



ENTWURF EINES GESETZES ZUR VERBESSERUNG DER VERSORGUNGSQUALITÄT IM KRANKENHAUS UND ZUR REFORM DER VERGÜTUNGSSTRUKTUREN (KRANKENHAUSVERSORGUNGS- VERBESSERUNGSGESETZ - KHVVG)

STELLUNGNAHME DER KBV ZU DEN ÄNDERUNGSANTRÄGEN DER
KOALITIONSFRAKTION SPD, FDP UND BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, BT-
DRUCKSACHE 20(14)2213 VOM 11. OKTOBER 2024

15. OKTOBER 2024

INHALT

KOMMENTIERUNG	3
Änderungsantrag 1 (§ 39 g SGB V - Übergangspflege in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen)	3
Änderungsantrag 2 (§§ 92a, 92b SGB V - Meldesysteme zur Förderung der Patientensicherheit)	3
Änderungsantrag 7 (§ 115f SGB V - Hybrid-DRG, Verweisanpassung)	4
Änderungsantrag 8 (§ 116a SGB V - Ermächtigung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen und Sicherstellungskrankenhäuser zur fachärztlichen Versorgung)	4
Änderungsantrag 10 (118b SGB V - Pädiatrische Institutsambulanzen)	5
Änderungsantrag 11 (§ 135d SGB V - Ergänzung Transparenzverzeichnis um Qualitätsindikatoren und Wegfall Meldeweg Notfallstufen, Präzisierung des Begriffs Fachkrankenhaus)	5
Änderungsantrag 12 (§§ 135e, 135 f SGB V - Anpassung der Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Klarstellung zum Verfahren der Methodenentwicklung bei Mindestvorhaltezahlen, Interimsregelung)	6
Änderungsantrag 26 (§ 6c KHG - Berücksichtigung der Nachhaltigkeit im Rahmen der Investitionsprogramme der Länder)	6
Änderungsantrag 27 (§ 12 - Transformationsfonds)	6
Änderungsantrag 30 (§ 17b - Zu- und Abschlüsse ärztliche Weiterbildung)	7

ZUR KOMMENTIERUNG

Zu den einzelnen Regelungsinhalten wird im Folgenden kommentiert. Sofern keine Anmerkungen getätigt werden, wird die Regelung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) begrüßt oder sie sieht die Interessen der Vertragsärzte und -psychotherapeuten durch die Regelung nicht betroffen beziehungsweise steht dem Regelungsvorschlag neutral gegenüber.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist nur eine Form der Personenbezeichnung verwendet. Hiermit sind auch alle anderen Formen gemeint.

KOMMENTIERUNG

ÄNDERUNGSANTRAG 1 (§ 39 G SGB V - ÜBERGANGSPFLEGE IN SEKTORENÜBERGREIFENDEN VERSORGUNGSEINRICHTUNGEN)

Wesentlicher Inhalt

Die Erbringung von Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus soll für sektorenübergreifende Einrichtungen nicht subsidiär sein. Übergangspflege schließt die im Einzelfall erforderlich ärztliche Behandlung für längstens 10 Tage je Krankenhausbehandlung ein.

Bewertung

Wenngleich die Aufwertung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen im Bereich der Übergangspflege insbesondere Erbringer häuslicher Krankenpflege, Kurzzeitpflege sowie Erbringer von Leistungen zu medizinischen Rehabilitationen oder Pflegeleistungen betreffen, bedeutet dies eine weitere Ausdehnung der ambulanten ärztlichen Tätigkeit dieser Krankenhäuser und passt zum Ziel des BMG, eine krankenhauszentrierte Versorgung zu etablieren.

ÄNDERUNGSANTRAG 2 (§§ 92A, 92B SGB V - MELDESYSTEME ZUR FÖRDERUNG DER PATIENTENSICHERHEIT)

Wesentlicher Inhalt

Mit der vorgeschlagenen Ergänzung wird dem Innovationsfonds die Verpflichtung auferlegt, im Bereich der Versorgungsforschung zukünftig auch Vorhaben zur „Einrichtung von Meldesystemen zur Förderung der Patientensicherheit“ auszuschreiben und zu unterstützen.

Bewertung

Die Erfassung und Bewertung von kritischen Ereignissen im Rahmen der Versorgung von Versicherten ist eine sinnvolle Intervention, die bereits seit vielen Jahren in der medizinischen Versorgung diskutiert und als Anforderung in der Qualitätsmanagement-Richtlinie des G-BA verankert ist. Interne und externe Fehlerberichts- und Lernsysteme, wie beispielsweise cirs-medical.de, sind etablierte Angebote zum Lernen aus Fehlern und kritischen Ereignissen. Die Förderung der Einrichtung von Meldesystemen zur Stärkung der Patientensicherheit stellt insofern nur bedingt eine Neuerung dar, wie es in der Begründung zum Änderungsantrag Nr. 2 heißt. Forschung zur Wirksamkeit und Akzeptanz solcher Meldesystemen wurde auch bereits mehrfach durch den Innovationsfonds gefördert (z.B. LüFMS oder CIRSforte). Die vorgesehene Regelung würde durch den beabsichtigten Aufbau eines bundesweiten Meldesystems erstmals eine Maßnahme der Strukturförderung in das Aufgabenspektrum des Innovationsfonds einführen. Strukturförderungen sind bisher von der Mittelverwendung des Innovationsausschusses durch dessen Regularien ausgeschlossen. Die vorgesehene Ergänzung im Aufgabenbereich des Innovationsfonds wird daher kritisch gesehen. Insbesondere bleibt offen, wie eine dauerhafte Finanzierung der geschaffenen Strukturen gewährleistet wäre.

ÄNDERUNGSANTRAG 7 (§ 115F SGB V - HYBRID-DRG, VERWEISANPASSUNG)

Wesentlicher Inhalt und Bewertung

1. Die EBM-Abrechnung von Leistungen nach § 115 f SGB V wird gesetzlich ausdrücklich untersagt. Eine Abrechnung der Leistungen ist nur als Hybrid-DRG möglich. Der Ausschluss des etablierten Abrechnungsweges für Vertragsärzte verkompliziert die Leistungserbringung unnötig und sollte daher unterbleiben.
2. Die Frist zur Kalkulation der Hybrid-DRG-Leistungen auf Grundlage von noch zu erhebenden empirischen Kosten wird vom Jahr 2026 auf das Jahr 2030 verschoben. Bis dahin soll die Höhe der Hybrid-DRG dem Vergütungslevel nach AOP-Vertrag entsprechen; der Änderungsantrag sieht somit einen degressiven Preisverlauf vor. Dies ist nicht sinnvoll und sollte gestrichen werden. Denn weder für Vertragsärzte noch Krankenhäuser kann durch diesen Mechanismus eine ausreichende Kalkulationssicherheit hergestellt werden.
3. Der Änderungsantrag sieht eine Eingrenzung des Ambulantisierungskatalogs auf stationäre Fälle mit maximal einer Übernachtung vor. Dies steht den einschlägigen Erkenntnissen aus der Versorgungsforschung und der Gesundheitsökonomie diametral entgegen – etwa dem ESV-Projekt unter Leitung von Prof. Schreyögg. Die KBV lehnt diese Einschränkung ab.
4. Es soll eine Bereinigungsregelung für die Hybrid-DRG eingeführt werden. Soweit (vermutlich in beschränktem Maße) sie von dem Leistungsspektrum betroffen ist, soll die MGK um Hybrid-DRG-Leistungsanteile bereinigt werden. Das ist für die Vertragsärzte im Vergleich zu den Krankenhäusern nachteilig.
5. Der vertragsärztliche Bereich hat in Bezug auf sehr zeitintensive oder sehr sachkostenintensive Leistungen den deutlich zum hohen Pauschalierungsgrad der Hybrid-DRGs bemängelt. Diese Kritik wurde nicht aufgegriffen.
6. Neugefasst werden soll der Konfliktlösungsmechanismus. Wenn die dreiseitigen AOP-Vertragsparteien die nach dem Gesetz zugewiesenen Aufgaben im Bereich der Hybrid-DRG nicht erfüllen, wird der Ergänzte Erweiterte Bewertungsschuss dazu ermächtigt, die erforderlichen Festsetzungen zu treffen. Das intersektorale Schiedsamt nach § 89a SGB V hat dagegen keine Zuständigkeit. Wenn auch der Ergänzte Erweiterte Bewertungsausschuss keine Vereinbarung zur Vergütung, zum Kalkulationskonzept oder zur Leistungsauswahl festsetzt, gibt es eine Festsetzungsermächtigung für das Bundesgesundheitsministerium per Verwaltungsakt. Dieses System begrüßt die KBV mit Blick auf die erforderliche Katalogerweiterung.
7. Ebenso positiv bewertet die KBV die im Änderungsantrag vorgesehene Vorgabe einer Mindestzahl von ambulantisierbaren Fällen, die gleichrangige Beteiligung von InBA und InEK anstelle der derzeit dominierenden Rolle des InEK sowie die Erarbeitung eines Konzepts zur empirischen Kostenmessung in einem realistischen Zeitrahmen.

ÄNDERUNGSANTRAG 8 (§ 116A SGB V - ERMÄCHTIGUNG SEKTORENÜBERGREIFENDER VERSORGUNGSEINRICHTUNGEN UND SICHERSTELLUNGSKRANKENHÄUSER ZUR FACHÄRZTLICHEN VERSORGUNG)

Wesentlicher Inhalt

Neben der im bereits in § 116a Abs. 1 SGB V in der Fassung des Kabinettsentwurfs enthaltenen Ermächtigung von sektorenübergreifenden Einrichtungen auf Antrag für den hausärztlichen Versorgungsbereich – deren Streichung die KBV verlangt – soll mit § 116 Abs. 3 SGB V ein Anspruch für sektorenübergreifende Krankenhäuser und sogenannte „Sicherstellungskrankenhäuser“ auf Ermächtigungen zur jeweiligen fachärztlichen Versorgung geschaffen werden, soweit in dem jeweiligen Fachgebiet keine Zulassungsbeschränkungen bestehen. Diese Ermächtigung ist zu widerrufen, wenn zu einem späteren Zeitpunkt in dem jeweiligen Fachgebiet Zulassungsbeschränkungen vom Landesausschuss angeordnet werden.

Bewertung

Die Regelung ist entschieden abzulehnen. Bei einem Versorgungsgrad von zwischen 100% und 110% gibt es in diesem Planungsbereich zwar keine Zulassungsbeschränkungen, aber dennoch Überversorgung. Eine regelhafte und umfassende Teilnahmemöglichkeit von Krankenhäusern – ohne hierfür ein MVZ gründen zu müssen – an der fachärztlichen vertragsärztlichen Versorgung ist in solchen Planungsbereichen nicht zurechtfertigen. Dadurch werden bereits bestehende Wettbewerbsnachteile für Vertragsärzte verschärft und niederlassungswillige Vertragsärzte können durch die Existenz eines in ihrem Fachgebiet ambulant tätigen Krankenhauses abgeschreckt werden, zumal der Arzt nicht sicher weiß, ob durch seine Zulassung eine Überversorgung, damit wieder eine Zulassungssperre für Krankenhäuser eintritt und die Ermächtigung des Krankenhauses widerrufen wird. Denn es ist nicht ausgeschlossen, dass ein anderer Vertragsarzt kurzfristig seine Praxis aufgibt, berufsunfähig wird oder verstirbt.

In geöffneten Planungsbereichen können Krankenhäuser schon bereits durch Gründung eines MVZ an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Die beabsichtigte Regelung ist daher nicht erforderlich. Gegen eine Institutsermächtigung spricht zudem, dass das Leistungsgeschehen in Institutsambulanzen völlig intransparent ist, anders als das von MVZ.

Absatz 3 sollte daher ebenfalls komplett gestrichen werden.

Bei ermächtigten Einrichtungen, wie den geplanten 116a-Einrichtungen, gibt es keine Verpflichtung zur Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst. Die KV hat hier (anders als bei Krankenhaus-MVZ) keine Befugnis. Wenn 116a-Einrichtungen anstatt von Krankenhaus-MVZ gegründet werden, verbleibt der Bereitschaftsdienst ausschließlich bei den (nicht vorhandenen) niedergelassenen Vertragsärzten. Dies führt zu einer weiteren Verschlechterung der Versorgungssituation.

ÄNDERUNGSANTRAG 10 (118B SGB V - PÄDIATRISCHE INSTITUTSAMBULANZEN)

Wesentlicher Inhalt

Entsprechend der gesetzlichen Ermächtigung für PIAs soll es künftig eine Institutsermächtigung für pädiatrische Institutsambulanzen zur ambulanten kinder- und jugendärztlichen Behandlung geben. Wie bei den PIAs ist die Behandlung auf diejenigen Kindern und Jugendlichen auszurichten, die auf Grund der Schwere, Art und Dauer ihrer Erkrankung der Behandlung durch ein Krankenhaus bedürfen.

Bewertung

Dort, wo Kinderärzte fehlen, sind auch keine Krankenhäuser.

Die Kriterien „Art, Schwere und Dauer“ ermöglichen keine justiziable Abgrenzung der gewünschten Patientengruppe. Denn die entsprechende Vorgabe in § 117 SGB V hat nicht zu einer echten Steuerung/Abgrenzung der Patientengruppen geführt. Die diesbezüglichen Verhandlungen zur dreiseitigen Vereinbarung haben das bestätigt. Eine echte Steuerung/Abgrenzung lässt sich nur durch einen kinderärztlichen Überweisungsvorbehalt erreichen.

Es ist zu befürchten, dass diese Regelung – wie bei den PIAs – tatsächlich ausgedehnt und in den Institutsambulanzen reguläre vertragsärztliche und -psychotherapeutische Leistungen erbracht werden. Dies ist mit dem Wesen einer bedarfsunabhängigen, gesetzlichen Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nicht vereinbar.

ÄNDERUNGSANTRAG 11 (§ 135D SGB V - ERGÄNZUNG TRANSPARENZVERZEICHNIS UM QUALITÄTSINDIKATOREN UND WEGFALL MELDEWEG NOTFALLSTUFEN, PRÄZISIERUNG DES BEGRIFFS FACHKRANKENHAUS)

Wesentlicher Inhalt

Das IQTIG soll risikoadjustierte Qualitätsindikatoren zu Sterblichkeit und periprozeduralen Komplikationen entwickeln. Dadurch werden erneut umfangreiche Ressourcen des IQTIG gebunden.

Bewertung

Es erschließt sich nicht, weshalb nicht auf bereits vorhandene Qualitätsindikatoren zurückgegriffen wird. Die Begründung des Änderungsantrags hierzu ist nichtssagend. Zudem ist eine direkte Beauftragung des IQTIG mit der Entwicklung von Qualitätsindikatoren durch den Gesetzgeber widersprüchlich zu den Regelungen in § 137a Absatz 3 und 4 SGB V.

ÄNDERUNGSANTRAG 12 (§§ 135E, 135 F SGB V - ANPASSUNG DER MINDESTANFORDERUNGEN AN DIE QUALITÄT DER KRANKENHAUSBEHANDLUNG, KLARSTELLUNG ZUM VERFAHREN DER METHODENENTWICKLUNG BEI MINDESTVORHALTEZAHLEN, INTERIMSREGELUNG)

Wesentlicher Inhalt

Der G-BA soll in die Leistungsgruppengründung und -weiterentwicklung einbezogen werden, das Belegarztwesen soll durch die Berücksichtigung bei Leistungsgruppen und Sicherstellungszuschlägen gefördert werden und die bisherige Standortpräferenz für die Erbringung von Leistungsgruppen durch weitergehende Kooperationsmöglichkeiten geöffnet werden.

Bewertung

Zu Artikel 1 Nummer 8 (§ 135e und § 135f SGB V)

Zu Doppelbuchstabe dd

Der G-BA soll ein Recht zur Stellungnahme zu Empfehlungen des LG-Ausschusses erhalten. An der Grundkonzeption des Leistungsgruppenausschusses und der Festlegung der Inhalte durch Rechtsverordnung ändert sich dadurch nichts. Der G-BA hat weiterhin keine Regelungskompetenz. Ein wirklicher Mehrwert ergibt sich durch das Stellungnahmerecht nicht.

Zu Doppelbuchstabe ee

Beim G-BA soll eine Geschäftsstelle zur Koordinierung der Tätigkeit des Leistungsgruppenausschusses eingerichtet werden. Der G-BA hat zweifelsfrei die notwendige Kompetenz für eine neutrale Geschäftsführung. In Verbindung mit dem Regelungsvorschlag unter Doppelbuchstabe cc sollte die Festlegung der Leistungsgruppen aber in Gänze der gemeinsamen Selbstverwaltung obliegen. Es ist nicht sachgerecht, den G-BA aus der inhaltlichen Ausgestaltung der Leistungsgruppen im Leistungsgruppenausschuss auszuschließen.

ÄNDERUNGSANTRAG 26 (§ 6C KHG - BERÜCKSICHTIGUNG DER NACHHALTIGKEIT IM RAHMEN DER INVESTITIONSPROGRAMME DER LÄNDER)

Wesentlicher Inhalt

Die Bundesländer sollen bei der Bestimmung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen künftig auch das Benehmen mit der KV herstellen müssen.

Bewertung

Die Regelung ist positiv zu bewerten, wobei die Benehmensherstellung ein sehr schwacher Akt der Mitwirkung ist. Zielführender wäre eine Einvernehmensherstellung.

ÄNDERUNGSANTRAG 27 (§ 12 - TRANSFORMATIONSFONDS)

Wesentlicher Inhalt

Der Änderungsantrag enthält einen untauglichen Versuch, die PKV in den Transformationsfonds einzubinden. Sofern keine PKV-Beteiligung im Beobachtungszeitraum erfolgt ist, ist der Gesundheitsausschuss zu informieren, der über geeignete Maßnahmen der Beteiligung zu befinden hat.

Bewertung

Die Regelung ist nicht dazu geeignet, das Grundproblem der PKV-Beteiligung zu lösen.

ÄNDERUNGSANTRAG 30 (§ 17B - ZU- UND ABSCHLÄGE ÄRZTLICHE WEITERBILDUNG)

Wesentlicher Inhalt

Während alle von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung erbrachten Leistungen in Krankenhäusern pauschal über die DRG vergütet werden, gibt es kein dezidiertes Budget für Weiterbildungsaufwände. Dieses soll sich für weiterbildende Krankenhäuser künftig ändern. Der GKV-SV und die DKG werden damit beauftragt, Zu- und Abschläge zu den DRG-Fallpauschalen wegen des Aufwands für die ärztliche Weiterbildung im Krankenhaus zu prüfen.

Bewertung

Positiv zu bewerten ist die Anerkennung, dass die ärztliche Weiterbildung zu zusätzlichem Aufwand beim Weiterbildenden führt. Dies ist im ambulanten Bereich aber nicht anders als im stationären Sektor. Deshalb ist es unverständlich, weshalb die mit der fachärztlichen Weiterbildung verbundenen Mehrkosten – bei den Krankenhäusern künftig über Zuschläge auf die DRG-Fallpauschalen – berücksichtigt werden sollen, während die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte des fachärztlichen Versorgungsbereichs hierfür weiterhin keine gesonderte Vergütung erhalten. Eine gesonderte Vergütung des Ausbildungsmehraufwands, auch im fachärztlichen Bereich, ist zudem für den ambulanten Sektor vorzusehen, wie es die KBV seit langem fordert.

Kontakt:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-1036
politik@kbv.de, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 187.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 73 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.

