und 10 SGB V -neu

Beabsichtigte Neuregelung

Erweiterung der Stellungnahmerechte im Gemeinsamen Bundesausschuss. Zudem Verpflichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses künftig bei seinen Beschlüssen zu erwartende Bürokratiekosten nachvollziehbar darzustellen sowie das Nähere zur Methodik in seiner Verfahrensordnung bis zum 30. Juni 2012 zu regeln.

Gegenüber dem Referentenentwurf wurden die Regelungen zu den mündlichen Stellungnahmerechten im G-BA noch präzisiert. Demnach hat der G-BA in seiner Verfahrensordnung vorzusehen, dass sich die Teilnahme jeweils auf einen Vertreter der stellungnahmeberechtigten Organisationen beschränkt und laut Begründung die Beratung im zuständigen Unterausschuss auf Beschluss des Plenums oder Vorsitzenden des Unterausschusses zugelassen werden kann. Die Verfahrensweise soll in der Verfahrensordnung des G-BA niedergelegt werden.

Stellungnahme

Die Regelungen werden ausdrücklich begrüßt. Aufgrund wiederholter Übermaßforderungen hatte die DKG in ihren Positionen zur Weiterentwicklung der G-BA-Strukturen diesbezügliche Neuregelungen gefordert. Nur hierdurch können die Ärzte besser vor überzogener Bürokratie geschützt werden.

Hinsichtlich der in der Begründung aufgeführten Verfahrensweise zu den mündlichen Stellungnahmerechten ist allerdings zu beachten, dass sich bezüglich der Einleitung der Stellungnahmen nach § 91 Abs. 5 SGB V (Arbeitsgemeinschaften der Kammern) im G-BA bereits ein zeitlich effizientes Verfahren etabliert hat. Hier beschließen die Unterausschüsse einvernehmlich die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens, sobald die Beschlussunterlagen fertig gestellt sind. Kann keine Einigung im Unterausschuss erzielt werden, wird die Beschlussfassung im Plenum getroffen. Es bietet sich an, diese Verfahrensweise auch auf die mündlichen Stellungnahmerechte nach § 91 Abs. 9 (neu) SGB V zu übertragen. Aus diesem Grunde sollte eine Anpassung in der Begründung erfolgen.

Änderungsvorschlag

Der letzte Absatz der Begründung zu § 91 Abs. 9 ist wie folgt zu ändern:

„Über dieses mündliche Anhörungsrecht hinausgehend hat der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung zu regeln, dass jeweils ein Vertreter einer zu einem Beschlussgegenstand stellungnahmeberechtigten Organisation – etwa auf einvernehmlichen Beschluss des zuständigen Unterausschusses oder bei Dissens des Plenums oder ~~den Vorsitzenden des Unterausschusses~~ – zur unmittelbaren Teilnahme an den Beratungen zu diesem Gegenstand in dem zuständigen Unterausschuss zugelassen werden kann“

14. Zu Artikel 1 Nr. 30 Buchstabe c – § 92 Abs. 7d und 7e SGB V -neu

Beabsichtigte Neuregelung

Schaffung neuer Stellungnahmerechte für die einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften sowie die Medizinprodukteindustrie und ihrer Spitzenorganisationen für Richtlinienbeschlüsse nach § 135, §137c und § 137e SGB V. Die Länder erhalten ein Mitberatungsrecht bei den Sitzungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, in denen über die Bedarfsplanungsrichtlinien beraten wird.

Stellungnahme

Die Erweiterung der Stellungnahmerechte für die einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften sowie die Medizinprodukteindustrie und ihre Spitzenorganisationen wird begrüßt. In der Vergangenheit hat sich sowohl in den Arbeitsgruppen des Gemeinsamen Bundesausschusses als auch in den Berichten des IQWiG eine zunehmende Methodendominanz im Sinne einer einseitigen Auslegung der evidenzbasierten Medizin bei gleichzeitiger Ausgrenzung spezifischer medizinischer Fachexpertise gezeigt. Die täglichen Anforderungen in der Versorgungsrealität blieben hierdurch zunehmend unberücksichtigt. Um diesen Fehlentwicklungen geeignet entgegenzuwirken, ist die bessere Einbindung des verfahrensspezifischen medizinischen Sachverständigen zwingend zu fordern.

Ohne die Krankenhäuser werden die für die Zukunft verstärkt zu erwartenden Versorgungsdefizite in der ambulanten medizinischen Versorgung nicht zu bewältigen sein. Vor diesem Hintergrund sieht die DKG die Einbindung der für die Krankenhausplanung verantwortlichen Länder in die Beratungen des G-BA zur Bedarfsplanung als gerechtfertigt und sinnvoll an.

15. Zu Artikel 1 Nr. 31 – § 95 SGB V-neu

Beabsichtigte Neuregelungen

Medizinische Versorgungszentren sollen künftig nur noch von zugelassenen Vertragsärzten, zugelassenen Krankenhäusern sowie von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, gegründet werden können. Die Gründung Medizinischer Versorgungszentren soll nur noch in der Rechtsform einer Personengesellschaft oder als Gesellschaft mit beschränkter Haftung möglich sein.

Die Zulassung von Medizinischen Versorgungszentren, die vor Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VSG) bereits zugelassen waren, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des Medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort, es sei denn, die Vorgabe der Übertragung der ärztlichen Leitung auf einen im Medizinischen Versorgungszentrum tätigen oder angestellten Arzt wird nicht innerhalb einer Frist von sechs Monaten ab Inkrafttreten des GKV-VSG erfüllt.

Eine genehmigte Anstellung nach § 95 Abs. 9 Satz 1 SGB V soll künftig auf Antrag des anstellenden Vertragsarztes vom Zulassungsausschuss in eine Zulassung umzuwandeln sein, sofern der Umfang der Tätigkeit des angestellten Arztes einem ganzen oder halben Versorgungsauftrag entspricht. Dies gilt entsprechend auch für eine Anstellung in einem Medizinischen Versorgungszentrum.

Stellungnahme

Nach Auffassung der DKG gibt es im Bereich der MVZ keinen spezifischen gesetzlichen Handlungsbedarf. Zwar werden die Krankenhäuser auch weiterhin Gründer eines MVZ sein können. Die zahlreichen spezifischen neuen Regelungen (z.B. Vorkaufsrechte, Umwandlungen und Verlegungen von Arztsitzen, etc.) und ihre Handhabungsmöglichkeiten durch die im wesentlichen KV-dominierten Zulassungsgremien öffnen zahlreiche Spielräume in der Praxis, MVZ der Krankenhäuser zu benachteiligen. Diese Entwicklung hat sich bereits seit der Etablierung von MVZ durch das GKV-Modernisierungsgesetz - GMG im Jahre 2004 abgezeichnet.

Überdies ist bei der Beschränkung der zulässigen Gründungsformen für MVZ, die sachlich nicht begründet ist, zu beachten, dass Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft dadurch künftig die Gründung Medizinischer Versorgungszentren verwehrt wäre. Da sich Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft aufgrund landesrechtlicher Vorschriften überwiegend nicht in unbestimmter Höhe verschulden können, ist es ihnen nicht möglich, die für die Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums in einer der vorgesehenen Gesellschaftsformen erforderliche Bürgschaftserklärung in unbestimmter Höhe abzugeben. Bisher bestand in solchen Fällen jedoch die Möglichkeit, ein Medizinisches Versorgungszentrum als unselbständigen Betriebsteil zu gründen. Dies würde durch die beabsichtigte Neuregelung entfallen. Insbesondere Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft stellen jedoch in verschiedenen Regionen z.B. die ambulante neurologische und psychiatrische Versorgung sicher. Im Übrigen würde eine Öffnungsmöglichkeit für öffentliche Träger nicht dem beabsichtigten Ziel entgegenstehen, insbesondere durch den Ausschluss von Aktiengesellschaften als zulässiger Rechtsform die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen von reinen Kapitalinteressen zu gewährleisten.

Änderungsvorschlag

Streichung der beabsichtigten Neuregelungen.

16. Zu Artikel 1 Nr. 35 Buchstabe a) – § 101 Abs. 1 Nr. 2a und 2b SGB V -neu

Beabsichtigte Neuregelung

Der G-BA soll Regelungen zur Berücksichtigung der von Ärzten erbrachten spezialärztlichen Leistungen nach § 116b und der durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte bei der Berechnung des Versorgungsgrades beschließen.

Stellungnahme

Grundsätzlich ist nachvollziehbar, dass zukünftig alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Ärztinnen bei der Berechnung des Versorgungsgrades berücksichtigt werden sollen. Die Regelungen dürfen jedoch nicht dazu missbraucht werden, den Krankenhäusern übertriebene Datenlieferungsverpflichtungen an die Kassenärztlichen Vereinigungen aufzuerlegen. Insbesondere eine namentliche Erfassung der in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte wäre schon aufgrund der Personalfuktuation mit einem nicht gerechtfertigten bürokratischen Aufwand verbunden.

Gesondert zu betrachten sind die Psychiatrischen Institutsambulanzen. Diese sind gemäß § 118 SGB V als Einrichtungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt. Ihre Aufgabe ist es, eine spezielle psychiatrische Patientengruppe zu behandeln, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung multiprofessionelle Leistungen benötigen und dazu beizutragen, stationäre Aufnahmen zu vermeiden. Die Definition dieser Patientengruppe ist durch Verträge auf Landes- und Bundesebene gesondert und ausreichend festgelegt. Besonderes Merkmal der PIA ist der gesetzlich vorgegebene multiprofessionelle Behandlungsauftrag, da neben Fachärzten auch nichtärztliche Fachkräfte bei Bedarf zur Verfügung stehen müssen.

17. Zu Artikel 1 Nr. 36 Buchstabe d – § 103 Abs. 4c und 4d SGB V -neu

Beabsichtigte Neuregelungen

Bei der Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen in Gebieten, für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, sollen Kassenärztliche Vereinigungen und Vertragsärzte künftig Vorkaufsrechte haben. Ein Vorkaufrecht für Vertragsärzte soll in Fällen bestehen, in denen der Zulassungsausschuss bei der Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes in einem zulassungsbeschränkten Gebiet ein nach Inkrafttreten des GKV-VSG gegründetes Medizinisches Versorgungszentrum in Krankenhausträgerschaft ausgewählt hat. Vorrangig sollen jedoch die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen in zulassungsbeschränkten Gebieten ein Vorkaufsrecht zum Zwecke der Praxisschließung haben. Nur Medizinische Versorgungszentren in Krankenhausträgerschaft, die vor Inkrafttreten des GKV-VSG gegründet worden sind, sollen nach wie vor gleichrangig bei der Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen berücksichtigt werden können.

Stellungnahme

Die DKG lehnt eine derartige Benachteiligung von Krankenhäusern gegenüber Vertragsärzten bei der Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen entschieden ab. Ausweislich der Gesetzesbegründung wird mit dem Vorkaufsrecht der Vertragsärzte das Ziel verfolgt, die Freiberuflichkeit der ärztlichen Tätigkeit zu schützen und zu verhindern, dass Vertragsärzte im Nachbesetzungsverfahren durch Medi-

medizinische Versorgungszentren in der Trägerschaft von Krankenhäusern verdrängt werden. Für derartige Befürchtungen besteht jedoch kein Anlass. Der Anteil an durch Krankenhäuser gegründete Medizinische Versorgungszentren liegt seit Jahren gleichbleibend bei circa einem Drittel. Auch beim Zukauf von frei werdenden Vertragsarztsitzen ist nicht erkennbar, dass diese zunehmend von Medizinischen Versorgungszentren in Anspruch genommen werden. Es gibt daher keinen Anlass zur Sorge, Vertragsärzte würden vom Markt gedrängt. Medizinische Versorgungszentren in Krankenhausträgerschaft sind als nützliche Komponente einer engen Zusammenarbeit zwischen niedergelassenem und stationärem Bereich und als sinnvolle Variante der vertragsärztlichen Versorgung anzusehen. Die gleichwertige Möglichkeit für Krankenhäuser zur Gründung und Entwicklung von Medizinischen Versorgungszentren muss daher uneingeschränkt erhalten bleiben.

Änderungsvorschlag

Streichung der neu vorgesehenen Absätze 4c und 4d in § 103 SGB V.

18. Zu Artikel 1 Nr. 37 Buchstabe e) – § 105 Abs. 5 SGB V -neu

Beabsichtigte Neuregelung

Erstmals sollen auch kommunale Träger (Städte, Gemeinden und Landkreise) in begründeten Ausnahmefällen Eigeneinrichtungen zur ambulanten ärztlichen Versorgung betreiben können. Ein begründeter Ausnahmefall kann insbesondere dann vorliegen, wenn eine Versorgung auf andere Weise nicht sichergestellt werden kann. Voraussetzung für die Gründung einer Eigeneinrichtung ist jedoch, dass die Kassenärztliche Vereinigung der Gründung zustimmt. Vorrangig sind die Kassenärztlichen Vereinigungen berechtigt, in ambulant nicht ausreichend versorgten Gebieten zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung Eigeneinrichtungen zur unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten zu betreiben.

Stellungnahme

Die hier vorgesehene Nachrangigkeit kommunaler Träger bei der Errichtung einer Eigeneinrichtung ist abzulehnen. Die vorrangig zur Gründung berechtigten Kassenärztlichen Vereinigungen sind im Gegensatz zu Städten, Gemeinden und Landkreisen im Wesentlichen Abrechnungsstellen und daher generell nicht als Leistungserbringer vorgesehen.

Änderungsvorschlag

Potentielle Leistungserbringer, wie die kommunalen Träger, müssen aufgrund des Eigeninteresses bei der Versorgung ihrer Bürger immer einen Vorrang bei der Gründung von Eigeneinrichtungen haben. Die Gründung einer Eigeneinrich-

ung durch eine Kassenärztliche Vereinigung muss demgegenüber die Ultima Ratio darstellen.

19. Zu Artikel 1 Nr. 43 – § 116a SGB V -neu

Beabsichtigte Neuregelung

Künftig sollen zugelassene Krankenhäuser durch die Zulassungsausschüsse auch dann zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden können, wenn der Landesausschuss festgestellt hat, dass in einem nicht unterversorgten Planungsbereich ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht.

Stellungnahme

Die DKG begrüßt die hier vorgesehen Ausweitung der Ermächtigungsmöglichkeiten für Krankenhäuser. Die in den Krankenhäusern tätigen Ärzte verfügen über die entsprechenden Qualifikationen und das erforderliche Spezialwissen. Sie sind daher bestens geeignet, um einen möglichen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf abzudecken.

20. Zu Artikel 1 Nr. 44 – § 116b SGB V -neu

Zur besseren Übersicht werden die einzelnen Aspekte zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung nachfolgend absatzbezogen erläutert.

a. § 116b Abs. 1 SGB V -neu

Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1 erläutert die grundlegenden Eigenschaften der ambulanten spezialärztlichen Versorgung und enthält eine in mehrere Teile aufgegliederte Auflistung von Erkrankungen und Leistungen, die bereits nach dem Willen des Gesetzgebers Bestandteil der ambulanten spezialärztlichen Versorgung sein sollen. Dabei stellen ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe einen neuen Teilbereich dar. Letztlich enthält Absatz 1 die Vorgabe, dass Untersuchungs- und Behandlungsmethoden Gegenstand der ambulanten spezialärztlichen Versorgung sein können, sofern sie vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht nach § 137c SGB V ausgeschlossen wurden.

Stellungnahme

Mit Aspekten wie spezielle Qualifikation, interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen werden die Charakteristika des Versorgungsrahmens im Gesetz nochmals bestätigt. In diesem Zusammenhang wird die Klarstellung in

der Begründung, dass für die Zugehörigkeit einer Erkrankung zum Versorgungsbereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung nicht immer alle Eigenschaften gemeinsam vorliegen müssen, begrüßt. Die Berücksichtigung aller bislang schon im gesetzlichen Katalog enthaltenen Erkrankungen und hochspezialisierten Leistungen, sowie die Hinzunahme der zwischenzeitlich vom Gemeinsamen Bundesausschuss neu aufgenommenen Kataloginhalte bekräftigen nochmals den umfänglichen Versorgungsbedarf der Patienten durch Einrichtungen mit spezialärztlicher Expertise. Mit der Regelung, dass Untersuchungs- und Behandlungsmethoden Gegenstand der ambulanten spezialärztlichen Versorgung sein können, soweit der G-BA im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c SGB V keine ablehnende Entscheidung getroffen hat, wurde bestehender Interpretationsspielraum in der gültigen Regelung des § 116b SGB V sachgerecht aufgelöst. In dem neuen Absatz 1 werden erstmalig die Begrifflichkeiten wie „Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“, „Seltene Erkrankungen“, „hochspezialisierte Leistungen“ ergänzt, „um bestimmte ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe“ unter der Begrifflichkeit „komplexe, schwer therapierbare Krankheiten“ subsumiert. Die bisherigen Erfahrungen im G-BA haben jedoch gezeigt, dass der besondere Versorgungsbedarf nicht ausschließlich für schwer therapierbare, sondern gleichermaßen für schwer diagnostizierbare Krankheiten bestehen kann. Vor dem Hintergrund der sehr divergierenden Positionen im G-BA und zur Vermeidung neuer Missverständnisse wird daher ange-regt, eine diesbezügliche Präzisierung vorzunehmen. Die Wörter „therapierbare Krankheiten“ könnten durch „zu versorgende Krankheiten“ ersetzt werden. Der Vorschlag gilt analog für die Begründung zu Absatz 1.

Änderungsvorschlag

§ 116b Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die ambulante spezialärztliche Versorgung umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer ~~therapierbarer~~ zu versorgender Krankheiten, die je nach Krankheit“

b. § 116b Abs. 2 SGB V -neu

Beabsichtigte Neuregelung

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser sollen nach Absatz 2 künftig Leistungen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung erbringen können, soweit sie die hierfür maßgeblichen Anforderungen erfüllen und dies gegenüber der zuständigen Landesbehörde anzeigen. Sofern die Landesbehörde dem Leistungserbringer gegenüber nicht innerhalb von 2 Monaten mitteilt, dass er die Voraussetzungen für die Leistungserbringung nicht erfüllt, ist der Leistungserbringer zur Teilnahme an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung berechtigt.

Stellungnahme

Die DKG begrüßt außerordentlich, dass an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser künftig berechtigt sein sollen, Leistungen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung zu erbringen, soweit sie die hierfür maßgeblichen Anforderungen erfüllen. Durch den freien Zugang der Leistungserbringer bei Erfüllung der Voraussetzungen entfallen die jetzigen Streitigkeiten zur „Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation“. Zu begrüßen ist außerdem, dass weiterhin die Landesbehörden für die Zulassung zuständig sein sollen. Die vorgesehene Berechtigung der Leistungserbringer zur Teilnahme an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung nach Ablauf einer Frist von zwei Monaten nach Eingang der Anzeige bei der zuständigen Landesbehörde, es sei denn, diese meldet innerhalb der Frist Bedenken an, schafft zudem eine größere Planungs- und Rechtssicherheit.

Die DKG begrüßt außerdem, dass die Teilnahme an der spezialärztlichen Versorgung künftig ausschließlich von Qualitätsanforderungen bestimmt wird, die gleichermaßen für Vertragsärzte und Krankenhäuser gelten sollen. Zusammen mit dem vereinfachten Anzeigeverfahren gewährleisten diese Maßnahmen, dass spezialärztliche Leistungen ohne bürokratische Hürden gleichberechtigt von geeigneten Vertragsärzten und Krankenhäusern erbracht werden können.

Die in Absatz 2 Satz 2 enthaltene Pflicht zur Vorlage von Kooperationsvereinbarungen nach Absatz 3 Satz 6 und 7 wird als Folgeänderung zu § 116b Absatz 3 hingegen strikt abgelehnt.

Gleichermaßen abzulehnen sind die Feststellungen der 84. Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 30.06.2011 zu TOP 5.10, wonach die Befreiung der Leistungen nach § 116b SGB V von jeglicher Mengensteuerung und Bedarfsplanung zu Lasten der allgemeinen Grundversorgung gehe und das ursprüngliche Ziel der Gesundheitsministerkonferenz, vor allem die hausärztliche Versorgung attraktiver zu gestalten, konterkariere. Ungeachtet der Tatsache, dass die Entkoppelung von der vertragsärztlichen Bedarfsplanung nach dem Grundsatz „Jeder darf, der kann.“ bereits Gegenstand der von den Bundesländern mitgetragenen Eckpunkte zum Versorgungsstrukturgesetz war, würde die Geltung der vertragsärztlichen Bedarfsplanung vor dem Hintergrund der Entwicklung des § 116b SGB V von zunächst einem Vertragsmodell hin zu einer Zulassung der Krankenhäuser zur Leistungserbringung nach § 116b SGB V durch die zuständigen Landesbehörden für diesen Leistungsbereich einen deutlichen Rückschritt bedeuten. Dies hätte im Ergebnis die Herstellung des Rechtszustandes von vor 2004 zur Folge. Die Regelung des § 116b SGB V wäre durch eine solche Maßnahme letztlich obsolet, da Krankenhäuser – auch bereits vor Schaffung des § 116b SGB V – im Bedarfsfall zur ambulanten Leistungserbringung ermächtigt werden konnten. Des Weiteren würde eine explizit normierte Geltung der vertragsärztlichen Bedarfsplanung für den Leistungsbereich nach § 116b SGB V, wie von der Gesundheitsministerkonferenz offensichtlich erwogen, eine Ausweitung der schon nach derzeitiger Rechtslage anhängigen Klagen niedergelassener Vertragsärzte gegen die Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten Leistungserbringung bedeu-

ten. Es bestünde somit die Gefahr, dass die Möglichkeiten von Patienten, sich für die ambulante Leistungserbringung auch an Krankenhäuser wenden zu können, massiv eingeschränkt würden. Letztlich vermag auch die Befürchtung der Gesundheitsministerkonferenz, wonach sich die beabsichtigte Regelung des § 116b SGB V zu Lasten der hausärztlichen Versorgung auswirken könne, nicht zu überzeugen. Gegenstand der ambulanten spezialärztlichen Versorgung ist gerade die Behandlung seltener Erkrankungen bzw. solcher mit besonderen Krankheitsverläufen und die Erbringung hochspezialisierter Leistungen. Der Leistungsbereich nach § 116b SGB V erstreckt sich folglich auf Leistungen, die größtenteils gerade nicht im Rahmen der hausärztlichen Versorgung erbracht werden.

Änderungsvorschlag

§ 116b Abs. 2 S. 2 SGB V wird gestrichen.

c. § 116b Abs. 3 SGB V -neu

Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 3 beinhaltet eine Konkretisierung der Richtlinienkompetenzen des G-BA. Für Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen kann dieser fortan Empfehlungen als Entscheidungshilfe für den behandelnden Arzt abgeben, in welchen Fallkonstellationen bei der jeweiligen Krankheit von einem besonderen Krankheitsverlauf auszugehen ist. Außerdem kann der G-BA für die Versorgung von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen Regelungen zu Vereinbarungen treffen, die eine Kooperation zwischen den beteiligten Leistungserbringern in diesem Versorgungsbereich fördern. Für die Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen hat der G-BA Regelungen für solche Vereinbarungen zu treffen. Diese sind Voraussetzung für die Teilnahme an der spezialärztlichen Versorgung.

Stellungnahme

In der Gesetzesbegründung zu § 116b Abs. 3 Satz 1 SGB V wird auf die nach der derzeitigen Rechtslage bereits bestehende Richtlinienkompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses hingewiesen. Tatsächlich wird diese durch Absatz 3 jedoch erweitert, was – trotz der beabsichtigten Neuregelung in § 116b Abs. 4 SGB V – nicht zu einer Einschränkung der bereits in Absatz 1 genannten Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltenen Erkrankungen, ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe sowie hochspezialisierte Leistungen führen darf.

Die Erweiterungen der Richtlinienkompetenz des G-BA werden außerdem voraussichtlich weniger der Klärung dienen, als vielmehr die bisherige Blockadehaltung einzelner Vertragspartner im G-BA fördern. Vor dem Hintergrund, dass es dem G-BA nach vielen Jahren dissenter Beratungen gelungen ist, bei den Konkretisierungen eine standardisierte und allgemein akzeptierte Strukturierung und

inhaltliche Ausgestaltung zu finden, erscheint es wenig zweckmäßig, diesen schweren Prozess nochmals durch neue Vorgaben in Gang zu setzen. Zur Vereinfachung der weiteren Verhandlungen wird daher auf folgende Aspekte hingewiesen:

In der Begründung zu Absatz 3 sollte im ersten Absatz klargestellt werden, dass die nach bisheriger Rechtslage getroffenen Regelungen analog fortzuführen sind. Kleinere Abweichungen, die sich ohnehin bisher im Beratungsverlauf ergeben haben, werden hierdurch nicht verhindert.

In Ergänzung zu den bisherigen Regelungen wird nunmehr vorgesehen, dass der G-BA für die Behandlung von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, bei denen es sich nicht zugleich um seltene Erkrankungen handelt, Empfehlungen als Entscheidungshilfe für den behandelnden Arzt abgeben kann, in welchen medizinischen Fallkonstellationen bei der jeweiligen Krankheit von einem besonderen Krankheitsverlauf auszugehen ist. Diese Regelung ist aus Sicht der DKG nicht nachvollziehbar. Bei den unter der Kategorie „Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“ aufgeführten Diagnosen handelt es sich bereits um Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf. Der besondere Verlauf bezieht sich insoweit auf die Erkrankung und nicht auf einzelne Fallkonstellationen. Zudem stellt das Überweisungserfordernis in den Richtlinien nach § 116b SGB V keine zu einem bestimmten Zeitpunkt bzw. Krankheitsschweregrad zu treffende verpflichtende Überweisung für die jeweils behandelnden Ärzte dar. Vielmehr entscheiden diese individuell in Abhängigkeit von ihren jeweiligen Fachkompetenzen, wann aus ihrer Sicht ein Patient der besonderen spezialärztlichen Versorgung zugeführt werden sollte. Die Forderung, dass der G-BA diesbezüglich entsprechende Empfehlungen als Entscheidungshilfe für die behandelnden Ärzte abgeben soll, wird aus Sicht der DKG ausschließlich zu Konflikten im Gemeinsamen Bundesausschuss führen. Die Richtlinie des G-BA richtet sich an die Leistungserbringer der spezialärztlichen Versorgung und nicht an die zuvor tätigen behandelnden Ärzte (Haus- und Fachärzte). Insofern würden diese Empfehlungen ohnehin ins Leere laufen, da ihre Zielgruppe eine andere ist. Auch wird es den Patienten kaum vermittelbar sein, dass sie an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung möglicherweise immer erst dann teilnehmen können, wenn es zur massiven Krankheitsverschlechterung gekommen ist. Das heißt, am Ende könnten Leistungserbringer der spezialärztlichen Versorgung Patienten aufgrund von Richtlinieninhalten möglicherweise nicht behandeln, obgleich der niedergelassene behandelnde Arzt eine Überweisung wünscht, weil seine Qualifikation für die Fortsetzung der Behandlung des Patienten nicht ausreicht.

Entschieden abzulehnen sind die in Absatz 3 für den Bereich der Onkologie zwingend durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vorzusehenden Vereinbarungen zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern, die künftig Voraussetzung für die Teilnahme an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung sein sollen. Das zwingende Vorsehen solcher Vereinbarungen in bestimmten Bereichen darf nicht dazu führen, dass Leistungserbringern hierdurch der Zugang zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung aus rein formalen Gründen verwehrt wird. Die Entscheidung, in welchen Bereichen entsprechende Kooperationen sinnvoll und

notwendig sind, sollte vielmehr den Leistungserbringern selbst überlassen bleiben. Gleiche Wettbewerbsbedingungen können nicht erreicht werden, wenn Vertragsärzte, die schon aufgrund ihrer vertragsärztlichen Zulassung zur Leistungserbringung berechtigt sind, Krankenhäusern den Zugang zu § 116b SGB V durch die Verweigerung der Eingehung von Kooperationen verwehren können. Daran ändert auch der nunmehr in der Gesetzesbegründung enthaltene Hinweis, dass Kooperationsverträge zwischen Krankenhäusern und vertragsärztlichen Leistungserbringern zu schließen sind, und damit also auch Vertragsärzte zur Leistungserbringung nach § 116b SGB V entsprechende Kooperationsvereinbarungen vorweisen müssten, nichts. Die entsprechenden Sätze 6 bis 8 sind daher ersatzlos zu streichen.

Änderungsvorschlag

§ 116b Abs. 3 wird wie folgt gefasst:

~~„Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in einer Richtlinie das Nähere zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung nach Absatz 1. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat den Katalog nach Absatz 1 zu ergänzen um weitere seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe aus dem Katalog nach § 115b Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB V sowie um weitere hochspezialisierte Leistungen, die die Kriterien nach Satz Absatz 1 Satz 1 erfüllen. Er konkretisiert die Erkrankungen nach Absatz 1 Satz 2 nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung oder weiterer von ihm festzulegender Merkmale und bestimmt den Behandlungsumfang. Er regelt die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante spezialärztliche Leistungserbringung sowie die einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a in Verbindung mit § 137. Zudem regelt er, in welchen Fällen die ambulante spezialärztliche Leistungserbringung die Überweisung durch den behandelnden Arzt voraussetzt. Für die Behandlung von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, bei denen es sich nicht zugleich um seltene Erkrankungen handelt, kann er Empfehlungen als Entscheidungshilfe für den behandelnden Arzt abgeben, in welchen medizinischen Fallkonstellationen bei der jeweiligen Krankheit von einem besonderen Krankheitsverlauf auszugehen ist. Zudem kann er für die Versorgung bei Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen Regelungen zu Vereinbarungen treffen, die eine Kooperation zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach Absatz 2 Satz 1 in diesem Versorgungsbereich fördern. Für die Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen hat er Regelungen für solche Vereinbarungen zu treffen. Diese Vereinbarungen nach Satz 6 und 7 sind Voraussetzung für die Teilnahme an der spezialärztlichen Versorgung.“~~

Die Begründung zu § 116b Abs. 3 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

~~„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat – wie nach bisheriger Rechtslage und aufbauend auf analog den bereits in seiner Richtlinie nach § 116b SGB V getroffenen Regelungen – die Erkrankungen gemäß ICD-Kodierung oder mittels~~

~~weiterer von ihm zu beschreibender Merkmale zu konkretisieren sowie den Behandlungsumfang zu bestimmen.“~~

d. § 116b Abs. 4 SGB V -neu

Beabsichtigte Neuregelung

Wie nach der bisherigen Rechtslage wird dem G-BA die Aufgabe übertragen, den Katalog um weitere Erkrankungen und hochspezialisierte Leistungen zu ergänzen. Die hierfür Antragsberechtigten werden nunmehr direkt im Gesetz benannt, wobei auch die Unparteiischen des G-BA künftig antragsberechtigt sein sollen. In der Begründung wird erläutert, dass die Erweiterung aufbauend auf der bisherigen Richtlinie nach § 116b SGB V erfolgen soll. Zudem werden Kriterien benannt, die diese neu aufzunehmenden Erkrankungen erfüllen sollen.

Stellungnahme

Im Hinblick auf die Konkretisierung medizinischer Fallkonstellationen, bei denen es sich in der Regel um einen besonderen Krankheitsverlauf handeln soll, wird auf unsere kritische Stellungnahme zu Absatz 3 verwiesen. Gleichwohl wird die Konkretisierung in der Begründung begrüßt, da sich die bisherigen Regelungen in der Verfahrensordnung, wann es sich um eine Erkrankung mit besonderem Krankheitsverlauf handelt, als vollständig unpraktikabel für die Erweiterung des Kataloges um neue Krankheiten erwiesen haben. Die Konkretisierung sollte sich jedoch nicht auf erkrankungsspezifische Einzelaspekte sondern vielmehr auf übergreifende Kriterien für die Definition besonderer Krankheitsverläufe beziehen.

Änderungsvorschlag

In der Begründung ist in Abs. 1 der letzte Satz vor der Spiegelstrichliste wie folgt zu formulieren:

„Hinweise auf Krankheiten mit besonderen Krankheitsverläufen sind insbesondere:

...“

Zudem ist in der Begründung am Ende des 2. Spiegelstriches das Wort „oder“ zu ergänzen.

e. § 116b Abs. 5 SGB V – neu

Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 5 wird der G-BA beauftragt, ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationärer ersetzende Eingriffe aus dem Katalog nach § 115 b SGB V in einer Richtlinie zu benennen und zu konkretisieren und diese in die ambulante spezialärztliche Versorgung einzubeziehen.

Stellungnahme

Bei der Überführung von Leistungen aus dem Katalog nach § 115 b SGB V in die ambulante spezialärztliche Versorgung nach § 116b SGB V wäre zunächst klarzustellen, dass bis zum Inkrafttreten eines entsprechenden Richtlinienbeschlusses des G-BA den Krankenhäusern eine Erbringung der betreffenden Leistungen nach den Grundsätzen des § 115b SGB V weiterhin möglich ist. Überdies muss durch Implementierung einer angemessenen Übergangsfrist von einem Jahr ab dem Inkrafttreten der entsprechenden Richtlinienbeschlüsse des G-BA sichergestellt werden, dass Krankenhäuser den ggf. neuen Anforderungen für die Erbringung dieser Leistungen auf Grundlage des § 116b SGB V entsprechen können. Aus Sicherstellungserwägungen heraus ist letztlich noch eine Regelung erforderlich, wonach diese Leistungen von den Krankenhäusern während der Übergangsfrist weiterhin auf Basis der Regelungen des § 115b SGB V erbracht werden dürfen.

Änderungsvorschlag

§ 116b Abs. 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Der Gemeinsame Bundesausschuss benennt und konkretisiert in der Richtlinie nach Absatz 3 Satz 1 erstmals bis zum 31. Dezember 2012 ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 3. Er hat danach weitere ambulant durchführbare Operationen und stationersetzende Eingriffe aus dem Katalog nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 nach Maßgabe des Absatzes 1 Satz 1 in die ambulante spezialärztliche Versorgung einzubeziehen. Ab Inkrafttreten der Richtlinien nach Satz 1 steht den Krankenhäusern ein Übergangszeitraum von einem Jahr zur Verfügung, die Anforderungen für eine Erbringung der nach Satz 2 einbezogenen Leistungen nach dieser Vorschrift zu erfüllen. Die Möglichkeit zur Erbringung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Satz 2 einbezogenen Leistungen nach § 115b bleibt während der Übergangsfrist nach Satz 3 unberührt. Für die Regelungen nach Satz 1 und 2 gilt Absatz 3 entsprechend.“

f. § 116b Abs. 6 SGB V - neu

Beabsichtigte Neuregelung

Die Leistungen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung werden unmittelbar durch die Krankenkassen vergütet. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene werden beauftragt, ein geeignetes Entgeltsystem zu entwickeln und die Vergütung in einer dreiseitigen Vereinbarung zu regeln. Die Beauftragung eines Dritten mit der Kalkulation ist möglich. Eine Konfliktlösung erfolgt durch das erweiterte Bundesschiedsamt. Bis zum Vorliegen einer dreiseitigen Vereinbarung erfolgt die Abrechnung auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), der jedoch aufgrund der spezifischen Anforderungen von spezialärztlichen Leistungen zu ergänzen ist. Dazu sind die entsprechenden Beschlussor-

gane um Vertreter der DKG zu ergänzen (vgl. Änderung Artikel 1 Nr. 22 Punkt I)). Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität erfolgt durch die Krankenkassen, die hiermit eine Arbeitsgemeinschaft beauftragen können.

Stellungnahme

Die DKG begrüßt ausdrücklich, dass der GKV-Spitzenverband, die KBV und die DKG aufgrund des sektorübergreifenden Geltungsbereiches der spezialärztlichen Versorgung als gleichberechtigte Selbstverwaltungspartner beauftragt werden, ein geeignetes Entgeltsystem zu entwickeln. Damit verbunden ist die klare Aussage des Gesetzgebers, dass eine Vergütung der spezialärztlichen Leistungen allein mit den vorhandenen Möglichkeiten der ambulanten, vertragsärztlichen Versorgung nicht sachgerecht wäre.

Allerdings ist derzeit noch nicht absehbar, welche Patientenmerkmale und/oder Behandlungsleistungen in einem neuen ambulanten Entgeltsystem berücksichtigt werden müssen. Der Gesetzgeber sollte daher keine Vorfestlegungen erlassen, die eine sachgerechte Ausgestaltung des Systems behindern könnten. Der ausschließliche Bezug der Gebührenpositionen auf die Diagnosen sollte daher gestrichen werden.

Nicht akzeptabel für die Entwicklung eines neuen Systems ist auch die Einschränkung auf den EBM als Ausgangspunkt für eine Kalkulation auf betriebswirtschaftlicher Grundlage. Hierdurch werden die mehrjährigen Erfahrungen der DKG, des GKV-Spitzenverbandes und vor allem des Institutes für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) aus der Kalkulation von Pauschalen für Krankenhausleistungen vollkommen negiert. Dies ist aus Sicht der DKG nicht nachvollziehbar, zumal mit den kalkulatorischen Vorgaben klargestellt wird, dass nicht wie im EBM nur die ärztlichen Leistungen, sondern auch die nichtärztlichen Leistungen und Sachkosten berücksichtigt werden müssen. Die DKG begrüßt ausdrücklich, dass vollumfängliche Gebührenpositionen entwickelt werden sollen und befürwortet eine Pauschalierung, soweit dies sinnvoll ist. Eine Berücksichtigung der „spezifischen Investitionsbedingungen“ bei der Kalkulation ist aus Sicht der Krankenhäuser wie unten zum „Investitionskostenabschlag“ begründet nicht gerechtfertigt und wird daher von der DKG strikt abgelehnt.

Die DKG begrüßt die Möglichkeit, einen Dritten mit der Kalkulation des neuen Entgeltkataloges beauftragen zu können. Allerdings kann eine zeitnahe Systementwicklung sowie die regelmäßige Weiterentwicklung nur gewährleistet werden, wenn auch deren Finanzierung gesichert ist. Als pragmatische Lösung würde es sich anbieten, eine jeweils hälftige Finanzierung über den DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für den Anteil der Krankenhäuser und über den Zuschlag nach § 87 Abs. 3c SGB V für den Anteil der Vertragsärzte gesetzlich zu verankern.

Weiterhin begrüßt die DKG, dass eine Schiedslösung zur Konfliktlösung vorgesehen ist, da dieses aufgrund der sehr unterschiedlichen Interessen der Vertragspartner zwingend notwendig ist. Da § 116b SGB V jedoch einen eigenen Leistungsbereich der ambulanten Versorgung definiert, scheint eine Schiedslösung

durch das Schiedsamt nach § 89 Abs. 4 SGB V nicht sachgerecht. Dieses Schiedsamt wurde originär für die vertragsärztliche Versorgung konzipiert und durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen gebildet. Die DKG hatte keine Möglichkeiten der Einflussnahme bei der Bildung dieses Schiedsamts, insbesondere bei der Auswahl des Vorsitzenden, der beiden unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreter. Die DKG fordert daher, für den Leistungsbereich des § 116b SGB V eine eigene dreiseitige, paritätisch besetzte, Schiedsstelle nach dem Vorbild der Bundesschiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG einzurichten, die ihre Entscheidungen mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder trifft. Ein ähnliches Vorgehen sollte auch bezüglich der Schiedslösung beim ambulanten Operieren nach § 115b Abs. 3 SGB V erfolgen.

Die DKG begrüßt ausdrücklich, dass eine Übergangsregelung bis zur Vereinbarung des neuen Entgeltkataloges vorgesehen ist. Die Übergangsregelung muss so ausgestaltet sein, dass eine zeitnahe und praktikable Umsetzung des neuen Versorgungsbereiches gewährleistet wird. Es ist daher nachvollziehbar, anders als bei der Kalkulation und Neuentwicklung, für die Übergangszeit auf den EBM aufzubauen, zumal die vorgesehene Regelung dort Ergänzungen vorsieht, wo der EBM lückenhaft oder die Vergütungshöhe nicht ausreichend ist. Aufgrund der Besonderheiten der spezialärztlichen Versorgung ist es zwingend erforderlich, auch diagnostische Leistungen oder Behandlungen durchführen zu können, die nicht mit den Gebührenpositionen des EBM abgebildet sind oder deren Bewertungshöhe im EBM nicht dem Patientenspektrum der spezialärztlichen Versorgung gerecht wird. Es ist ebenfalls nachvollziehbar, dass der Bewertungsausschuss beauftragt wird, die erforderlichen Ergänzungen zu beschließen. Hierfür ist die Beteiligung der Krankenseite, wie bereits in Artikel 1 Nr. 22 Punkt I) vorgesehen, zwingend erforderlich. Aufgrund der unterschiedlichen Interessen der Vertragspartner sollten jedoch die Stimmen wie oben zum Schiedsamt begründet gleichberechtigt auf alle drei Vertragspartner verteilt werden.

Nicht nachvollziehbar ist dagegen die Vorschrift, nach der die Vergütung nach dem EBM für öffentlich geförderte Krankenhäuser um einen Investitionskostenabschlag von 5 Prozent zu kürzen ist. Die DKG lehnt die vorgesehene Kürzung der Vergütung strikt ab. Zu Recht weist der Gesetzgeber in seiner Begründung explizit darauf hin, dass ambulante Behandlungskapazitäten der Krankenhäuser nicht förderfähig sind und von den Ländern auch nicht gefördert werden. Der unterstellte Wettbewerbsvorteil der Krankenhäuser existiert in der Praxis nicht. Die Vergütungsanteile für Investitionen dürfen den Krankenhäusern auch in der Übergangsphase nicht vorenthalten werden. Zudem sollte keine Ungleichheit im Wettbewerb durch den Gesetzgeber geschaffen werden.

Mit der Einführung einer Beteiligung der Krankenseite an den Beratungen im Bewertungsausschuss über krankenhauserrelevante Punkte bietet es sich an, auch die seit langem von der DKG geforderte Beteiligung an den Beratungen des Bewertungsausschusses zur ambulanten Notfallbehandlung aufzugreifen. Die diesbezüglichen Beschlüsse des Bewertungsausschusses haben in den letzten Jahren wiederholt zu einer Schlechterstellung der Krankenhäuser im Vergleich zur vertragsärztlichen Notfallversorgung und in Folge dessen zu Klagen vor den

Sozialgerichten geführt. Diese Rechtsstreitigkeiten ließen sich durch Beteiligung der DKG an den Beratungen zur Notfallversorgung zukünftig vermeiden.

Die Regelung, wonach die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität durch die Krankenkassen erfolgt, ist mit Blick auf den derzeitigen § 116b – dort Abs. 5 – sowie § 115b Abs. 2 nicht neu. Neu hinzu kommt jedoch die Möglichkeit der Krankenkassen mit dieser Aufgabe eine Arbeitsgemeinschaft beauftragen zu können, nach der Gesetzesbegründung analog zu § 303 Abs. 2 SGB V. Dieser verweist jedoch wiederum auf § 219 SGB V, der grundsätzlichen Befugnisnorm zur Bildung von Arbeitsgemeinschaften zwischen Krankenkassen und ihren Verbänden, insbesondere mit Kassenärztlichen Vereinigungen und anderen Leistungserbringern. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft geht davon aus, dass diese Arbeitsgemeinschaften auch unter Beteiligung von Krankenhausvertretern gebildet werden.

Änderungsvorschlag

§ 116b Abs. 6 SGB V ist wie folgt zu fassen:

„(6) Die Leistungen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung werden unmittelbar von der Krankenkasse vergütet. Hierzu vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam und einheitlich die Kalkulationssystematik, diagnosebezogene Gebührenpositionen sowie deren jeweilige verbindliche Einführungszeitpunkte nach Inkrafttreten der jeweiligen Richtlinien gemäß Absatz 3 bis 5. Die Kalkulation erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage ausgehend vom Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der ärztlichen und nichtärztlichen Leistungen, sowie der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen. Bei den seltenen Erkrankungen sollen die Gebührenpositionen für die Diagnostik und die Behandlung getrennt kalkuliert werden. Die Vertragspartner können einen Dritten mit der Kalkulation beauftragen. Die Gebührenpositionen sind in regelmäßigen Zeitabständen daraufhin zu überprüfen, ob sie noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Grundsatz der wirtschaftlichen Leistungserbringung entsprechen. Die Finanzierung der ihnen übertragenen Aufgaben zur Entwicklung und Pflege des Systems erfolgt zu gleichen Teilen über den DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG und den Zuschlag nach § 87 Abs. 3c SGB V. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 ganz oder teilweise nicht zu Stande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Schiedsstelle nach Absatz 6a mit der Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder innerhalb von 3 Monaten festgesetzt; § 112 Absatz 4 gilt entsprechend. Bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 2 erfolgt die Vergütung auf der Grundlage der berechenbaren Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen mit dem Preis der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung; dabei ist bei den öffentlich geförderten Krankenhäusern die Vergütung um einen Investitionskostenabschlag von 5 Prozent zu kürzen. Soweit dazu Veranlassung besteht, ist bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 2 über eine Ergänzung der Gebührenpositionen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für

ärztliche Leistungen nach § 87 Absatz 5a zu beschließen. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität erfolgt durch die Krankenkassen, die hiermit eine Arbeitsgemeinschaft beauftragen können. Für die Abrechnung gilt § 295 Absatz 1b Satz 1 entsprechend. Das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie die erforderlichen Vordrucke wird von den Vertragsparteien nach Satz 2 vereinbart; Satz 6 gilt entsprechend. Der notwendige Behandlungsbedarf nach § 87a Absatz 3 Satz 2 ist in den Vereinbarungen nach § 87a um die vertragsärztlichen Leistungen zu bereinigen, die Bestandteil der ambulanten spezialärztlichen Versorgung sind.“

Außerdem wird folgender § 116b Abs. 6a angefügt:

„(6a) Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bilden eine Schiedsstelle. Die Schiedsstelle besteht aus Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Die unparteiischen Mitglieder werden von den beteiligten Organisationen gemeinsam bestellt. Die unparteiischen Mitglieder werden durch den Präsidenten des Bundessozialgerichts berufen, soweit eine Einigung nicht zustande kommt. Durch die Beteiligten zuvor abgelehnte Personen können nicht berufen werden. Die Mitglieder der Schiedsstellen führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind in Ausübung ihres Amtes an Weisungen nicht gebunden. Jedes Mitglied hat eine Stimme. Die Entscheidungen werden mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder getroffen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle sowie die Geschäftsführung, das Verfahren, die Höhe und die Erhebung der Gebühren und die Verteilung der Kosten. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 9 bis zum 30.06.2012 nicht zustande, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit ihren Inhalt durch Rechtsverordnung. Die Rechtsaufsicht über die Schiedsstelle führt das Bundesministerium für Gesundheit. Gegen die Entscheidung der Schiedsstelle ist der Sozialrechtsweg gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.“

Zusätzlich ist die in Artikel 1 Nr. 22. Punkt I) vorgesehene Änderung des § 87 wie folgt zu fassen:

„I) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:

(5a) Bei Beschlüssen zur Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes zur Vergütung der Leistungen der spezialärztlichen Versorgung nach § 116b oder zur ambulanten Notfallversorgung ist der Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen nach Absatz 3 sowie der erweiterte Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen nach Absatz 4 ~~jeweils~~ um drei Vertreter der Deutschen Krankenhaus-

~~gesellschaft und jeweils um drei weitere Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu ergänzen.“~~

g. § 116b Abs. 7 - neu

Beabsichtigte Neuregelung

Es ist weiterhin vorgesehen, dass die Leistungserbringer der ambulanten spezialärztlichen Versorgung Leistungen nach § 73 Abs. 2 Nr. 5 bis 8 und 12 SGB V verordnen können, soweit diese zur Erfüllung des Behandlungsauftrages erforderlich sind. Für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit dieser Verordnungen gilt § 113 Abs. 4 SGB V entsprechend mit der Maßgabe, dass die Prüfung durch die Prüfungsstellen entsprechend § 106 Absatz 4, 4a, 5, 5a, 5b, 5c, 5d durchgeführt wird, soweit die Krankenkasse mit dem Leistungserbringer nach Absatz 2 nichts anderes vereinbart hat.

Stellungnahme

Die Beibehaltung dieser Regelungen ist zu begrüßen. Da die Verordnungsmöglichkeiten für die hochspezialisierten Leistungsbereiche in keiner Weise mit der Bandbreite des flächendeckenden Verordnungsgeschehens in der vertragsärztlichen Versorgung vergleichbar sind, ist es sachgerecht, die Möglichkeit zur Vereinbarung eigener Regelungen für die Wirtschaftlichkeitsprüfung zu eröffnen, die auf diesen speziellen Bereich zugeschnitten sind. Auch ist die Zuständigkeit der Krankenkassen für die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungen über § 113 Abs. 4 SGB V sachgerecht, da diese für die Vergütung der Leistungen verantwortlich sind.

Die Ergänzung, wonach die Prüfung durch die Prüfungsstellen entsprechend § 106 Abs. 4, 4a, 5, 5a, 5b, 5c und 5d SGB V durchzuführen ist, ist jedoch entschieden abzulehnen, sofern dadurch beabsichtigt ist, die Kassenärztlichen Vereinigungen in die Prüfungen von Verordnungen durch Krankenhäuser im Rahmen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung einzubeziehen. Bei den betreffenden Prüfungsgremien der vertragsärztlichen Versorgung (Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss) handelt es sich um gemeinsame Einrichtungen von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen, die in der Regel ihren Sitz bei der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung haben. Insbesondere der Beschwerdeausschuss ist paritätisch mit Vertretern von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen besetzt.

Wenn im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung von Vertragsärzten Gremien entscheiden, die auch mit Vertretern aus der Vertragsärzteschaft besetzt sind, ist zur Sicherstellung einer sachgerechten und ausgewogenen Prüfung von Verordnungen der Krankenhäuser jedoch erforderlich, die in den Prüfungsgremien vorgesehenen Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigungen durch Krankenhausvertreter zu ersetzen. Nur so kann eine Benachteiligung der Krankenhäuser gegenüber den Vertragsärzten ausgeschlossen werden. Bereits auf Grundlage der derzeitigen

Rechtslage wurden entsprechende Vereinbarungen zu § 116b SGB V auf Landesebene (z.B. in Sachsen) geschlossen, weswegen die in Absatz 7 enthaltene Ergänzung wonach die Prüfung durch die Prüfungsstellen entsprechend § 106 Abs. 4, 4a, 5, 5a, 5b, 5c und 5d SGB V durchzuführen ist, entbehrlich ist.

Änderungsvorschlag

§ 116 b Abs. 7 ist wie folgt zu fassen:

„(7) Die ambulante spezialärztliche Versorgung nach Absatz 1 schließt die Verordnung von Leistungen nach § 73 Absatz 2 Nummer 5 bis 8 und 12 ein, soweit diese zur Erfüllung des Behandlungsauftrags nach Absatz 2 erforderlich sind; § 73 Absatz 2 Nr. 9 gilt entsprechend. Die Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 gelten entsprechend. Die Vereinbarungen über Vordrucke und Nachweise nach § 87 Absatz 1 Satz 2 sowie die Richtlinien nach § 75 Absatz 7 gelten entsprechend, soweit sie Regelungen zur Verordnung von Leistungen nach Satz 1 betreffen. Die Krankenkassen stellen die Vordrucke zur Verfügung. Leistungserbringer nach Absatz 2 erhalten ein Kennzeichen nach § 293 Absatz 1 und 4 Satz 2 Nummer 1, das eine eindeutige Zuordnung im Rahmen der Abrechnung nach den §§ 300 und 302 ermöglicht, und tragen dieses auf die Vordrucke auf. Für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungen nach Satz 1 gilt § 113 Absatz 4 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Prüfung durch die Prüfungsstellen entsprechend § 106 Absatz 4, 4a, 5, 5a, 5b, 5c, 5d durchgeführt wird, soweit die Krankenkasse mit dem Leistungserbringer nach Absatz 2 nichts anderes vereinbart hat.“

h. § 116b Abs. 8 SGB V -neu

Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 8 stellt klar, dass bereits bestehende Bestimmungen von Krankenhäusern gemäß § 116b Abs. 2 SGB V in der derzeit geltenden Fassung bis zu deren Aufhebung durch das Land weiter gelten. Das Land hat eine getroffene Bestimmung, für die der Gemeinsame Bundesausschuss das Nähere zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung in seiner Richtlinie geregelt hat, spätestens ein Jahr nach dem Inkrafttreten des entsprechenden Richtlinienbeschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses aufzuheben.

Stellungnahme

Die DKG begrüßt die Aufnahme einer Übergangsregelung für Krankenhäuser, die bereits nach der derzeitigen Rechtslage zur Leistungserbringung nach § 116b SGB V „zugelassen“ wurden. Allerdings muss die Übergangsfrist adäquat gefasst werden. Krankenhäusern muss nach dem Inkrafttreten neuer Richtlinienbeschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses auf Basis der neuen Rechtslage daher in jedem Falle ein Zeitraum von einem Jahr zur Verfügung stehen, um die neuen Anforderungen zu erfüllen und einen neuen Antrag auf Teilnahme zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung stellen zu können. Nach der jetzigen

Regelung wäre die jeweilige Landesbehörde auch bereits kurze Zeit nach Inkrafttreten neuer Richtlinienbeschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses berechtigt, bestehende Bestimmungen zur Leistungserbringung gemäß § 116b Abs. 2 SGB V alte Fassung aufzuheben. Dies führt zu erheblichen Unsicherheiten, da die Entscheidung über den Zeitpunkt der Aufhebung einer alten Bestimmung vollständig in das Ermessen der Landesbehörde gestellt wird. Eine generelle Übergangsfrist für Krankenhäuser von einem Jahr ab Inkrafttreten neuer Richtlinienbeschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses würde diesen die entscheidende Planungs- und Rechtssicherheit verschaffen.

Wie allerdings mit Fällen umzugehen ist, in denen Krankenhäuser nach derzeitiger Rechtslage bei der zuständigen Landesbehörde die Zulassung zur Leistungserbringung beantragt haben, der Antrag jedoch noch nicht beschieden wurde, wird von Absatz 8 hingegen nicht geregelt. Ebenso muss geregelt werden, wie mit „Anträgen“ umzugehen ist, die zwar nach Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes, jedoch vor Inkrafttreten neuer Richtlinienbeschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses gestellt werden. In beiden Fällen gilt es zu vermeiden, dass die Anträge nicht bearbeitet werden, insbesondere vor dem Hintergrund, dass nicht absehbar ist, ab wann mit entsprechenden Richtlinienbeschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu rechnen ist.

Für die erste Fallkonstellationen kann die notwendige Rechtssicherheit nur durch eine Regelung erreicht werden, wonach die nach alter Rechtslage beantragten aber noch nicht beschiedenen Zulassungsanträge auch nach Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes nach den Anforderungen der alten Rechtslage zu bescheiden sind, und für die nach diesen Grundsätzen zur Leistungserbringung nach § 116b SGB V zugelassenen Krankenhäuser ab Inkrafttreten neuer Richtlinienbeschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses ebenfalls die Übergangsfrist von einem Jahr gilt.

Um zu gewährleisten, dass auch nach Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes jedoch vor Inkrafttreten neuer Richtlinienbeschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses kein „Zulassungstau“ eintritt, sollte geregelt werden, dass die zuständigen Landesbehörden auch diese Fälle nach der alten Rechtslage zu bearbeiten hat, und ab Inkrafttreten neuer Richtlinienbeschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses wiederum die Übergangsfrist von einem Jahr gilt, um die neuen – vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Anforderungen zu erfüllen zu können.

Änderungsvorschlag

§ 116b Abs. 8 wird wie folgt gefasst:

„(8) Bestimmungen, die von einem Land nach § 116b Absatz 2 Satz 1 in der bis zum (Tag vor Inkrafttreten dieses Gesetzes) geltenden Fassung getroffen wurden, gelten bis zu deren Aufhebung durch das Land weiter. Noch nicht beschiedene Anträge nach § 116b Absatz 2 Satz 1 in der bis zum (Tag vor Inkrafttreten dieses Gesetzes) geltenden Fassung sind nach der bis zum (Tag

vor Inkrafttreten dieses Gesetzes) geltenden Rechtslage zu bescheiden. Das Land hat eine nach Satz 1 und 2 getroffene Bestimmung für eine Erkrankung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 oder 2 oder eine hochspezialisierte Leistung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 4, für die der Gemeinsame Bundesausschuss das Nähere zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung in der Richtlinie nach Absatz 3 Satz 1 geregelt hat, spätestens ein Jahr nach dem Inkrafttreten des entsprechenden Richtlinienbeschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses aufzuheben. Für nach Absatz 2 Satz 1 vor Inkrafttreten des entsprechenden Richtlinienbeschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses bei der zuständigen Landesbehörde eingehende Anzeigen gilt die bis zum (Tag vor Inkrafttreten dieses Gesetzes) geltende Rechtslage; Satz 3 gilt entsprechend. Die von zugelassenen Krankenhäusern auf Grund von Bestimmungen nach Satz 1 erbrachten Leistungen werden nach § 116b Absatz 5 in der bis zum (Tag vor Inkrafttreten dieses Gesetzes) geltenden Fassung vergütet.“

21. Zu Artikel 1 Nr. 54 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb – § 137c Abs. 1 Satz 2 SGB V -neu

Beabsichtigte Neuregelung

Die Voraussetzungen zum Ausschluss einer Methode im Rahmen einer Krankenhausbehandlung zu Lasten der GKV werden verschärft. Gleichwohl hat die gegenüber dem Referentenentwurf erfolgte Streichung des Satzes

„Die Feststellung, dass der Nutzen der Methode für eine Anerkennung noch nicht hinreichend belegt ist, reicht dagegen nicht aus, um sie unmittelbar nach Satz 2 aus der Krankenhausversorgung auszuschließen.“

in der Begründung zu einer Aufweichung geführt.

Stellungnahme

Mit der Änderung in § 137c SGB V reagiert der Gesetzgeber auf relevante Fehlentwicklungen im Gemeinsamen Bundesausschuss, die in den diesbezüglichen Positionen der DKG umfassend dargestellt wurden. Die Bedeutung des Krankenhaussektors als Ort der Behandlung von schwerkranken Patienten in nicht selten ausweglosen Situationen wird nochmals in besonderer Weise anerkannt. Die bisher bestehende Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt wird zudem nachdrücklich bestätigt.

Im Gemeinsamen Bundesausschuss ist über die Verfügbarkeit medizinischer Leistungen für alle GKV-Versicherten im stationären Bereich zu entscheiden. Hierbei gilt es nach § 137c SGB V zu überprüfen, ob eine medizinische Leistung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten erforderlich ist. Diese Prüfung umfasst einen umfassenden Abwägungsprozess, bei dem neben den wissenschaftlichen Erkenntnissen aus Studien, auch

relevante patientenspezifische Aspekte sowie die Verfügbarkeit weiterer Behandlungsalternativen und vieles mehr zu berücksichtigen sind. In der Vergangenheit wurden im G-BA zunehmend umstrittene Entscheidungen getroffen, die auch von der Fachwelt mit völligem Unverständnis zur Kenntnis genommen wurden (z. B. der Ausschluss der PET bei malignen Lymphomen für das initiale Staging, Ausschluss der autologen Stammzelltransplantation bei ALL als Reserveverfahren). Durch diese Beschlüsse werden schwerkranken Patienten relevante Leistungen entzogen. Begründet werden diese Ausschlüsse vielfach damit, dass der Nutzen einer Leistung angeblich nicht belegt sei. Hierbei wird oftmals suggeriert, dass die evidenzbasierte Medizin eine definierte Evidenzstufe vorsieht, ab der der Nutzen einer Methode als belegt anzusehen ist, was aber keinesfalls zutrifft. Bei näherer Betrachtung der Beschlussunterlagen ist zudem festzustellen, dass völlig unabhängig von der Menge und Qualität vorliegender Studien (bei der tranurthalen Microwellentherapie (TUMT) lagen beispielsweise 18 randomisierte kontrollierte Studien der Evidenzstufe I vor) die Aussage des angeblich nicht belegten Nutzens zunehmend pauschal und unreflektiert zur Durchsetzung ökonomischer Interessen genutzt wird. Ein angemessener Abwägungsprozess patientenrelevanter Belange sowie verfügbarer Behandlungsalternativen wird zunehmend vernachlässigt.

Der gestrichene Satz in der Begründung stellt einen wichtigen Meilenstein dar, diese missbräuchliche Anwendung der evidenzbasierten Medizin zu unterbinden. Ergänzend wird dem G-BA mit dem neuen § 137e SGB V die Möglichkeit gegeben, in Situationen, in denen tatsächlich weitere Studien zu fordern sind, entsprechende Erprobungen anzustoßen. Wenn der oben genannte Satz in der Begründung entfällt, ist zu befürchten, dass die zunehmend verengte Methodenbewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses weiter fortgesetzt wird und im Ergebnis ein völlig lückenhaftes Versorgungsangebot auch für lebensbedrohliche Situationen entsteht. Der Satz in der Begründung ist daher zwingend wieder aufzunehmen.

Desweiteren wäre es aus Gründen der Eindeutigkeit der neuen Regelung sinnvoll, in der Begründung klarzustellen, dass mit dem Begriff „Behandlungsalternative“ sowohl diagnostische als auch therapeutische Verfahren gemeint sind. Gleiches gilt für die nachfolgenden Regelungen.

Um bereits bekannten Problemen im G-BA vorzubeugen, wird zudem angeregt, die Begrifflichkeit einer „schädlichen Behandlungsalternative“ zu präzisieren, um nicht allein ein Schadensrisiko zum Ausschluss einer Leistung führen zu lassen. Es wird daher angeregt, in der Begründung festzuhalten, dass potentiell alle Behandlungs- und Untersuchungsmethoden Unsicherheiten, das heißt, Vor- und Nachteile aufweisen können, die es im Rahmen der Nutzenrisikoabschätzung des G-BA abzuwägen gilt. So kann eine Untersuchungs- und Behandlungsmethode gleichzeitig nützen und schädlich sein. Nur der Fall, dass der zu erwartende Schaden den potentiell zu erwartenden Nutzen bei einer relevanten Anzahl von Patienten deutlich überwiegt, kann als Hinweis für einen Ausschluss gewertet werden.

Änderungsvorschlag

In der Begründung zu Nr. 54 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb ist der nachfolgende Satz nach dem zweiten Satz wieder aufzunehmen:

„Die Feststellung, dass der Nutzen der Methode für eine Anerkennung noch nicht hinreichend belegt ist, reicht dagegen nicht aus, um sie unmittelbar nach Satz 2 aus der Krankenhausversorgung auszuschließen.“

Es sollte eine Definition des Begriffes „Behandlungsalternative“ im Sinne diagnostischer und therapeutischer Verfahren in der Begründung erfolgen.

Am Ende des Absatzes zu Nr. 54 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb in der Begründung sollten folgende Sätze ergänzt werden:

„Alle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können gleichzeitig wirksam sein und Schadenspotential besitzen. Ob der zu erwartende Schaden den Nutzen überwiegt, bedarf daher einer differenzierten Abwägung. Für den Ausschluss einer Leistung reicht es nicht, dass diese ein Schadenspotential aufweist. Vielmehr ist für den Ausschluss einer Leistung zu fordern, dass der nachgewiesene Schaden den potentiellen Nutzen der Methode bei einer relevanten Anzahl der betroffenen Patienten deutlich überwiegt.“

22. Zu Artikel 1 Nr. 54 Buchstabe a Doppelbuchstabe cc – § 137c Abs. 1 Satz 3 ff. SGB V -neu

Beabsichtigte Neuregelung

Neue Verpflichtung des G-BA, bei Methoden, bei denen der Nutzen noch nicht hinreichend belegt ist, sich aber das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, eine Richtlinie zur Erprobung zu beschließen. Anschließende Bewertung der Ergebnisse der Erprobung nach Maßgabe der Kriterien „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“.

Stellungnahme

Mit der vorgesehenen Neuregelung eröffnet der Gesetzgeber neue Wege, medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse zu einzelnen medizinischen Verfahren nachhaltig zu fördern. Dieses Ziel wird durch eine Kompetenzerweiterung des G-BA erreicht, künftig sogenannte Richtlinien zur Erprobung einer Methode zu erlassen, wenn die Überprüfung der Methode ergeben hat, dass der Nutzen noch nicht hinreichend belegt ist, sie aber das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet. Erst nach Beendigung der Erprobung wird die Methodenbewertung unter Hinzuziehung der durch die Erprobung gewonnenen Erkenntnisse abgeschlossen. Es wird dann nach den bisher bekannten Kriterien „..... für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemeinen anerkannten Standes der medizini-

schen Erkenntnisse erforderlich....“ bewertet. Gemäß Begründung besteht für den Gemeinsamen Bundesausschuss das in § 137e Absatz 1 grundsätzlich eingeräumte Ermessen, ob er eine Richtlinie zur Erprobung beschließt *hier* soweit nicht, damit die notwendigen Erkenntnisse gewonnen werden. Eine Ausnahme von der Verpflichtung zur Erprobung ergibt sich lediglich dann, wenn im Falle einer Methode, deren technische Anwendung maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinproduktes beruht, die erforderliche Vereinbarung zur Beteiligung an den Kosten der wissenschaftlichen Begleitung nicht zustande kommt.

23. Zu Artikel 1 Nr. 54 Buchstabe b – § 137c Abs. 2 Satz 2 SGB V -neu

Stellungnahme

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass vom Gemeinsamen Bundesausschuss unmittelbar ausgeschlossene Leistungen ohne vorherige Erprobungsregelung nicht weiter im Rahmen von Studien zu Lasten der GKV erbracht werden können. Vor dem Hintergrund der gesamten Regelungen zur Methodenbewertung im stationären Bereich erscheint diese Vorgabe logisch und konsequent. Es gilt in diesem Kontext jedoch zu beachten, dass bereits eine Reihe von Leistungen nach der bisher gültigen Verfahrensordnung ausgeschlossen wurden, bei denen durchaus erwartet werden kann, dass sie noch im Rahmen von klinischen Studien erbracht werden. Um für diese Leistungen gewünschte Studien nicht zu verhindern, ist die ergänzende Klarstellung erforderlich, dass bei Ausschlüssen von Leistungen nach den Regelungen des § 137c SGB V bis zum Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes die Leistungserbringung in Studien weiterhin zu Lasten der GKV möglich ist.

Änderungsvorschlag

Ergänzung nachfolgenden Satzes nach Satz 1 in der Begründung:

„Letzteres gilt nicht für Leistungsausschlüsse, die nach den Regelungen vor Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes getroffen wurden.“

24. Zu Artikel 1 Nr. 56– § 137e SGB V -neu

Beabsichtigte Neuregelung

Erweiterung der Beschlusskompetenzen des Gemeinsamen Bundesausschusses im Hinblick auf die Aussetzung der Beschlussfassung mit Erprobung, die Definition der Voraussetzungen für die Erprobung sowie der Anforderungen an die Umsetzung zur Gewinnung weiterer wissenschaftlicher Erkenntnisse zu einer medizinischen Leistung. Schaffung neuer Antragsrechte zur Erprobung von Verfahren für die Medizinprodukteindustrie sowie deren finanzielle Beteiligung und Vergütung der Leistungserbringung während der Erprobung.

Gegenüber dem Referentenentwurf wurde die Regelung ergänzt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung nach § 137 SGB V für diejenigen Krankenhäuser regeln kann, die nicht an der Erprobung teilnehmen.

Stellungnahme

Mit der neuen Erprobungsregelung begegnet der Gesetzgeber der wiederholten Forderung nach besseren Rahmenbedingungen für die Gewinnung medizinisch wissenschaftlicher Erkenntnissen (nachhaltige Studienförderung). Zudem trägt er dem besonderen Bedarf der Versicherten auf einen frühzeitigen Zugang zu Innovationen Rechnung. Die Regelungen werden daher ausdrücklich begrüßt. Gleichwohl besteht an dieser Stelle die Gefahr, dass die GKV den Anspruch der Versicherten auf Innovationen unterwandert. Beispielsweise könnten sie die Vereinbarung eines NUB-Entgeltes entgegen den gesetzlichen Regelungen mit Krankenhäusern ablehnen, wenn diese die Leistungserbringung außerhalb der Erprobung beabsichtigen. Da bereits die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass die Krankenkassen mit den NUB-Vereinbarungen äußerst restriktiv umgehen, besteht die Gefahr, dass die Krankenkassen die Leistungserbringung auf diejenigen Leistungserbringer beschränken, die an der vom G-BA beschlossenen Erprobung teilnehmen. Hierdurch könnten sie die Umsetzung ihres Konzeptes zu den „Innovationszentren“ indirekt erzwingen. Aus diesem Grunde wird eine Klarstellung zu § 6 des Krankenhausentgeltgesetzes gefordert, die die Ablehnung einer sogenannten NUB-Vereinbarung aufgrund mangelnder Teilnahme an der Erprobung nach § 137e SGB V ausschließt.

Änderungsvorschlag

Ergänzung § 6 Abs. 2 KHEntgG um nachfolgenden klarstellenden Satz 8 -neu:

„Die Ablehnung einer Vereinbarung aufgrund mangelnder Teilnahme an der Erprobung nach § 137e SGB V ist nicht zulässig.“

Zu nachfolgenden Aspekten besteht aus Sicht der DKG weiterer Klarstellungsbedarf:

a. zu § 137 e Abs. 2 Satz 3 SGB V –neu

Wenngleich die oben genannte Ergänzung gegenüber dem Referentenentwurf fachlich nachvollzogen werden kann, so geht sie doch mit gewissen Risiken einher. Im Gemeinsamen Bundesausschuss ist wiederholt festzustellen, dass mit völlig überzogenen Qualitätsanforderungen massiv in die Bedarfsplanung der Länder steuernd eingegriffen wird. Hauptziel der Forderungen ist zumeist der Versorgungsausschluss zahlreicher Leistungserbringer. Mit Blick auf die bisher gemachten Erfahrungen im G-BA könnten solche Übermaßforderungen zu extremen Versorgungspässen führen. Die Verdichtung des Angebotes auf sogenannte „Innovationszentren“ stellt eine Hauptforderung der GKV dar, die 50 %

der Trägerstimmen im G-BA ausmacht. Aus diesem Grunde erscheint es notwendig, die Patienten und Leistungserbringer an dieser Stelle vor Übermaßforderungen zu schützen. Demnach sollte in der Begründung eine entsprechende Klarstellung erfolgen.

Änderungsvorschlag

Der Begründung zu § 137e Abs. 2 Satz 3 werden folgende Sätze angefügt.

„In den Anforderungen sind nur solche Aspekte aufzugreifen, zu denen entsprechende Erkenntnisse darüber vorliegen, dass sie für eine qualitätsgesicherte Leistungserbringung erforderlich sind. Übermaßforderungen mit dem Zweck der Leistungssteuerung in wenige Zentren sind hingegen unzulässig.“

b. zu § 137 e Abs. 3 Satz 2 SGB V –neu

Den Vorgaben entsprechend können alle Leistungserbringer an der Erprobung teilnehmen, wenn sie die notwendigen Anforderungen erfüllen. Der Begründung ist zu entnehmen, dass in Fällen, in denen sich zu viele Leistungserbringer an der Teilnahme der Erprobung bereit erklären, die wissenschaftlich unabhängige Institution eine Auswahl vornimmt. An dieser Stelle erscheint die Ergänzung hilfreich, dass die wissenschaftlich unabhängige Institution diese Auswahl nur nach einem vorab festgelegten und mit dem G-BA abgestimmten Kriterienkatalog durchführen kann.

Änderungsvorschlag

Die Begründung zu § 137e Abs. 3 könnte am Ende des 1. Absatzes um nachfolgenden Satz erweitert werden:

„Diese hat sich nach vorab festgelegten und mit dem G-BA abgestimmten Kriterien zu richten.“

c. zu § 137e Abs. 4 Satz 2 SGB V -neu

An dieser Stelle werden Regelungen getroffen, wie Leistungen im Rahmen der Erprobung künftig zu vergüten sind. Da Leistungen der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik derzeit noch im Rahmen der Bundespflegesatzverordnung vergütet werden, ist aus Sicht der DKG eine entsprechende Ergänzung erforderlich. § 17d regelt derzeit primär den Arbeitsauftrag zur Entwicklung des neuen Vergütungssystems für die Selbstverwaltung.

Änderungsvorschlag

§ 137e Abs. 4 Satz 2 ist wie folgt zu fassen:

*„Bei voll- und teilstationären Krankenhausleistungen werden diese durch Entgelte nach § 17b oder § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes **oder nach der Bundespflegesatzverordnung vergütet.**“*

Die gleichlautende Ergänzung sollte in der Begründung im Absatz zu den Sätzen 2 und 3 in Satz 1 ergänzt werden.

d. zu §§ 137e Abs. 4 Satz 4 ff. SGB V -neu

Der Begründung zu den Sätzen 4 fortfolgend ist zu entnehmen, dass Methoden die nicht nur stationär sondern auch ambulant erbringbar sind, auch ambulant von den Krankenhäusern und Vertragsärzten erbracht und abgerechnet werden können. An dieser Stelle wäre aus Sicht der DKG eine Präzisierung hilfreich, die verdeutlicht, welche Leistungserbringer grundsätzlich an der Erprobung in Abhängigkeit von der jeweiligen Rechtsgrundlage der Bewertung einer Methode nach § 135 oder § 137 c teilnehmen können bzw., ob die jeweilige Rechtsgrundlage der Beratungen (§§ 137c, 135) an dieser Stelle ohne Bedeutung ist.

Vor dem Hintergrund, dass die Regelung eine Zugangserweiterung für beide Versorgungsbereiche darstellen würde, erscheint eine eindeutige Rechtsgrundlage zweckmäßig.

Änderungsvorschlag

Klarstellung im Sinne der obigen Ausführungen in der Begründung.

e. zu § 137e Abs. 5 SGB V -neu

Der Begründung ist zu entnehmen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss die durch die Beauftragung entstehenden Kosten für die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung, wie z. B. Projektmanagement, Datenmanagement etc. über den Systemzuschlag finanziert. Dies jedoch nur soweit nicht ein Fall nach Abs. 6 vorliegt und die Kosten durch Hersteller von Medizinprodukten oder -geräten übernommen werden. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die Kosten für die Durchführung von Studien zumeist beträchtlich sind. Nicht selten ist mit Kosten über 1 Million Euro zu rechnen. Es stellt sich daher die Frage, in welcher Höhe kleinere bzw. mittelständische Betriebe die Kosten für die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung übernehmen können. Es ist durchaus vorstellbar, dass in manchen Fällen die Medizinprodukteindustrie lediglich einen Teilbetrag leisten kann, wie auch weiteren Ausführungen der Begründung zu entnehmen ist. Um das Nebeneinander der Kostenbeteiligung von GKV und Medizinprodukteindustrie zu ermöglichen, wird eine diesbezügliche Präzisierung angeregt.

Mit der Kompetenzerweiterung des G-BA Erprobungsregelungen zu initiieren, rücken die maßgeblichen Komponenten einer Methodenbewertung (Erkenntnisge-

winn in Studien und Bewertung der Studien für eine Beschlussfassung) näher zusammen. Um diesbezügliche Interessenskonflikte zu vermeiden, erscheint es sinnvoll, dass die wissenschaftliche Begleitung einer Erprobung nicht durch die selbe Institution durchgeführt wird, die anschließend die Studie für die abschließende Beschlussfassung im G-BA bewertet. Es wird daher eine diesbezügliche Klarstellung in der Begründung empfohlen.

Änderungsvorschlag

Die Begründung zu Absatz 5 sollte daher im 2. Absatz wie folgt formuliert werden:

*„Der Gemeinsame Bundesausschuss trägt die durch die Beauftragung entstehenden Kosten, sodass die Finanzierung der Overhead-Kosten der Erprobung wie zum Beispiel Projektmanagement, Datenmanagement, Monitoring über den Systemzuschlag nach § 139c SGB V erfolgt, soweit **die Kosten nicht ein Fall nach Absatz 6 vorliegt und gemäß Abs. 6 Kosten** durch Hersteller von Medizinprodukten oder -geräten übernommen werden.“*

In der Begründung sind am Ende des Absatzes 1 folgende Sätze zu ergänzen:

„Bei der Auswahl der wissenschaftlichen Institution ist darauf zu achten, dass künftige Interessenskonflikte vermieden werden. Die wissenschaftliche Begleitung der Erprobung und die anschließende Bewertung der Erprobungsergebnisse für Zwecke der abschließenden Beschlussfassung im G-BA durch die selbe Institution, ist auszuschließen.“

f. zu § 137e Abs. 7 Satz 3 SGB V -neu

Im Rahmen der neuen Antragsrechte der Medizinprodukteindustrie auf Erprobung einer Untersuchungs- und Behandlungsmethode wird dem G-BA eine Entscheidungsfrist von drei Monaten nach Antragsstellung vorgegeben. Im Sinne sachgerechter Entscheidungen und vor dem Hintergrund der bisherigen Erfahrungen ist diese Frist deutlich zu kurz. Bei dem Vorgang handelt es sich sowohl um eine Methodenbewertung als auch die Formulierung entsprechender Anforderungen für die Erprobung. Es wäre bedauerlich, wenn der G-BA aufgrund von Zeitmangel zahlreiche Anträge ablehnen müsste.

Änderungsvorschlag

§ 137e Abs. 7 Satz 3 ist wie folgt zu fassen:

*„Der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet innerhalb von ~~3~~ **6** Monaten nach Antragstellung auf der Grundlage der vom Antragsteller zur Begründung seines Antrages vorgelegten Unterlagen, **ob er eine Richtlinie zur Erprobung erlässt.***

25. Zu Artikel 1 Nr. 76 Buchstabe d – § 295 Abs. 3 Satz 2 SGB V -neu

Beabsichtigte Neuregelung

Die Verpflichtung der Vertragsparteien der Bundesmantelverträge zur Vereinbarung sogenannter Kodierrichtlinien entfällt.

Stellungnahme

Die Streichung der Regelung wird ausdrücklich begrüßt, da eine kodierrichtlinienkonforme Kodierung der Fülle ambulanter Behandlungsfälle ohne immensen bürokratischen Aufwand nicht zu leisten ist.

26. Zu Artikel 1 Nr. 79 – § 303e SGB V-neu

Beabsichtigte Neuregelung

§ 303e Abs. 1 SGB V regelt, welche Institutionen die bei der Datenaufbereitungsstelle gespeicherten Daten verarbeiten und nutzen können, soweit sie für die Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich sind.

Stellungnahme

Bisher ist es lediglich möglich, die DKG und die Landeskrankenhausgesellschaften unter Ziff. 5 (alt) zu subsumieren, das heißt, eine Datenverarbeitung zur Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen der Krankenhäuser. Dies ist sicherlich richtig; darüber hinaus ist die DKG aber in vielen Bereichen Partner der Selbstverwaltung, die nicht nur die vorrangig wirtschaftlichen Interessen der Krankenhäuser tangieren (z.B. viele Fragestellungen im Zusammenhang mit dem G-BA). Dies könnte bei der Datennutzung zu Einschränkungen führen, wenn diese nicht in erster Linie den wirtschaftlichen Interessen der Krankenhäuser dienen. Eine diesbezügliche Einschränkung ist nicht zielführend.

Darüber hinaus ist es gesetzgeberisch guter Brauch geworden, die DKG namentlich zu nennen und nicht in ihrer Funktion zu umschreiben (vgl. nur §§ 301, 291a, 112, 115, 115a, 115b SGB V; §§ 17a, 17b, 17c, 17d KHG, etc.); gleiches gilt für Landeskrankenhausgesellschaften (vgl. § 108a SGB V).

Änderungsvorschlag

Ergänzung § 303e Abs. 1:

„5. der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Landeskrankenhausgesellschaften,“

Die nachfolgenden Ziffern verschieben sich entsprechend.

B) Zu Artikel 9 – Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

1. Zu Artikel 9 Nr. 6 – § 20 Abs. 1 Satz 1 Ärzte-ZV -neu

Beabsichtigte Neuregelung

Ein Beschäftigungsverhältnis oder eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit steht der Eignung für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit entgegen, wenn der Arzt unter Berücksichtigung der Dauer und zeitlichen Lage der anderweitigen Tätigkeit den Versicherten nicht in dem seinem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang persönlich zur Verfügung steht und insbesondere nicht in der Lage ist, Sprechstunden zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anzubieten.

Stellungnahme

Ausweislich der Gesetzesbegründung soll die vorgesehene Neufassung des § 20 Abs. 1 Satz 1 Ärzte-ZV eine weitere Flexibilisierung der vertragsärztlichen Berufsausübung bewirken und zu einer Lockerung der zeitlichen Grenzen für Nebenbeschäftigungen von Vertragsärzten führen. Die durch die Rechtsprechung festgelegte starren Zeitgrenzen stünden einer den jeweiligen Umständen des Einzelfalles angemessenen und flexiblen Anwendung der Regelung entgegen. Durch die Neufassung soll deshalb klargestellt werden, dass künftig eine Nebenbeschäftigung auch bei einer Überschreitung der von der Rechtsprechung entwickelten Zeitgrenzen möglich ist, solange gewährleistet wird, dass die Vertragsärzte trotz der Arbeitszeiten in der Lage sind, dem Patienten in einem dem Versorgungsauftrag entsprechendem Umfang zur Verfügung zu stehen und Sprechstunden zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anzubieten. Diese Flexibilisierung ist zwar als „Schritt in die richtige Richtung“ anzusehen und wird von der DKG ausdrücklich begrüßt. Die vorgesehene Neuregelung trägt aber in dieser Form nicht zu mehr Klarheit bei, da dennoch eine Konkretisierung durch die Rechtsprechung erfolgen muss, in welchem Umfang Vertragsärzten eine Nebentätigkeit erlaubt ist.

Änderungsvorschlag

Die Neuregelung ist konkreter zu fassen.

C) Weiterer Änderungsbedarf

1. Neuordnung der Qualitätssicherung - § 135 Abs. 2 SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Vereinheitlichung der bestehenden unterschiedlichen Konzepte zur Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Versorgung durch konsequente Zuordnung der Regelungskompetenzen zum Gemeinsamen Bundesausschuss.

Stellungnahme

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurden verschiedene Vorschriften zur Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Sektor in einer gemeinsamen sektorübergreifenden Qualitätssicherung zusammengeführt. Allerdings bestehen weiterhin unterschiedlich angesiedelte Regelungskompetenzen im ambulanten und im stationären Bereich.

Die gesamte sektorspezifische Qualitätssicherung der stationären Versorgung wird im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) geregelt. Dies beinhaltet das Mitentscheidungsrecht von KBV und KZBV in Fragen der stationären Qualitätssicherung. Im Gegensatz dazu regeln die Partner des Bundesmantelvertrages-Ärzte (GKV-SV und KBV) im Gemeinsamen Ausschuss Qualitätssicherung nach § 135 Abs. 2 SGB V die Qualitätssicherung im ambulanten Bereich unter sich und ohne eine Einflussmöglichkeit der weiteren Selbstverwaltungspartner, der BÄK, des Bundespflegerates und der Patientenvertreter.

Während im stationären Bereich die kontinuierliche Messung der Ergebnisqualität der Behandlung, gemessen an patientenrelevanten Endpunkten, im Vordergrund steht, konzentriert sich die Qualitätssicherung der Bundesmantelvertragspartner konzeptionell im Wesentlichen auf den einmaligen Nachweis von Strukturqualität im Sinne von persönlich-fachlichen, räumlichen und apparativen Voraussetzungen vor der Zulassung zur Leistungserbringung.

Wenn eine gleiche Ausrichtung der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Sektor ernst gemeint ist, müssen die am Nutzen für Patientinnen und Patienten orientierten Ziele der Qualitätssicherung,

- durch Erkenntnisse über Qualitätsdefizite Leistungsbereiche systematisch zu identifizieren, für die Qualitätsverbesserungen erforderlich sind,
- Unterstützung zur systematischen, kontinuierlichen und berufsgruppenübergreifenden einrichtungsinternen Qualitätssicherung zu geben,
- Vergleichbarkeit von Behandlungsergebnissen – insbesondere durch die Entwicklung von Indikatoren – herzustellen und

- durch signifikante, valide und vergleichbare Erkenntnisse die Qualität von Krankenhausleistungen zu sichern,

nicht nur für den stationären, sondern auch für den ambulanten Sektor gelten. Dem zufolge muss die Ergebnisqualität der ärztlichen Behandlung auch für den ambulanten Bereich im Mittelpunkt der Qualitätssicherung stehen. Besser als bisher unter den beiden Partnern des Bundesmantelvertrages-Ärzte kann dies durch eine konsequente Zuordnung der Regelungskompetenzen auch für die sektorspezifische ambulante Qualitätssicherung zum Gemeinsamen Bundesausschuss erreicht werden, bei dem auch die weiteren Selbstverwaltungspartner, die BÄK, der Bundespflegerat und die Patientenvertreter ein Mitspracherecht haben.

Änderungsvorschlag

1. § 135 Abs. 2 müsste lauten:

„(2) Für ärztliche und zahnärztliche Leistungen, welche wegen der Anforderungen an ihre Ausführung oder wegen der Neuheit des Verfahrens besonderer Kenntnisse und Erfahrungen (Fachkundenachweis) sowie einer besonderen Praxisausstattung oder weiterer Anforderungen an die Strukturqualität bedürfen, können die Partner der Bundesmantelverträge einheitlich werden entsprechende Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung dieser Leistungen vereinbaren vom Gemeinsamen Bundesausschuss durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 bestimmt. Soweit für die notwendigen Kenntnisse und Erfahrungen, welche als Qualifikation vorausgesetzt werden müssen, in landesrechtlichen Regelungen zur ärztlichen Berufsausübung, insbesondere solchen des Facharztrechts, bundesweit inhaltsgleich und hinsichtlich der Qualitätsvoraussetzungen nach Satz 1 gleichwertige Qualifikationen eingeführt sind, sind diese notwendige und ausreichende Voraussetzung. Wird die Erbringung ärztlicher Leistungen erstmalig von einer Qualifikation abhängig gemacht, so können die Vertragspartner für Ärzte, welche entsprechende Qualifikationen nicht während einer Weiterbildung erworben haben, übergangsweise Qualifikationen einführen, welche dem Kenntnis- und Erfahrungsstand der facharztrechtlichen Regelungen entsprechen müssen. Abweichend von Satz 2 können die Vertragspartner nach Satz 1 zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung Regelungen treffen, nach denen die Erbringung bestimmter medizinisch-technischer Leistungen den Fachärzten vorbehalten ist, für die diese Leistungen zum Kern ihres Fachgebietes gehören.“

2. § 115b Abs. 1 letzter Satz müsste lauten:

In der Vereinbarung sind ~~die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2~~ sowie die Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2, § 135 Abs. 2 und § 137 zu berücksichtigen.

2. Belegärzte mit Honorarverträgen - § 18 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG

Beabsichtigte Neuregelung

Aufhebung der Kürzung der Fallpauschalen für Hauptabteilungen um 20 Prozent bei von Belegärzten mit Honorarverträgen behandelten Belegpatienten

Stellungnahme

Mit dem KHRG wurde den Krankenhäusern die Möglichkeit eröffnet, mit Belegärzten Honorarverträge abzuschließen. Das Krankenhaus soll in diesen Fällen die für Hauptabteilungen zu berechnenden DRG-Fallpauschalen in Höhe von 80 % bzw. mit einem Abschlag von 20 % berechnen und aus den "zusätzlichen" Erlösen den Belegarzt honorieren (vgl. § 121 Abs. 5 SGB V i. V. m. § 18 Abs. 3 KHEntgG).

Mit dieser seit 2009 bestehenden Option sollte der existenziellen Gefährdung des Belegarztwesens durch die Unterfinanzierung der belegärztlichen Leistungen im System der Kassenärztlichen Vereinigungen entgegengewirkt werden. Diese grundsätzlich begrüßenswerte Option findet jedoch aufgrund des 20-prozentigen Vergütungsabschlags in der Praxis weiterhin nur selten Anwendung. Dies ist nicht weiter verwunderlich, wenn man bedenkt, dass nach dem Abschlussbericht des InEK für das DRG-System 2011 die Bewertungsrelationen bei den 774 abgeleiteten Beleg-DRGs¹ im Durchschnitt 13,6 % unter denjenigen der Hauptabteilungs-DRGs liegen. Allein der pauschale Abschlag in Höhe von 20% führt damit bei diesen DRGs im Durchschnitt zu einer niedrigeren Vergütung als bei den korrespondierenden belegärztlichen DRGs, obwohl in diesem Fall zusätzlich noch das Arzthonorar aus der Fallpauschale beglichen werden muss. Die kalkulierten Beleg-DRGs² liegen im Durchschnitt zwar 31,1 % unter denen der entsprechenden Hauptabteilung. Unter Berücksichtigung des gesetzlichen Abzugs von 20% erscheint auch hier der verbleibende Vergütungsanteil nur selten ausreichend, um die Honorararztvergütung damit abzudecken.

Angesichts der Tatsache, dass aus einer um 20% gekürzten Fallpauschalenvergütung – im Gegensatz zu den Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung – auch noch das Arzthonorar bezahlt werden muss, kann nur in den seltensten Fällen von einer Kostendeckung ausgegangen werden. Der pauschale Abschlag auf die Hauptabteilungs-Fallpauschalen ist deshalb nicht sachgerecht. Anstatt eines nicht nachvollziehbaren Abschlags wäre es systemkonform, die Belegleistungen analog der Hauptabteilungen zu finanzieren, zumal sich die durchschnittliche Verweildauer in Belegabteilungen immer mehr der durchschnittlichen Verweildauer in Hauptabteilungen angenähert hat. Das Prinzip „Gleiches Geld für gleiche Leistung“ sollte insbesondere auch innerhalb eines Krankenhauses Anwendung finden. Das DRG-System setzt bewusst auf eine leistungsorientierte Vergütung. Unterschiedliche Vergütungshöhen in Abhängigkeit von der vorliegenden Fachabteilungsstruktur sind dagegen systemwidrig.

¹ Hauptabteilungs-DRG mit Abzug der Arztkosten

² eigenständige Kalkulation auf Basis der tatsächlichen Kostendaten

Statt sie zu stärken, diskriminiert der Abschlag die belegärztliche Versorgung und behindert das sinnvolle Zusammenwachsen von stationärer und ambulanter Leistungserbringung. Die an sich positive vertragliche Option belegärztlicher Leistungserbringung darf nicht mit Abschlägen bei der Vergütung konterkariert werden.

Änderungsvorschlag

In § 18 Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter "in Höhe von 80 Prozent" gestrichen.

D) Zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

- 1. Zu Ausschussdrucksache 17(14)0190(neu), Änderungsantrag Nr. 30** der Fraktionen der CDU/CSU und FDP (zu Artikel 1 Nummer 50a - neu -, § 135 SGB V, Qualitätsanforderungen der Bundesmantelvertragspartner bei Untersuchungs- und Behandlungsmethoden)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband sollen zukünftig im Bundesmantelvertrag für ärztliche Leistungen über Strukturqualitätsanforderungen hinaus auch Vorgaben zur Prozess- und Ergebnisqualität vereinbaren dürfen.

Stellungnahme:

Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb große Teile der ambulanten ärztlichen Qualitätssicherung immer noch außerhalb des G-BA allein zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung festgelegt werden und dies nun auch noch auf die Ergebnisqualitätsmaßnahmen ausgeweitet werden soll. Dies steht im krassen Widerspruch zu der in § 137 Abs. 2 SGB V formulierten Vorrangigkeit zur sektorübergreifenden Orientierung in der Qualitätssicherung. Sämtliche krankenhausesbezogenen Qualitätssicherungsmaßnahmen wie z. B. Festlegungen zu den Fortbildungsanforderungen für Krankenhausärzte oder zu Struktur und Inhalt der Qualitätsberichte der Krankenhäuser werden im G-BA unter Einbindung aller Bänke beschlossen. Wenn nunmehr die externe Qualitätssicherung der vertragsärztlichen Versorgung sektorisiert erfolgen soll, wäre es konsequent, die gesamte Qualitätssicherung aus der Zuständigkeit des G-BA herauszulösen und zweiseitigen vertragspartnerschaftlichen Vereinbarungen zuzuführen. Wenn die Qualitätssicherung sektorübergreifend erfolgen soll, muss dies auch für die vertragsärztliche Versorgung gelten.

Änderungsvorschlag:

Der Änderungsantrag ist abzulehnen. Die Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V muss in Zukunft ebenfalls im G-BA vereinbart werden.

- 2. Zu Ausschussdrucksache 17(14)0190(neu), Änderungsantrag Nr. 49** der Fraktionen der CDU/CSU und FDP (zu Artikel 1 Nummer 80, § 295 SGB V, Abrechnung ambulanter ärztlicher Leistungen)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) nach § 118 sollen möglichst kurzfristig durch eine bundeseinheitliche Leistungsdokumentation er-

fasst werden, um den nach § 17d Absatz 1 Satz 3 KHG bestehenden Prüfauftrag der Einbeziehung der Leistungen der PIAs in das neue Psych-Entgeltsystem datengestützt durchführen zu können. Als Grundlage für die Vereinbarung einer bundeseinheitlichen PIA-Leistungsdokumentation durch die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 KHG soll der in Bayern angewendete Leistungskatalog dienen, der auch in verschiedenen anderen Ländern zur Anwendung kommt.

Die Selbstverwaltungspartner haben die Vereinbarung einer bundeseinheitlichen PIA-Leistungsdokumentation bis spätestens zum 30. April 2012 zu vereinbaren. Neben der in erster Linie zu klärenden Frage einer bundeseinheitlichen Leistungsbeschreibung sind insbesondere auch spezifische daten-technische Fragen für eine zeitnahe Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG an die DRG-Datenstelle zu klären. Die vereinbarte bundeseinheitliche Leistungsdokumentation gilt auch für die auf Abrechnungszwecke bezogene Vereinbarung nach § 120 Absatz 3 Satz 4, wonach das Nähere über Form und Inhalt der an die Kassen zu liefernden Abrechnungsunterlagen durch die Vertragsparteien nach § 301 Absatz 3 zu vereinbaren ist.

Da bei der Behandlung psychisch kranker Menschen datenschutzrechtlich sensible Daten entstehen können, ist der Leistungskatalog im Benehmen mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz zu vereinbaren.

Stellungnahme:

Die im Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und der FDP geplante Verpflichtung zu einer bundesweit verbindlichen einheitlichen Leistungsdokumentation aller psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V mit Zwang zur Abgabe der Daten im laufenden Abrechnungsverkehr mit den Krankenkassen liefe auf eine beispiel- und maßlose Überregulierung zur Erfüllung eines Prüfauftrages hinaus.

Im Rahmen des Prüfauftrages nach § 17d KHG müssen die Selbstverwaltungspartner zunächst prüfen, ob es grundsätzlich möglich wäre, auch die Leistungen der PIAs über leistungsorientierte, pauschalierende Tagesentgelte sachgerecht zu vergüten. Ziel der Datenerfassung für die Systementwicklung ist zunächst die Frage, ob für das Leistungsspektrum der PIA aufwandshomogene Leistungsgruppen definiert werden können. Hierzu sind sowohl Informationen über Patientenmerkmale und Behandlungsleistungen als auch über den Behandlungsaufwand erforderlich.

Allerdings ist in Abgrenzung zur stationären Systementwicklung zwingend zu berücksichtigen, dass der Aufwand für die Krankenhäuser dem Prüfauftrag angemessen sein muss. Es ist nicht Ziel des Prüfauftrages, für die PIA bereits abrechnungsfähige Entgelte zu definieren oder Relativgewichte zu berechnen. Die hohen Anforderungen an die Entgeltsystementwicklung dürfen keinesfalls ohne Notwendigkeit auf den Prüfauftrag übertragen werden. Insbesondere muss sich die Erfassung von zusätzlichen Daten in den Ambulanzen auf das Notwendige

beschränken, und bereits vorhandene Daten sollten genutzt werden. Für die betroffenen Krankenhäuser muss nachvollziehbar sein, warum zusätzlicher Dokumentationsaufwand unvermeidbar ist. Ein bundesweit in allen PIAs zusätzlicher, vorab in seiner Zielsetzung nicht sachgerecht definierter Dokumentations- und Datensammlungsaufwand ist den Kliniken nicht zuzumuten. Die für die Dokumentation notwendige Zeit geht für die Behandlung der Patienten verloren, was gerade in der von ärztlichem und pflegerischem Personalmangel geprägten psychiatrischen Versorgung besonders kritisch ist.

Die DKG spricht sich daher gegen eine Vollerhebung in allen PIA und für ein modellhaftes Vorgehen mit Erhebung einer Stichprobe aus. In dieser Stichprobe sollen die Leistungen der PIA einheitlich nach dem Katalog des bayerischen PIA-Vergütungsmodells, ergänzt um zusätzliche Angaben zur Leistungsart nach Tagesprofilen, dokumentiert werden. Damit wird auch dem Grundsatz der Datensparsamkeit und vorzugsweisen Erhebung über Stichproben entsprochen. Angesichts der datenschutzrechtlich hohen Sensibilität der Behandlungsdaten psychisch kranker Menschen sollten die Daten als Pseudoentgelte ausschließlich an das InEK, nicht an die Krankenkassen geliefert werden.

Aus dieser Stichprobe könnte das InEK dann aufwandshomogene Leistungsgruppen zu bilden versuchen. Ist dies möglich, so wird in einem weiteren Schritt zu prüfen sein, ob die aufwandshomogenen PIA-Gruppen zum neuen stationären Vergütungssystem kompatibel gestaltet werden können. Dazu ist aber zwingend notwendig, dass das neue stationäre System zumindest in seinen Grundzügen bekannt ist. Das ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht der Fall.

Änderungsvorschlag:

§ 21 KHEntgG wird um folgenden Absatz 4a ergänzt:

„Die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG vereinbaren bis zum 30. Juni 2012 das Verfahren zur Erfüllung des Prüfauftrages nach § 17d Abs. 1 Satz 3 KHG auf der Grundlage einer sachgerechten Auswahl von Krankenhäusern. In der Vereinbarung nach Satz 1 sind für die in die Auswahl einbezogenen Krankenhäuser eine einheitliche Leistungsdokumentation, eine pauschalierte Aufwandserstattung entsprechend § 17d Abs. 5 KHG und die Einzelheiten der Übermittlung an die Datenstelle nach Abs. 1 festzulegen. Absatz 6 gilt entsprechend.“

3. Zu Ausschussdrucksache 17(14)0192, Änderungsantrag Nr. 10 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP (zu Artikel 1 Nummer 41a - neu - , § 115b SGB V, Kooperationen zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten bei ambulanten Operationen im Krankenhaus)

Beabsichtigte Neuregelung

§ 115b SGB V soll künftig eine ausdrückliche gesetzliche Vorgabe für die Vertragsparteien auf Bundesebene enthalten, im Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V (AOP-Vertrag) vorzusehen, dass die Leistungen nach § 115b Abs. 1 Satz 1 SGB V auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht werden können.

Stellungnahme

Die gesetzliche Verankerung von Kooperationsmöglichkeiten zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Vertragsärzten im Bereich des ambulanten Operierens wird ausdrücklich begrüßt. Die vorgesehene Regelung verpflichtet die Vertragsparteien des AOP-Vertrages auf Bundesebene zur Schaffung konkreter Regelungen zur Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Vertragsärzten und entspricht damit der Systematik des § 115b SGB V. Gleichzeitig wird jedoch klargestellt, dass es möglich sein muss, dass Krankenhäuser zur Durchführung ihrer ambulanten Operationen Vertragsärzte ohne Belegarztstatus im Krankenhaus einsetzen.

Das Bundessozialgericht hat mit Urteil vom 23.03.2011 (B 6 KA 11/10 R) festgestellt, dass eine Einbeziehung von niedergelassenen Vertragsärzten in die Leistungserbringung von Krankenhäusern im Bereich des ambulanten Operierens nach den jetzigen Regelungen des AOP-Vertrages unzulässig ist.

Eine solche Zusammenarbeit ist jedoch äußerst sinnvoll. Für eine engere Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Sektor müssen Krankenhäuser und Vertragsärzte flexible Möglichkeiten zur Zusammenarbeit haben. Zudem ist es für Krankenhäuser wichtig, frei entscheiden zu können, ob sie ambulante Operationen und sonstige stationärsersetzende Eingriffe durch angestellte oder hinzugezogene Ärzte erbringen. Die vorgesehene Änderung des § 115b SGB V stellt sicher, dass entsprechende Kooperationsmöglichkeiten zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern unmittelbar im AOP-Vertrag verankert werden.

Es wäre jedoch wünschenswert, diese Rechtssicherheit nicht nur im Bereich des ambulanten Operierens, sondern auch im Bereich der stationären Versorgung zu haben. Die Zulässigkeit von Kooperationen zwischen Krankenhäusern und (Vertrags-)Ärzten sollte daher auch für den stationären Bereich in § 2 Kranken-

hausentgeltgesetz (KHEntgG) und § 2 Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV) ausdrücklich gesetzlich geregelt werden.

Änderungsvorschlag

Zusätzlich zur vorgesehenen Regelung in § 115b SGB V Schaffung einer gesetzlichen Regelung zur Zulässigkeit von Kooperationen zwischen Krankenhäusern und (Vertrags-)Ärzten im stationären Bereich in § 2 KHEntgG und § 2 BPfIV. Ein entsprechender Regelungsvorschlag ist dieser Stellungnahme als **Anlage** beigefügt.

4. **Zu Ausschussdrucksache 17(14)0192, Änderungsantrag Nr. 24** der Fraktionen der CDU/CSU und FDP (zu Artikel 6 Nummer 1a - neu -, §17 KHG, Entgeltbindung für allgemeine Krankenhausleistungen bei Ausgründung von Privatkliniken)

Beabsichtigte Neuregelung

§ 17 KHG soll um eine neue Nummer 1a ergänzt werden, nach der Einrichtungen, die in unmittelbarer räumlicher Nähe zu einem Plankrankenhaus liegen und mit diesem verbunden sind, für die Erbringung von allgemeinen Krankenhausleistungen, die dem Versorgungsauftrag des verbundenen Plankrankenhauses entsprechen, keine höheren Entgelte verlangen dürfen als nach den Regelungen des Krankenhausfinanzierungsrechts zu leisten wären.

Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung – eine Entgeltbindung der von einem Träger eines Plankrankenhauses betriebenen Privatklinik, die sich in unmittelbarer Nähe zum Plankrankenhaus befindet – ist abzulehnen. Der Betrieb einer solchen Klinik ist zulässig und Ausdruck der Befugnis auch des Trägers eines Plankrankenhauses, sich im Rahmen des in der Bundesrepublik geltenden Zivilrechts wirtschaftlich frei betätigen zu dürfen. Diese Rechtsauffassung ist zuletzt durch den Bundesgerichtshof (BGH) in seinem Beschluss vom 21.04.2011 (Az.: III ZR 114/10) bestätigt worden.

Es ist fraglich, ob dem Bundesgesetzgeber die entsprechende Kompetenz für die Einführung einer solchen Preisvorschrift – die die beabsichtigte Neuregelung zweifelsohne darstellt – zusteht. Eine Rechtsgrundlage, die es dem Bundesgesetzgeber erlauben würde, einzig zum Schutze einer bestimmten Bevölkerungsgruppe, der privat versicherten Patienten, eine Preisvorschrift in Form einer Preisbindungsregel einzuführen, ist nicht ersichtlich. Erschwerend kommt hinzu, dass nach der beabsichtigten Neuregelung die Preisvorschrift nur für Privatklini-

ken, die in unmittelbarer räumlicher Nähe zu einem Plankrankenhaus betrieben werden, gelten soll. Diejenigen Privatkliniken, die diese räumliche Nähebeziehung nicht aufweisen, sollen nicht der Preisbindung unterfallen, auch wenn ihr Träger ebenfalls Träger eines Plankrankenhauses ist. Diese Ungleichbehandlung unterliegt erheblichen verfassungsrechtlichen Bedenken, da sachlich nachvollziehbare Gründe für diese Ungleichbehandlung nicht existieren.

Zudem schränkt die beabsichtigte Neuregelung die wirtschaftliche Betätigungsfreiheit der Krankenhausträger in unzumutbarer Weise ein. Gewollt ist, dass die für die Behandlung von privat versicherten Patienten in der Privatklinik zu zahlenden Entgelte betragsmäßig auf die Höhe der Entgelte des Plankrankenhauses begrenzt werden. Eine solche Begrenzung führt jedoch dazu, dass der Betrieb einer Privatklinik unmöglich wird. Privatkliniken erhalten – anders als Plankrankenhäuser – keine Investitionsförderung nach § 8 KHG, die als verfassungsrechtlich gebotener Ausgleich zu den Vergütungsbeschränkungen des Krankenhausentgeltrechts für die Plankrankenhäuser notwendig ist. Da Privatkliniken diese Förderung nicht erhalten, sind sie gezwungen, auf einer anderen wirtschaftlichen Grundlage zu kalkulieren. Auf Grund des fehlenden Korrektivs der Investitionsförderung müssen die Privatkliniken in ihrer Preisgestaltung daher frei sein und haben lediglich die Grenzen des Zivilrechts zu berücksichtigen, d.h., deren Entgelte dürfen nur nicht unangemessen hoch sein. Dies hat der BGH in seiner o. g. Entscheidung deutlich herausgestellt. Jeder Eingriff in diese Systematik hat zur Folge, dass eine zulässig betriebene Privatklinik in räumlicher Nähe zu einem verbundenen Plankrankenhaus vergütungsrechtlich in ein Plankrankenhaus umfunktioniert wird, jedoch nur hinsichtlich der Erlöse, nicht jedoch bezüglich der Investitionsförderung. Folge dieser vergütungsrechtlichen Umwidmung der Privatklinik wäre zudem ein Eingriff in die Kompetenz zur Krankenhausplanung der zuständigen Behörden.

Eine solche Regelung stellt nichts anderes als eine Berufsausübungsregelung im Sinne des Artikels 12 Abs. 1 GG dar, da der Betrieb von Privatkliniken in räumlicher Nähe zu Plankrankenhäusern wirtschaftlich nicht realisierbar und damit faktisch unmöglich gemacht wird. Vernünftige Erwägungen des Gemeinwohls, die einen solchen Eingriff rechtfertigen könnten, sind nicht ersichtlich. So ist es unbestritten, dass der Träger eines Plankrankenhauses eine Privatklinik nur dann gründen und betreiben darf, wenn das Plankrankenhaus seinem Versorgungsauftrag nachkommt und sowohl gesetzlich als auch privat versicherte Patienten behandelt. Auch müssen privat versicherte Patienten die Wahl haben, entweder im Plankrankenhaus oder in der Privatklinik und nicht ausschließlich und automatisch in der Privatklinik behandelt zu werden. Für den Fall der Behandlung in der Privatklinik ist vor Behandlungsbeginn zudem eine entsprechende Vereinbarung mit der Privatklinik abzuschließen.

Darüber hinaus ist festzustellen, dass die Gründung und der Betrieb von Privatkliniken durch Träger von Plankrankenhäusern – auch in räumlicher Nähe zu einem solchen Plankrankenhaus – keinesfalls eine missbräuchliche Ausgründung darstellt, die privat versicherte Patienten unzumutbar belastet. Richtig ist vielmehr, dass die Krankenhausträger durch die Gründung von Privatkliniken auf den durch die Versicherungsunternehmen gestalteten Markt reagieren. Ausweislich des § 4 Abs. 4 der Musterbedingungen der privaten Krankenversicherung (MB/KK) haben Privatversicherte bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung die freie Wahl, sich in öffentlichen oder privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, behandeln zu lassen. Die Privatversicherten können somit frei wählen, ob sie bei medizinisch erforderlicher stationärer Behandlungsbedürftigkeit ihre Behandlung in einem Plankrankenhaus oder in einer Privatklinik durchführen lassen. Für dieses Wahlrecht haben die Versicherungsunternehmen aggressiv geworben und ihre Tarife entsprechend kalkuliert. Der Privatversicherte hat als Versicherungsnehmer nunmehr einen Anspruch gegen sein Versicherungsunternehmen, im Falle der erforderlichen stationären Behandlungsbedürftigkeit die anfallenden Kosten erstatten zu bekommen. Wählt der Privatversicherte nach Information die Behandlung in der Privatklinik statt im Plankrankenhaus und fallen dort in zulässiger Weise kalkulierte höhere Entgelte als im Plankrankenhaus an, übt der Privatversicherte ein ihm zustehendes Wahlrecht aus, wird dadurch jedoch nicht in unzumutbarer Weise belastet. Soll dem Privatpatienten diese Wahlmöglichkeit verbaut werden, haben die Versicherungsunternehmen die Möglichkeit, die MB/KK dahingehend zu ändern, dass Versicherungsschutz künftig lediglich für die Behandlung in Plankrankenhäusern gewährt wird, also die Wahlfreiheit der Patienten beschnitten wird. Von dieser Möglichkeit wird auch bereits seit geraumer Zeit Gebrauch gemacht. Dieses Vorgehen stellt auch ein milderes Mittel gegenüber der beabsichtigten Neuregelung dar, um den gewünscht Effekt der Absenkung der Ausgaben der PKV zu erreichen.

Dass die Preise für Wahlleistungen von der beabsichtigten Neuregelung unberührt bleiben sollen, ist selbstverständlich. Wahlleistungen sind grundsätzlich andere Leistungen als die allgemeinen Krankenhausleistungen, daher dürfen sie auch nur erbracht werden, wenn die Erbringung der allgemeinen Krankenhausleistungen nicht gefährdet wird und sie unterliegen auch anderen Preisfindungsregeln. Eine betragsmäßige Begrenzung der Wahlleistungsentgelte an die des in räumlicher Nähe betriebenen Plankrankenhauses wäre völlig systemwidrig.

Änderungsvorschlag

Der Änderungsantrag 24 wird zurückgenommen.

I. Änderung von § 2 Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG

„§ 2

(1) Krankenhausleistungen nach § 1 Abs. 1 sind insbesondere ärztliche Behandlung, **auch durch Vertragsärzte und sonstige Ärzte**, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, sowie Unterkunft und Verpflegung; sie umfassen allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen. Zu den Krankenhausleistungen gehören nicht die Leistungen der Belegärzte (§ 18) sowie der Beleghebammen und –entbindungspfleger.

(2) Allgemeine Krankenhausleistungen sind die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch

1. [...],

2. die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter, **unabhängig von Art und Umfang der Leistung**,

3. – 5. [...].

[...]“

Begründung

1. Zu Absatz 1

In Rechtsprechung und Literatur ist trotz der neuen Regelung in § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG zum Teil umstritten, ob das Krankenhaus die ärztliche Behandlung nur durch angestellte Ärzte erbringen kann, oder ob auch (Vertrags)Ärzte hierzu eingebunden werden dürfen. In diesem Zusammenhang wird von Krankenkassen und Sozialgerichten zudem vermehrt die Auffassung vertreten, (Vertrags)Ärzte dürften nicht im Zuge sog. „Kernleistungen“ eingesetzt werden, wie beispielsweise bei Operationen, sondern lediglich unterstützend tätig werden. Diese Auffassung findet im Gesetz jedoch keine Grundlage. Vielmehr widerspricht sie der Intention des § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV und ignoriert die bestehende Versorgungsrealität.

Die Rechtsprechung behandelt die Zulässigkeit von Kooperationen zwischen Krankenhäusern und (Vertrags)Ärzten uneinheitlich.

Zunächst hatte das LSG Sachsen mit Urteil vom 30.04.2008 (Az.: L 1 KR 103/07) bezüglich einer Kooperation im Bereich der Erbringung ambulanter Leistungen nach § 115b SGB V die Auffassung vertreten, die eigentlichen „Kernleistungen“ im

Rahmen einer Krankenhausbehandlung müssten vom Krankenhaus durch eigenes Personal erbracht werden, worunter lediglich angestellte Ärzte des Krankenhauses zu fassen seien. Dieses Urteil ist zwar durch Klagerücknahme in der Revisionsinstanz nicht in Rechtskraft erwachsen, hat aufgrund der vielfachen Kommentierungen in der Literatur dennoch mittlerweile einen hohen Bekanntheitsgrad erreicht.

Nach der Verwaltungsgerichtsbarkeit wiederum stellen Kooperationen zwischen Krankenhäusern und (Vertrags)Ärzten im stationären Bereich keine unzulässige Leistungserbringung dar. Beispielsweise hatte das Verwaltungsgericht (VG) Frankfurt in seinem Urteil vom 09.02.2010 (Az.: 5 K 1985/08 F) über die Klage einer Krankenkasse gegen die Genehmigung des Schiedsspruchs über das Budget des beteiligten Krankenhauses zu befinden, in dem festgelegt war, dass einige Leistungen für das Krankenhaus durch einen niedergelassenen Neurochirurgen erbracht werden sollten. Die Krankenkasse konnte sich mit ihrer Auffassung, wonach das Krankenhaus auf Drittleistungen nur zurückgreifen dürfe, sofern es überhaupt in der Lage sei, die jeweilige Leistung auch selbst zu erbringen, hingegen nicht durchsetzen. Aus Sicht des VG Frankfurt entspreche die im Budget des Krankenhauses enthaltene Leistung (hier: Bandscheibenoperation) dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses. Außerdem seien dem § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 KHEntgG keine Einschränkungen dahingehend zu entnehmen, wonach das Krankenhaus lediglich ergänzende Leistungen durch Dritte veranlasse dürfe. Eine ähnliche Entscheidung erging auch durch das VG Hannover am 22.07.2010 (Az.: 7 A 3146/08).

Gerade in den strukturell benachteiligten Räumen der Flächenländer sind Krankenhäuser oftmals auf die Kooperationen mit Vertragsärzten angewiesen, um eine ordnungsgemäße Patientenversorgung sicherzustellen. Die Erbringung und Vergütung von Krankenhausleistungen kann indes nicht vom Status des Krankenhausarztes bzw. der Krankenhausärztin als Beamter/Beamtin, Angestellte/Angestellter oder freiberuflich tätiger Ärztin/Arztes abhängen. Es ist deshalb auch nicht geboten, die Tätigkeit von (Vertrags)Ärzten im Krankenhaus nur in der Form des Anstellungsverhältnisses zu gestatten. Die personalrechtlichen Vorgaben des SGB V für Krankenhäuser, jederzeit verfügbares ärztliches Personal vorzuhalten (§ 107 Abs.1 Nr. 3 SGB V), sind statusneutral. Insofern war es den Krankenhäusern aufgrund ihrer Organisationsfreiheit auch bereits vor Inkrafttreten des VÄndG selbst überlassen, ob sie ihre Leistungen unter Beachtung des Versorgungsauftrages der Krankenhäuser mit angestellten oder mit kooperierenden Ärzten erbringen. Diesem Umstand trägt die Klarstellung in Absatz 1 Satz 1 Rechnung.

2. Zu Absatz 2

Diese Neuregelung ist eine notwendige Folgeänderung zu Absatz 1 und dient ebenfalls der Klarstellung. Sie grenzt die auf Veranlassung der Krankenhäuser von Dritten erbrachten und den Entgelten für allgemeine Krankenhausleistungen zugänglichen Leistungen ab von jenen Leistungen, die zu einer gesonderten Vergütung gegenüber dem Patienten bzw. seiner Krankenversicherung führen. Dazu zählen, stets unter Beachtung des Versorgungsauftrages des Krankenhauses – entgegen der Auffassung einzelner Sozialgerichte und der Krankenkassen – jedoch sämtliche für die Patientenbehandlung erforderlichen Leistungen.

II. Änderung von § 2 Bundespflegesatzverordnung – BPfIV

„§ 2

- (1) Krankenhausleistungen nach § 1 Abs. 1 sind insbesondere ärztliche Behandlung, **auch durch Vertragsärzte und sonstige Ärzte**, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, sowie Unterkunft und Verpflegung; sie umfassen allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen. Zu den Krankenhausleistungen gehören nicht die Leistungen der Belegärzte (§ 18) sowie der Beleghebammen und –entbindungspfleger.
- (2) Allgemeine Krankenhausleistungen sind die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch
1. [...],
 2. die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter, **unabhängig von Art und Umfang der Leistung**,
 3. – 5 [...].
- [...].“

Begründung

1. Zu Absatz 1

Vergleiche die voranstehende Begründung zu Punkt I.1.

2. Zu Absatz 2

Vergleiche die voranstehende Begründung zu Punkt I.2.