



ENTWURF EINES GESETZES ZUR WEITERENTWICKLUNG DER GESUNDHEITSVERSORGUNG (GVWG)

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM REFERENTENENTWURF DES
BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT VOM 23. OKTOBER 2020

12. NOVEMBER 2020

INHALT

ERFÜLLUNGS-AUFWAND	4
Zu E. 2 - Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft	4
Zu E. 3 - Erfüllungsaufwand für die Verwaltung	4

ARTIKEL 1 - ÄNDERUNG DES FÜNFTEN BUCHES SOZIALGESETZBUCH	5
Nr. 8 - § 31 Abs. 5 - Enterale Ernährung	5
Nr. 12 - § 39d (neu) - Förderung der Koordination in Hospiz- Palliativnetzwerken	6
Nr. 20 - § 75 - telefonische Konsultation über 116117	7
Nr. 20 bb) - 75 Abs. 1a, Satz 4, Ergänzung einer Nr. 2 „der Fälle, in denen bei einer zuvor erfolgten Inanspruchnahme eines Krankenhauses zur ambulanten Notfallbehandlung das Ersteinschätzungsverfahren keinen sofortigen Behandlungsbedarf ergeben hat,“	7
Nr. 24 - § 87a - Korrekturverfahren der Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) aus dem TSVG	7
Nr. 26 - § 95e (neu) - Berufshaftpflicht	8
Nr. 29 - § 118 - Prüfung und Anpassung der Vereinbarung zu PIA und PsIA an G-BA Vorgaben	9
Nr. 30 - § 120 Abs. 3b (neu) - Einführung eines verbindlichen, bundeseinheitlichen Ersteinschätzungsverfahrens für die Behandlung von Patienten, die zu Lasten der vertragsärztlichen Versorgung in Krankenhausambulanzen behandelt werden	9
Nr. 34 - § 136a Abs. 6 (neu) - einheitliche Anforderungen für Informationen	10
Nr. 36 - § 137 - 100 prozentige Dokumentationspflicht für ambulante Leistungserbringer	13
Nr. 37 - § 137a - Anpassungen bei Patienten-befragungen	14
Nr. 38 - § 137d - Transparenz über medizinische Rehabilitations-einrichtungen	16
Nr. 39 - § 137f - Einführung eines DMP Adipositas	16
Nr. 59 - § 299 - Verlängerung der Löschfrist	18
Nr. 62 - § 316 - Folgeänderung Enterale Ernährung	18

ARTIKEL 11 - ÄNDERUNG DER RISIKOSTRUKTUR-AUSGLEICHsverordnung	19
--	-----------

ARTIKEL 12 - ÄNDERUNG DER ZULASSUNGSVERORDNUNG FÜR VERTRAGSÄRZTE	20
---	-----------

ANHANG – WEITERER REGELUNGSBEDARF	21
Stärkung der Verbindlichkeit von Vorgaben der Bundesmantelvertragspartner zur Verordnung von Arznei- und Heilmitteln gemäß § 73 Abs. 9 und 10 SGB V	21
§ 92a Abs. 6a Satz 2 SGB V - Probatorische Sitzungen	22
Ergänzung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)	22
Folgeänderung des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG)	23
§ 27 Psychotherapeutengesetz (PsychThG) - Abschluss von Ausbildungen	23
§ 3 Abs. 3 Satz 1 Nr. 7 - Bundespflegesatzverordnung (BPfIV)	24
§ 117 Abs. 3c SGB V - Hochschulambulanzen	24

Vorbemerkung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) nimmt zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) des Bundesministeriums für Gesundheit vom 23. Oktober 2020 nachfolgend Stellung.

Zur Kommentierung

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist die männliche Form gewählt. Hiermit ist selbstverständlich auch die weibliche Form gemeint.

ERFÜLLUNGS-AUFWAND

ZU E. 2 - ERFÜLLUNGS-AUFWAND FÜR DIE WIRTSCHAFT

Für Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenhäuser, die an dem neuen DMP Adipositas teilnehmen möchten, entsteht Erfüllungsaufwand insbesondere infolge der bestehenden Informationspflicht zur regelmäßigen Dokumentation der Behandlung im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms in Höhe von etwa 7 Minuten pro Dokumentation.

Auch wenn Ärzte und Psychotherapeuten in Bezug auf die vorgesehene 100%ige Dokumentationsverpflichtung und die Veröffentlichung von Ergebnissen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung erfreulicherweise nicht zusätzlich dokumentieren müssen, werden sie mit einer Fülle von Anfragen zur Erläuterung seitens der Patienten konfrontiert sein, die sie entsprechend beantworten müssen. Da aufgrund der ungelösten methodischen Herausforderungen die Wahrscheinlichkeit besteht, dass nicht-valide Ergebnisse zunächst an die Ärzte und Psychotherapeuten zurück gespiegelt werden (rechnerische Auffälligkeiten u. a. aufgrund der geplanten 100% Dokumentationsrate) und ggf. sogar veröffentlicht werden könnten, wird auf die Ärzte und Psychotherapeuten außerdem ein erheblicher bürokratischer Aufwand für die Kommunikation und Aufklärung inkorrekt ausgewerteter und dargestellter Ergebnisse zukommen.

ZU E. 3 - ERFÜLLUNGS-AUFWAND FÜR DIE VERWALTUNG

Für die Krankenkassen, die ein neues DMP Adipositas anbieten, ergibt sich ein Erfüllungsaufwand innerhalb der eigenen Verwaltung sowie durch die Vergütung besonderer ärztlicher Leistungen im Rahmen der DMP. Dem Bundesamt für Soziale Sicherung entsteht im Rahmen seiner bisherigen Aufgaben gemäß § 137g SGB V zusätzlicher Aufwand für die Zulassung der neuen strukturierten Behandlungsprogramme. Da sich der Erfüllungsaufwand im Wesentlichen aus dem zusätzlichen Aufwand für die freiwillig teilnehmenden Leistungserbringer und aus der jährlichen Fallzahl ergibt und diese von der näheren Ausgestaltung der entsprechenden Richtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss und der Teilnahmebereitschaft chronisch Kranker an den neuen Programmen abhängen, kann eine nähere Bezifferung nicht erfolgen.

Der Bearbeitungsaufwand im Bereich Qualität und Transparenz wird hier nicht adäquat beziffert. Sowohl bei der Entwicklung als auch bei der späteren Umsetzung wird auf alle Beteiligten ein noch höherer Aufwand zukommen, da es zahlreiche ungeklärte methodische und operative Herausforderungen zu adressieren gilt. Betroffen sind hiervon insbesondere das IQTIG (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen), die Landesarbeitsgemeinschaften Qualitätssicherung (LAG), die Bänke und Beteiligten im Unterausschuss Qualitätssicherung (UAQS) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sowie die Geschäftsstelle des G-BA, Kommunikationsexperten für die verständliche Veröffentlichung und Kommentierung von Ergebnissen etc. Dieser Aufwand mag gerechtfertigt sein, wenn damit belegte Qualitätsdefizite behoben werden oder dem gegenüber ein anderer gesundheitlicher oder gesellschaftlicher Nutzen steht. Da jedoch noch keine belastbaren Ergebnisse aus der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung vorliegen, kann diese Einschätzung derzeit nicht getroffen werden.

IM EINZELNEN

ARTIKEL 1 - ÄNDERUNG DES FÜNFTEN BUCHES SOZIALGESETZBUCH

NR. 8 - § 31 ABS. 5 - ENTERALE ERNÄHRUNG

Die mit der geplanten Änderung in § 31 Abs. 5 SGB V vorgenommene Überführung der auf der Ersatzvornahme des BMG basierenden Übergangsregelung (§ 316 SGB V) in einen regulären Leistungsanspruch ist nachvollziehbar und wird von der KBV begrüßt. Auch der Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), die Entwicklungen dieser Leistungen zu evaluieren und hierüber dem BMG zu berichten, ist nachvollziehbar.

Allerdings stellt sich die Frage, ob die getroffene Regelung den G-BA tatsächlich berechtigt, die ggfs. erforderlichen Anpassungen durchzuführen. Eine Ergänzung, dass der G-BA – bei festgestelltem Änderungsbedarf – in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 festzulegen hat, unter welchen Voraussetzungen welche diätetische Intervention mit bilanzierten Diäten medizinisch notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich ist und von Versicherten beansprucht werden kann und dass Satz 1 (des Gesetzestextes) insoweit nicht gilt, wäre unseres Erachtens hilfreich.

Da der G-BA zunächst das Nähere (auch zur Evaluation) in seiner Verfahrensordnung regeln soll, wäre aus Sicht der KBV eine Klarstellung im Gesetz erforderlich, dass die Information des BMG über das Ergebnis der Evaluation erstmals zwei Jahre nach dem Inkrafttreten der Verfahrensordnung des G-BA zu erfolgen hat.

Die Frist, bei einem festgestellten Anpassungsbedarf innerhalb von einem Jahr eine entsprechende Regelung in der Arzneimittel-Richtlinie zu treffen, ist nach Einschätzung der KBV zu kurz und sollte auf zwei Jahre verlängert werden.

Zur Umsetzung des Evaluations- und Regelungsauftrages des G-BA wäre aus Sicht der KBV eine Klarstellung im Gesetzestext hilfreich und erforderlich, dass der G-BA die genannten Angaben der Hersteller anfordern kann (statt berücksichtigt), da eine abschließende Bewertung eines Produktes nicht allein auf Basis der Angaben des Herstellers erfolgen kann und nicht erfolgen sollte.

Änderungsvorschläge

§ 31 Abs. 5 wird wie folgt gefasst:

*„(5) ¹Versicherte haben Anspruch auf bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung nach Maßgabe der Bekanntmachung einer Änderung der Richtlinien über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung vom 25. August 2005 (BAnz. S. 13 241). ²Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Entwicklung der Leistungen zu evaluieren und hierüber dem Bundesministerium für Gesundheit alle zwei Jahre, **erstmals zwei Jahre nach dem Inkrafttreten der Verfahrensordnung nach Satz 5**, zu berichten. ³Stellt der Gemeinsame Bundesausschuss in dem Bericht zur Gewährleistung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung erforderliche Anpassungen ~~der nach Satz 1 maßgeblichen Vorgaben~~ **des gesetzlichen Leistungsanspruches** fest, ~~regelt er spätestens ein Jahr nach Übersendung des Berichts die erforderlichen Anpassungen der nach Satz 1 maßgeblichen Vorgaben in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6.~~ **hat er innerhalb von zwei Jahren seit Übersenden des Berichts seinen Regelungsauftrag nach Satz 6 umzusetzen.** ⁴Der Gemeinsame Bundesausschuss ~~berücksichtigt bei seinem~~ **kann zur Umsetzung seines** Evaluations- und Regelungsauftrags Angaben von Herstellern zur medizinischen Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit für deren Produkte sowie ~~Angaben zur Versorgung mit Produkten zu bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften, des vom Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft~~ **Angaben zur***

Versorgung mit Produkten zur bilanzierten Diäten fordern. ⁵Das Nähere zum Verfahren der Umsetzung seines Evaluations- und Regelungsauftrags, insbesondere zur Feststellung einer erforderlichen Anpassung des gesetzlichen Leistungsanspruches, regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung. ⁶Stellt der Gemeinsame Bundesausschuss nach Satz 3 Anpassungsbedarf fest, hat er in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 festzulegen, unter welchen Voraussetzungen welche diätetische Intervention mit bilanzierten Diäten medizinisch notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich ist und von Versicherten beansprucht werden kann; Satz 1 gilt insoweit nicht. Für die Zuzahlung gilt Absatz 3 Satz 1 entsprechend. Für die Abgabe von bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung gelten die §§ 126 und 127 in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung entsprechend. Bei Vereinbarungen nach § 84 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 sind Leistungen nach Satz 1 zu berücksichtigen.“

NR. 12 - § 39D (NEU) - FÖRDERUNG DER KOORDINATION IN HOSPIZ- PALLIATIVNETZWERKEN

Mit dem Aufbau dezidierter Strukturen in der Palliativversorgung konnten in den letzten Jahren bedeutende Fortschritte für die Versorgung Sterbender geschaffen werden. Wie in keinem anderen Bereich bewirken medizinische und pflegerische, aber auch zivilgesellschaftliche Angebote wie Hospize ein Versorgungsnetzwerk, das in seiner Komplexität notwendigerweise kontinuierlich gewachsen ist. Neben spezialisierten Versorgungsangeboten ist dabei die Rolle der Primär- und Basisversorgung von erheblicher Bedeutung geblieben und muss entsprechend umfassend in ein solches Netzwerk einbezogen werden.

Das Ziel, diese in Teilen fragmentierte Versorgungslandschaft besser zu koordinieren, dauerhafte Strukturen für diese Koordinierung einzurichten und finanziell auszustatten, wird deshalb grundsätzlich unterstützt. Von wesentlicher Bedeutung ist dabei, dass alle an der Versorgung beteiligten, relevanten Akteure in das Netzwerk einbezogen werden. Sowohl in ihrer Funktion der Sicherstellung ambulanter ärztlicher Versorgung als auch als Organisatorin für die Voraussetzungen einer allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) sollte deshalb die regionale KV in den Kreis der benannten Gesundheitsberufe, Einrichtungen und Organisationen aufgenommen werden.

Änderungsvorschlag

§ 39d Abs. 2, Satz 2 (neu):

„Ein Netzwerk ist dadurch gekennzeichnet, dass es sich aus verschiedenen Angeboten der Hospiz- und Palliativversorgung zusammensetzt, für alle in der Region in diesem Bereich tätigen Leistungserbringer und versorgenden Einrichtungen **einschließlich der regionalen kassenärztlichen Vereinigung** sowie für die ehrenamtlichen und kommunalen Strukturen offensteht und übergreifende Koordinierungstätigkeiten ausführt.“

Begründung:

Basis der palliativmedizinischen Versorgung ist die hausärztliche Versorgung, wie sie zuletzt durch die Einführung einer allgemeinen, ambulanten Palliativversorgung weiter gestärkt wurde. Die hierfür zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen sollten deshalb Zugang zu dem Netzwerk erhalten und entsprechend ihres gesetzlichen Auftrags im Gesetzesentwurf benannt werden.

NR. 20 - § 75 - TELEFONISCHE KONSULTATION ÜBER 116117

Die Erweiterung der Aufgaben der Terminservicestellen um die telefonische Konsultation führt zu weiteren Aufwänden der Terminservicestellen, die in der derzeitigen Pandemiesituation nicht leistbar sind. Jedenfalls dürfen hieraus keine zusätzlichen Ansprüche von Versicherten ableitbar sein. Die 116 117 hat in der Corona-Pandemie einige zusätzlichen Aufgaben übernommen, die zur Bewältigung der Pandemie wichtig waren und sind. Die Erfüllung dieser Aufgaben darf nicht durch die Erweiterung bereits etablierter Funktionen durch weitere Dienstleistungen gefährdet werden.

NR. 20 BB) - 75 ABS. 1A, SATZ 4, ERGÄNZUNG EINER NR. 2 „DER FÄLLE, IN DENEN BEI EINER ZUVOR ERFOLGTEN INANSPRUCHNAHME EINES KRANKENHAUSES ZUR AMBULANTEN NOTFALLBEHANDLUNG DAS ERSTEINSCHÄTZUNGSVERFAHREN KEINEN SOFORTIGEN BEHANDLUNGSBEDARF ERGEBEN HAT,“

Beabsichtigt wird offensichtlich die direkte Vermittlung von Akutpatienten durch die jeweilige Terminservicestelle in bisher überweisungsgebundene Fachgebiete, nachdem Patienten in einer Krankenhausambulanz vorstellig waren und ambulant behandelt wurden. Voraussetzung ist die Anwendung des bundesweit einheitlichen Ersteinschätzungsverfahrens nach § 120, Abs. 3a (neu) durch die Krankenhausärzte.

Ergibt die ärztliche Bewertung in einer Notfallambulanz der Krankenhäuser nach Durchlaufen des bundesweit einheitlichen Ersteinschätzungsverfahrens das Erfordernis einer weiteren fachärztlichen Abklärung bzw. Behandlung, so ist eine weitere Verweisung der Patienten in die vertragsärztliche Versorgung zur Beschaffung einer Überweisung in Einzelfällen entbehrlich.

Dieser Grundansatz erspart ggf. weitere Zwischenstationen bis zur Vermittlung eines Termins durch die Terminservicestelle, umgeht aber die hausärztliche Steuerungsfunktion. Aus diesem Grund sollte von dieser Möglichkeit nur insofern Gebrauch gemacht werden, als dass nur im Falle der nicht zumutbaren Zeitverzögerung Terminvermittlungen ohne vertragsärztliche Überweisungen vorgenommen werden. Das Ersteinschätzungsverfahren ist insofern auf dieses Erfordernis hin auszurichten.

NR. 24 - § 87A - KORREKTURVERFAHREN DER BEREINIGUNG DER MORBIDITÄTSBEDINGTEN GESAMTVERGÜTUNG (MGV) AUS DEM TSVG

Zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen gibt es Unterschiede im Umgang mit der TSVG-Bereinigung. Aufgrund des unterschiedlichen Abrechnungsverhaltens der Vertragsärzte können im Bereich der Bereinigung von Neupatienten (§ 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 5 SGB V) gegebenenfalls regional ausgestaltete Korrekturen notwendig sein. Eine Korrektur scheidet aus, wenn die Daten den erwartbaren Leistungsmengen entsprechen oder wenn die Kassenärztliche Vereinigung die Abrechnungsdaten bereits korrigiert hat. Sollte eine Korrektur erforderlich werden, kann diese auf Erfassungsfehler beschränkt werden.

Zudem ist zu prüfen, ob ggf. durch die Corona-Pandemie ein Rückgang der Leistungsmengen der offenen Sprechstunde erfolgt ist. Sollte dies der Fall sein, könnte als Korrektur bzgl. der offenen Sprechstunde eine Hochrechnung mit nicht von der Pandemie betroffener Quartale erfolgen, um die Corona-Effekte zu kompensieren. Weitere Korrekturen sind dann nicht erforderlich.

Für die weiteren Bereinigungstatbestände nach Satz 5 liegen keine Anhaltspunkte vor, dass aufgrund des Abrechnungsverhaltens der Vertragsärzte oder wegen der Corona-Pandemie eine Unterbereinigung vorliegen könnte. Eine erneute Korrektur würde hier zu einer Doppelbereinigung führen.

Zudem ist eine Festlegung der Notwendigkeit der Korrektur und des entsprechenden Korrekturverfahrens auf Bundesebene nicht zielgenau und kann nicht alle regionalen Spezifitäten abbilden. Zudem liegen der Bundesebene hierfür nicht die erforderlichen Daten vor.

Vor diesem Hintergrund sollen die Gesamtvertragspartner auf Landesebene prüfen, ob eine Korrektur in diesem KV-Bezirk notwendig ist und in diesem Fall mit Wirkung ab dem 1. Oktober 2021 ein entsprechendes Korrekturverfahren vereinbaren. Sofern bereits eine Korrektur durch die KVen stattgefunden hat, ist kein weiteres Korrekturverfahren vorzusehen.

Die Ausgestaltung des Korrekturverfahrens obliegt den Gesamtvertragspartnern entsprechend der Notwendigkeit vor Ort und beinhaltet auch die Festlegung der Quartale, die als Referenzwerte für die Korrektur herangezogen werden. Genauso wie eine Doppelfinanzierung auszuschließen ist, darf es auch keine Doppelbereinigung geben.

Änderungsvorschlag

Dem § 87a Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„In den Vereinbarungen und Vorgaben nach Satz 7 und 8 ist auch ein mit Wirkung ab dem 1. Oktober 2021 durchzuführendes Korrekturverfahren für den Zeitraum von drei Kalendervierteljahren **für die Bereinigung von Leistungen nach Satz 5 Nr. 5** zu vereinbaren, **wenn mit dem in der Rückschau festgestellte wird, dass** und bei der Bereinigung nicht berücksichtigte aber erwartbare Leistungsmengen bei den Leistungen nach Satz 5 Nummern 5 **zugrunde lagen** 3 bis 6 Berücksichtigung finden. **Ein Korrekturverfahren nach Satz 9 ist zudem dann ausgeschlossen, wenn die Kassenärztliche Vereinigung bereits die Leistungen nach Satz 5 Nr. 5 in den Abrechnungsdaten von Amts wegen berücksichtigt und diese insoweit richtiggestellt hat. Ein Korrekturverfahren ist für die Bereinigung von Leistungen nach Satz 5 Nr. 6 dann durchzuführen, wenn festgestellt wird, dass die Coronapandemie in dem Bereinigungsquartal zu unterdurchschnittlichen Leistungsmengen im Vergleich zu den Vorquartalen geführt hat.**“

NR. 26 - § 95E (NEU) - BERUFSHAFTPFLICHT

Im Referentenentwurf ist § 95e (neu) SGB V vorgesehen, der Regelungen zu der Aufnahme einer Berufshaftpflichtversicherung als vertragsärztliche Pflicht vorsieht. Adressat der Regelungen ist der Zulassungsausschuss, der prüfen muss, ob ein ausreichender Versicherungsschutz bei einem Antrag auf Zulassung, Ermächtigung oder Anstellung besteht. Zudem sollen die Zulassungsausschüsse verpflichtet werden, bei allen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten diesen Nachweis nachzufordern. Was unter einem ausreichenden Versicherungsschutz zu verstehen ist, kann der GKV-Spitzenverband mit der Bundesärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer und der KBV durch die Festlegung von Mindestversicherungssummen, abweichend von der gesetzlichen Vorgabe von drei Millionen Euro, regeln. Verstöße gegen diese vertragsärztliche Pflicht sollen den Kammern mitgeteilt werden.

Diese Regelungen sind aus Sicht der KBV in verschiedener Hinsicht als kritisch zu werten.

Bislang ist es eine berufsrechtliche Pflicht für Ärzte und Psychotherapeuten, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen der beruflichen Tätigkeit abzusichern. Liegt im Einzelfall ein schuldhafter Verstoß gegen Berufspflichten vor und hat ein Behandlungsfehler zu einem Schaden bei einem Patienten geführt, ist der Arzt nach allgemeinen Grundsätzen des Haftungsrechts schadensersatzpflichtig. Zur Abdeckung dieses Haftungsrisikos dient der Abschluss einer privatrechtlichen Haftpflichtversicherung.

Das Recht der ärztlichen Berufsausübung und der Berufsausübung sonstiger Heilberufe, fällt nach der Zuständigkeitsverteilung des Grundgesetzes in die Zuständigkeit der Länder. Dort wird bereits seit längerem über die Gewährleistung eines ausreichenden Haftpflichtversicherungsschutzes beraten. Entsprechende Regelungen finden sich daher auch in den Kammer- und Heilberufsgesetzen und in den Berufsordnungen der zuständigen Landeskammern.

Damit wird durch die Neuregelung im SGB V erneut eine berufsrechtlich verankerte Pflicht in das Vertragsarztrecht überführt. Kritisch ist auch der damit verbundene Verwaltungsaufwand der KVen und der Zulassungsausschüsse anzusehen. Aus Sicht der KBV ist die vorgesehene Nachforderung von Versicherungsscheinen von allen an der vertragsärztlichen Versorgung Beteiligten innerhalb von neun Monaten mit einem großen Bürokratieaufwand verbunden und wird vorhersehbar zu einer Überlastung der Zulassungsgremien

führen. Grundsätzlich haben die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Ärztinnen die berufsrechtlich vorgeschriebene Berufshaftpflichtversicherung abzuschließen, so dass es ausreichen würde, zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Beschlussfassung in Zulassungs- oder Genehmigungsverfahren den Versicherungsnachweis zu erbringen. Sofern eine Statusänderung bei bereits Zugelassenen nicht innerhalb eines angemessenen Zeitraums (vorgeschlagen werden zwei Jahre) ansteht, ist dem Zulassungsausschuss der ausreichende Versicherungsschutz mitzuteilen in Ergänzung zu den Meldepflichten der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bei Änderungen des Versicherungsverhältnisses. Die Regelung, wonach der GKV-Spitzenverband mit den jeweiligen Berufskammern und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen abweichende Festlegungen von den vorgesehenen Mindestsummen treffen kann, wirft Fragen auf. Die Bestimmung der Höhe einer Haftpflichtversicherung ist maßgeblich vom medizinisch-technischen Fortschritt und der Rechtsprechungspraxis der Gerichte in Haftungsfällen abhängig. Versicherungsunternehmen müssen das Prämien- und Reserverisiko in der Tarifierung berücksichtigen und risikogerechte Prämien erheben. Wie problematisch das ist, hat die Kostenentwicklung bei der Regulierung der Schadensfälle in der Geburtshilfe gezeigt. Diese Aufgabe kann nicht durch die Selbstverwaltung gelöst werden.

NR. 29 - § 118 - PRÜFUNG UND ANPASSUNG DER VEREINBARUNG ZU PIA UND PSIA AN G-BA VORGABEN

Für insbesondere schwer psychisch kranke Menschen sieht der Gesetzgeber aufgrund von § 92 Abs. 6b SGB V neue und erweiterte Möglichkeiten der koordinierten Behandlung und der Erleichterung des Übergangs von der stationären in die ambulante Versorgung vor. Der vorliegende Gesetzentwurf setzt nun eine zwingende Anpassung der dreiseitigen Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband, Deutscher Krankenhausgesellschaft und Kassenärztlicher Bundesvereinigung zu den Psychiatrischen und Psychosomatischen Institutsambulanzen als Bedingung dafür voraus, dass diesen Einrichtungen eine Teilnahme (hierzu in der Begründung: „sachgerechte Einbindung“) im Rahmen der koordinierten Versorgung gemäß § 92 Abs. 6b SGB V ermöglicht wird.

Diese Verknüpfung ist nicht nachvollziehbar. Denn ob eine Anpassung der Vereinbarungen überhaupt erforderlich sein wird, hängt einerseits von der (zum Zeitpunkt dieses Gesetzgebungsverfahrens noch unbekannt) Gestaltung der neuen Richtlinie nach § 92 Abs. 6b SGB V ab und könnte andererseits ohnehin jederzeit von den Vertragspartnern der dreiseitigen Vereinbarung veranlasst werden, sollte dies von diesen für erforderlich gehalten werden. Ein expliziter gesetzlicher Auftrag ist damit nicht erforderlich.

Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

NR. 30 - § 120 ABS. 3B (NEU) - EINFÜHRUNG EINES VERBINDLICHEN, BUNDESEINHEITLICHEN ERSTEINSCHÄTZUNGSVERFAHRENS FÜR DIE BEHANDLUNG VON PATIENTEN, DIE ZU LASTEN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG IN KRANKENHAUSAMBULANZEN BEHANDELT WERDEN

Die mit Einfügung von Abs. 3b angestrebte Neuregelung ergänzt sinnvoll die bisherige Verankerung der telefonischen Ersteinschätzung als Grundlage für die Vermittlung einer angemessenen Versorgung in Akutfällen gemäß § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 3 SGB V.

Ziel der telefonischen Ersteinschätzung ist es, den von akuten Krankheitsbeschwerden betroffenen Versicherten die Sicherheit zu geben, dass sie eine der Dringlichkeit entsprechende Versorgung in der angemessenen Versorgungsebene erhalten. Dies erfordert ein Ersteinschätzungsverfahren, das neben der Dringlichkeit auch Hinweise auf den angemessenen Behandlungsort gibt. Ein solches befindet sich seit Januar 2020 in den Servicezentralen der Kassenärztlichen Vereinigungen im Einsatz.

Auf diese Weise soll nicht nur die Patientensicherheit erhöht, sondern auch eine unangemessene Direktinanspruchnahme der Notaufnahmen durch Akutfälle vermieden werden, damit diese für die Versorgung von medizinischen Notfällen optimal ansprechbar bleiben. Die Aufnahme des neuen Instruments nach § 120 Abs. 3b in das SGB V ist auch deswegen erforderlich, weil nur so sichergestellt werden kann, dass die gesetzliche Vorgabe des § 76 Abs. 1 Satz 3 gelebt werden kann.

Nach § 76 Abs. 1 Satz 3 SGB V dürfen Krankenhäuser ohne Überweisung nur in Notfällen aufgesucht werden. Diese gesetzliche Vorgabe konnte in der Vergangenheit nur unzureichend nachgehalten werden. Durch das neue Instrument wird für alle Beteiligten eindeutig definiert, wann ein Notfall im Sinne der vertragsärztlichen Versorgung und damit auch eine Behandlungsmöglichkeit durch das Krankenhaus vorliegt. Diverse Studien haben zudem gezeigt, dass ein erheblicher Teil der Patienten, die sich fußläufig in Notaufnahmen vorstellen, ambulant durch Vertragsärzte behandelt werden können.

Vor diesem Hintergrund hat sich die KBV bereits mehrfach auch im Einvernehmen z. B. mit dem Marburger Bund für die Implementierung möglichst einheitlicher Ersteinschätzungskriterien ausgesprochen, damit die intendierte Steuerung der Akutpatienten gelingt und Versicherte mit einem gegebenen akuten Beschwerdebild vergleichbare Antworten bei der Suche nach Versorgungsangeboten erhalten.

Eine Weiterentwicklung des von den KVen zur telefonischen Ersteinschätzung eingesetzten Verfahrens zum Einsatz an den Anlaufstellen der Notaufnahmen ist verfügbar. Damit wird explizit auch die Notwendigkeit einer weiteren diagnostischen Abklärung in einer Notaufnahme geprüft, so dass auf dieser Grundlage eine Abrechnungsvoraussetzung für eine folgende ambulante Behandlung durch die Notaufnahme geschaffen werden kann. Eine unter Beteiligung von Rettungsmedizinern erfolgte Weiterentwicklung des telefonbasierten Ersteinschätzungsverfahrens ermöglicht eine sofortige Identifikation von Notfällen und deren Weiterleitung in die Notfallbehandlung. Die Entscheidung über eine ambulante oder stationäre Behandlung muss jedoch weiterhin in der Kompetenz der jeweiligen Notaufnahme liegen, da diese auf den Ergebnissen des jeweiligen diagnostischen Prozesses fußt, der auf die Ersteinschätzung folgt. Den Patienten, die keiner nachfolgenden Diagnostik oder Behandlung durch ein Krankenhaus bedürfen, kann auf Basis der Ersteinschätzung ein angemessenes Alternativangebot vermittelt werden. So kann im Ergebnis eine für die Akut- und Notfallversorgung verbesserte Aufgabenteilung zwischen Praxen und Krankenhäusern etabliert werden.

Die Definition des Ersteinschätzungsverfahrens ist somit auch zutreffend dem Zuständigkeitsbereich der KBV zugeordnet, da die Ersteinschätzung bis zur Entscheidung über eine Zuleitung des Patienten in die Notaufnahme als die für ihn angemessene Versorgungsebene Teil der ambulanten Versorgung ist.

Dies ergibt sich durch die Zuweisung der telefonischen Ersteinschätzung zum Sicherstellungsauftrag nach § 75 SGB V und durch den im Begründungstext aufgenommenen Verweis, dass für die Durchführung der Ersteinschätzung eine Abklärungspauschale nach EBM abzurechnen ist. Das Ersteinschätzungsverfahren ersetzt auch nicht Verfahren zur zeitlichen Priorisierung von Patienten in einer Notfallbehandlung, die nach der Richtlinie zur gestuften Notfallversorgung von den Krankenhäusern gefordert werden; durch die schnelle Erkennung von Notfällen kann es diese jedoch ergänzen.

NR. 34 - § 136A ABS. 6 (NEU) - EINHEITLICHE ANFORDERUNGEN FÜR INFORMATIONEN

Durch die Änderungen soll der G-BA beauftragt werden, „eine Richtlinie zur Förderung der Transparenz und Sicherung der Qualität in der Versorgung zu erlassen, die einheitliche Anforderungen für die Information der Öffentlichkeit insbesondere durch Vergleiche der zugelassenen Krankenhäuser sowie der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringenden festlegt.“

Zunächst möchten wir anmerken, dass an die Veröffentlichung jedweder Daten, so auch von Qualitätssicherungsdaten, insbesondere der Ergebnisqualität, **hohe Anforderungen bezüglich Methodik und Datenschutz** zu stellen sind. Dies gilt umso mehr, wenn solche Daten Grundlage für folgenreiche (Wahl-)Entscheidungen zur existentiellen Gesundheitsversorgung sind oder erhebliche wirtschaftliche Konsequenzen für einzelne Leistungserbringer, insbesondere selbständige Freiberufler, haben können. Ausreichende Fallzahlen, eine belastbare Risikoadjustierung sowie eine neutrale, laienverständliche Kommentierung sind unerlässlich. Andernfalls besteht die **Gefahr, dass Fehlinformationen veröffentlicht** werden oder Fehlinterpretationen

erfolgen, was den Sinn der Veröffentlichung, nämlich Wahlentscheidungen für die Patienten zu ermöglichen, ins Gegenteil kehren und andere ungerechtfertigte negative Folgen haben könnte.

Dieser hohe Aufwand muss in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen stehen, was **Begleitevaluatio-
nen** zwingend erforderlich macht. Derzeit liegen **Nutzenbelege** für die laufenden Verfahren der sQS allerdings noch gar nicht vor. Auch Fehlanreize wie Risikoselektion etc. müssen kontinuierlich beobachtet werden.

Die KBV ist sich bewusst, dass der gesellschaftliche Druck hinsichtlich Transparenz, eindeutiger Bewertung und schneller Information in allen Lebensbereichen wächst. Dem wollen wir uns nicht verschließen, auch wenn das vor dem Hintergrund der vertragsärztlichen Rahmenbedingungen, der zunehmenden bürokratischen Aufwände und der aktuellen Corona-Pandemie für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten kaum mehr nachvollzieh- und vermittelbar ist. Die sQS läuft Gefahr, zu einem Selbstzweck zu werden, der in seiner **hyperkomplexen Ausgestaltung dringend justiert** werden muss. Medizinstudenten nennen anhaltend auch die QS als „Abschreckung“ vor einer späteren Niederlassung; Vertragsärzte führen Tracer-
eingriffe für die sQS nicht mehr durch oder geben ihre Zulassungen zurück.

Obwohl es aktuell noch keine vollständigen, belastbaren Auswertungen der sQS-Verfahren gibt, wird hier bereits über eine einrichtungsbezogene Veröffentlichung nachgedacht. Dies ist der zweite Schritt vor dem ersten getan.

Gleichzeitig ist es so, dass es im **ambulanten Sektor schon seit Jahrzehnten eine funktionierende agile QS** gibt, die nicht nur Prozeduren, sondern ganze Krankheitsentitäten und -verläufe umfasst. Diese mit dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung geschlossenen QS-Vereinbarungen zeichnen sich u. a. dadurch aus, dass sie adäquat die Rahmenbedingungen vertragsärztlicher Versorgung adressieren (Krankheitsspektrum, Qualitätsdefizite, Setting, Strukturen etc.), umsetzbar sind und sehr verlässlich Resultate produzieren, die auch veröffentlicht werden.

Die KBV begrüßt folglich aus Gründen des reduzierten bürokratischen Aufwands in den Praxen sowie der Datensparsamkeit, dass mit der **Regelung keine Befugnis geschaffen wird, weitere oder andere Daten zum Zweck der Veröffentlichung zu erheben** als jene Daten, die bereits zum Zweck der Qualitätssicherung nach § 299 SGB V erhoben werden. Allerdings sieht die KBV genau hier auch die Problematik, dass die in den Verfahren der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (QS PCI, QS WI, QS NET) genutzten Indikatoren bzw. gesammelten Daten sich bislang nicht für einen sinnvollen einrichtungsbezogenen Vergleich bzw. zur Veröffentlichung eignen.

Die Fallzahlen pro vertragsärztlichem Leistungserbringer sind oftmals gering und die Ergebnisse daher nicht bzw. wenn überhaupt erst über einen sehr langen Zeitraum aussagekräftig. Solche Ergebnisse können und dürfen, grade auch zum Schutz der Patienten, nicht veröffentlicht werden. Sie haben keine belastbare Aussagekraft, weder über schlechte, **vor allem aber auch nicht über gute Versorgungsqualität**. Ein Konzept für den **Umgang mit kleinen Fallzahlen ist Voraussetzung** sine qua non für jedwede Überlegungen in Richtung Veröffentlichung von Daten auf Ebene einzelner Ärzte/Psychotherapeuten.

Wenn zusätzlich noch, wie im Gesetzesentwurf vorgesehen, ein unterjähriger Einrichtungsvergleich vorgesehen wird, ergeben sich aus den kleinen Fallzahlen zusätzlich große Probleme bzgl. des **Schutzes der Patientenidentität** und damit des Datenschutzes. Offen bzw. uneindeutig bleibt im Referentenentwurf, **welche Einrichtungen nach Vorstellung des Gesetzgebers überhaupt konkret miteinander verglichen werden sollen**.

Eine weitere Herausforderung ist die **fehlende Zuschreibbarkeit bei der Berichterstattung von Ergebnisqualität**. Im Kontext der derzeitigen Versorgungsstrukturen gibt es bisher keine etablierte valide Methode, die Qualität des Behandlungsergebnisses – außer bei akuten Prozeduren und akuten Betrachtungsweisen – einem spezifischen Arzt/Psychotherapeuten oder einer spezifischen Einrichtung zuzuschreiben (siehe Follow-Up Indikatoren bei PCI und WI). Es ist fraglich, inwieweit das überhaupt möglich ist. Eine einrichtungsbezogene Berichterstattung eignet sich daher, wenn überhaupt, unter Einhaltung aller o. g. Anforderungen **ausschließlich für definierte Prozess- und Strukturindikatoren, Indikatoren mit ausreichend großen Fallzahlen und wissenschaftlicher Fundierung sowie lediglich für ausgewählte Ergebnisindikatoren**.

Für Versicherte und Patienten sind die **technischen Details und medizinischen Parameter der Indikatoren** i. d. R. nicht verständlich und können nicht zu deren Orientierung dienen. Dies zeigt auch die internationale

Erfahrung (Lagu und Lindenauer 2010, Huckman und Kelley 2013). Auch wenn der Gesetzesvorschlag vorsieht, dass keine zusätzliche Dokumentation erfolgen soll, so ist **fraglich**, ob anhand der bestehenden Daten überhaupt eine **patientenverständliche Veröffentlichung möglich** ist. Internationale und nationale Publikationen zeigen außerdem, dass Patienten ihre Entscheidung für oder gegen eine Einrichtung nach anderen Kriterien als rein medizinisch-wissenschaftlichen, die auf Portalen veröffentlicht werden, treffen.

Hinzu kommt, dass für die Indikatoren derzeit **feste Referenzbereiche** fehlen. Dies wiederum führt zu unerwünschten rechnerischen Auffälligkeiten, insbesondere bei Indikatoren mit Deckeneffekten. Wir halten dies für keine sinnhafte Patienteninformation. Daneben mangelt es bisher größtenteils an einer **Risikoadjustierung**. Ohne diese können keine validen Ergebnisse berichtet werden. Patientengruppen weisen sowohl innerhalb des ambulanten Sektors als auch zwischen ambulantem und stationärem Setting ganz unterschiedliche Risikoprofile auf. Im schlimmsten Fall kann es zu einer Risikoselektion kommen zuungunsten von Patienten mit komplexen Behandlungsprofilen (Casalino 2007). Die KBV begrüßt daher, dass die Notwendigkeit einer Risikoadjustierung explizit erwähnt wird, denn sie ist **zwingend erforderlich**. Allerdings muss sie **methodisch auch umsetzbar und der Aufwand dem Nutzen angemessen** sein.

Insgesamt gibt es daher viele Fragezeichen und Hürden auf dem Weg zu einer sinnhaften einrichtungsvergleichenden Qualitätsdarstellung, insbesondere unter der Maßgabe, weitere Dokumentationsaufwände zu vermeiden. Der Gesetzgeber sollte diesen Rahmenbedingungen Rechnung tragen und für die lösbaren Probleme den vorgesehenen **Zeithorizont entsprechend erweitern**.

Unbenommen der methodischen Herausforderungen verbleibt das Problem, dass anders als im Krankenhaus, von den Ergebnissen Rückschlüsse auf einzelne Personen gezogen werden können. Dies ist daher nicht nur in Bezug auf die Persönlichkeitsrechte und den Datenschutz gegenüber den Vertragsärzten rechtlich fraglich - der potentielle **Vergleich von Behandlungsergebnissen zwischen einem großen Krankenhaus und einer Einzelpraxis wäre unverhältnismäßig**. In der Begründung zum Referentenentwurf wird ausgeführt, dass die **Informationsfreiheit** und das **Recht auf körperliche Unversehrtheit** von Patientinnen und Patienten insoweit die **schützenswerten Interessen der Leistungserbringenden überwiegen**. Diese Aussage erschließt sich der KBV in ihrer Absolutheit nicht. **Bislang gibt es keine Grundlage, um eine solche Aussage treffen zu können, da noch keine belastbaren Ergebnisse aus der sQS vorliegen und unverändert große methodische Herausforderungen nicht gelöst sind**.

Die KBV regt dringend an, dass der Gesetzgeber die Chance nutzt, die eigentlichen Ziele der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, nämlich die **Qualitätsförderung, zu stärken**, anstatt weiterhin einseitig den Pfad der Sanktionierung auszubauen. Falls der Gesetzgeber dennoch daran festhalten möchte, die Qualitätssicherung bereits jetzt bezogen auf einzelne Ärzte/Psychotherapeuten durchzuführen, dann ist zumindest ein Vergleich nicht auf Einrichtungsebene, sondern auf **Arztelebene mit der LANR** anzustreben. Da seit 2019 die lebenslangen Arztnummern auch an Ärzte in Krankenhäusern vergeben werden, wäre eine Erhebung nicht mit mehr Aufwand verbunden. Nur dies wäre gerecht, und es ließe sich der Eindruck „persönlicher Sanktionierung“ der Vertragsärzte vermeiden.

Zusätzlich möchte die KBV darauf hinweisen, dass es nicht die Aufgabe von **Patienten** sein kann und sollte, sich über die Qualität vor Behandlungen informieren zu müssen. Alle Leistungserbringer in allen Sektoren sollten bestimmten Qualitätsstandards entsprechen. Die Patienten müssen sich darauf verlassen können, dass **Struktur- und Prozessqualität bereits ex-ante sichergestellt** sind. Hierfür ist in der vertragsärztlichen Versorgung das **System der Kassenärztlichen Vereinigungen ein Garant**. Bis Auswertungen erhobener Daten vorliegen vergehen sogar bei idealem Verlauf Jahre. Insofern muss ein gutes Gleichgewicht zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gewählt werden, dass sowohl den Aufwand als auch den gesundheitlichen und informationsbedarfsbezogenen Nutzen gerecht wird. Eine externe Qualitätsdarstellung kann daher immer nur ergänzend sein und darf nicht dazu genutzt werden, um ggf. Einsparungen zu erzielen und die Qualitätssicherung „zu Lasten“ der Patienten zu betreiben.

Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

NR. 36 - § 137 - 100 PROZENTIGE DOKUMENTATIONSPFLICHT FÜR AMBULANTE LEISTUNGSERBRINGER

Die vorgesehene 100%ige Dokumentationspflicht für Vertragsärzte und –psychotherapeuten einschließlich der Sanktionierung durch Vergütungsabschläge bei Nichterfüllung der Dokumentationspflicht wird abgelehnt.

Dass die im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung bereits im stationären Sektor geltende 100-prozentige Dokumentationspflicht auf den ambulanten Sektor ausgedehnt werden soll, erscheint zunächst einmal „gerecht“. Die gesetzlichen Vorgaben zur 100%igen Dokumentationspflicht haben sich in der praktischen Umsetzung bisher jedoch als **eingeschränkt geeignetes Mittel** erwiesen, um die gewünschte Vollständigkeit und Vollständigkeit der von den Krankenhäusern zu übermittelnden Qualitätssicherungsdaten zu erlangen. Zum Beispiel können durch die auf dem Markt befindlichen unterschiedlichen Softwareprodukte, durch unterjährige Spezifikationsänderungen des IQTIGs, durch nachträgliche Korrekturen von ICD-/OPS-Ziffern im Rahmen der Prüfung durch den Medizinischen Dienst sowie durch Fallzusammenführungen unbemerkt für die Krankenhäuser Über- und Unterdokumentationen entstehen, die nur sehr aufwändig nachvollzogen und korrigiert werden können. **Eine 100%ige Dokumentationsrate ist folglich selbst bei gewissenhaftestem Vorgehen nicht zu erreichen.**

Daher erscheint eine unmittelbare Sanktionierung auf Basis einer Nichterfüllung der 100-prozentigen Dokumentationspflicht unbillig. **Für die praktische Umsetzung einer für die Qualitätssicherung geeigneten Vollständigkeit und Vollständigkeit von Daten kann – wenn überhaupt - grundsätzlich nur von einer 98%igen Dokumentationspflicht ausgegangen werden.** Es verwundert, dass eine in der praktischen Umsetzung bei den Krankenhäusern als unrealisierbar erkannte Vorgabe nicht erst weiter evaluiert und angepasst wird, bevor sie auch auf den ambulanten Sektor übertragen werden soll. Darüber hinaus ist derzeit noch unbekannt, ob es im vertragsärztlichen Bereich überhaupt vergleichbare Mängel wie vermeintlich zuvor im Krankenhaus bei der Datenübermittlung geben wird und welche Maßnahmen geeignet wären, um mögliche Mängel zu beseitigen. **Insofern fordert die KBV, eine vorherige Evaluation der Datenqualität bei den vertragsärztlichen Leistungserbringern durchzuführen**, so, wie dies zuvor bei den Krankenhäusern geschehen ist.

Auch ist es nicht nachvollziehbar, dass es dem G-BA freigestellt bleiben soll, ob für die vertragsärztlichen Leistungserbringer eine **Übergangsregelung** geschaffen bzw. die Dokumentationspflicht wie zuvor bei den Krankenhäusern schrittweise eingeführt werden soll. Grundsätzlich sollte auch in der sQS **jegliches Vorgehen schrittweise etabliert werden**, bei dem der jeweils nächste Schritt nur dann gegangen wird, wenn zuvor die Zielerreichung im Sinne der gesetzlichen Vorgaben nachgewiesen wurde.

Oft ist im vertragsärztlichen Bereich die (vollständige) Dokumentationsverpflichtung bereits Bestandteil der EBM-GOP, so dass eine fehlende Dokumentation eine „unvollständige Leistungserbringung“ bedeutet, was im Rahmen der sachlich-rechnerischen Richtigstellung der vertragsärztlichen Abrechnung festgestellt wird. Hier kann es schon jetzt zu Honorarkorrekturen kommen. **Doppelsanktionierungen müssen jedoch vermieden werden.** Gemäß § 137 Abs. 1 SGB V sind Maßnahmen zur **Sanktionierung** im Rahmen der Qualitätsförderung auf Basis eines **gestuften Systems** und mit dem Gebot der **Verhältnismäßigkeit** zu gestalten und anzuwenden. Unabhängig davon, ob es für die Krankenhäuser an dieser Stelle geeignet ist, direkt Vergütungsabschläge vorzunehmen, für Praxen ist es das nicht. Die Krankenhäuser erhalten von den LQS/LAG eine Datenstandsbescheinigung, die sie in den Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen vorlegen. Mögliche Vergütungsabschläge sind Teil der Verhandlungsmasse im Rahmen dieser Budgetverhandlungen. Dieses Vorgehen ist **für Arztpraxen aufgrund des abweichenden Vergütungssystems nicht möglich. Im Vertragsarztwesen werden Vergütungsabschläge eins zu eins umgesetzt.** Darüber hinaus hat sich in der

vertragsärztlichen Qualitätssicherung gezeigt, dass Maßnahmen, wie sie in § 17 Abs. 3 DeQS-RL als Maßnahmen Stufe 1 festgeschrieben sind (Fachgespräche, Schulungen, Qualitätszirkel, etc.), bereits ein geeignetes Instrument darstellen, um Dokumentationsfehler abzustellen.

Fazit: Ein Vorgehen aus der bisherigen rein stationären Qualitätssicherung soll zum „Gleichauf der Regelung für die Leistungserbringer im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätsförderung“ auf andere Sektoren des Gesundheitswesens übertragen werden, **ohne dass die Problematik der Vollzähligkeit und Vollständigkeit sicher übertragbar ist.** Alle datengestützten Verfahren, an denen vertragsärztliche Leistungserbringer teilnehmen, befinden sich bisher, anders als die meisten Krankenhausverfahren, noch in unterschiedlichen „**Erprobungsstadien**“. Kein Verfahren ist „scharf“ gestellt. Vor diesem Hintergrund ist es nicht nachvollziehbar, dass dies nicht zunächst abgewartet und dann die übermittelte Datenqualität für die vertragsärztlichen Leistungserbringer evaluiert wird. Ein anderes Vorgehen ist in der Praxis nicht zielführend, es steht im Widerspruch zu gängigen Evaluationsverfahren der Qualitätssicherung sowie Etablierung von Maßnahmen und führt zu rechtlichen Widersprüchen. **Die vorgesehene Dokumentationspflicht einschließlich der Sanktionierung bei Nichterfüllung der Dokumentationspflicht ist nicht geeignet und verhältnismäßig, um eine etwaige Verbesserung der QS-Datenqualität zu erreichen.**

Dem gestuften System der Sanktionierung und dem Gebot der Verhältnismäßigkeit sollte daher auch an dieser Stelle gemäß gesetzlicher Vorgabe Rechnung getragen werden. Vergütungsabschläge als sofortige und einzig mögliche Maßnahme sind nicht erforderlich.

Änderungsvorschlag

§ 137 Abs. 2

„Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien über Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung eine Dokumentationsrate von ~~100~~ **98** Prozent für dokumentationspflichtige Datensätze der ~~Krankenhäuser~~ **Leistungserbringer** fest. Er hat bei der Unterschreitung dieser Dokumentationsrate **gestufte Maßnahmen gemäß Absatz 1** ~~Vergütungsabschläge nach § 8 Absatz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 8 Absatz 4 der Bundespflegesatzverordnung~~ vorzusehen, es sei denn, ~~das Krankenhaus~~ **die Leistungserbringer** weisen nach, dass die Unterschreitung unverschuldet ist. **Für vertragsärztliche Leistungserbringer sieht der Gemeinsame Bundesausschuss eine dreijährige Übergangsregelung vor.**“

NR. 37 - § 137A - ANPASSUNGEN BEI PATIENTEN-BEFRAGUNGEN

Die Durchführung von Patientenbefragungen in digitaler Form zur besseren und zeitgemäßen Ansprache von Patientinnen und Patienten wird ausdrücklich begrüßt. Die KBV spricht sich darüberhinausgehend dafür aus, dass Patientenbefragungen in der Regel digital erfolgen und nur für Zielgruppen, die wenig digitalaffin sind, die nachrangige Option zur papierbasierten Durchführung eröffnet wird. In Ausnahmefällen könnte bei solchen Qualitätssicherungsverfahren, die primär auf wenig digitalaffine Gruppen zielen, eine überwiegend papierbasierte Patientenbefragung vorgesehen werden. Daher wird folgende andere **Änderung** § 137a Abs. 3 vorgeschlagen: **In Satz 2 Nr. 1 werden nach dem Wort „Patientenbefragungen“ die Wörter „in der Regel in digitaler Form“ eingefügt anstelle der geplanten Änderung „auch in digitaler Form“.**

Ebenso begrüßt die KBV ausdrücklich die Nutzung vorhandener national oder international anerkannter Befragungsinstrumente zur Reduktion des Entwicklungsaufwands und zur Erhöhung der Vergleichbarkeit von Befragungsergebnissen.

Unabhängig von der Form – Papier oder digital – müssen auch Patientenbefragungen regelhaft einer **Nutzen-Aufwand-Evaluation** unterzogen werden, einschließlich ihrer Opportunitätskosten und des damit ver-

bundenen Aufwands in den versorgenden Einrichtungen. Bislang liegen in Deutschland noch keinerlei Erfahrungen im Rahmen der sQS vor, da noch für keines der bestehenden Verfahren Patientenbefragungen durchgeführt werden. Vor diesem Hintergrund sollte im Gesetzestext an derselben Stelle die vorhandene und methodisch sinnvolle Vorgabe zur Entwicklung von „...Module(n) für ergänzende Patientenbefragungen...“ aus Gründen der Ressourcen- und Zeitersparnis präzisiert werden. Die Entwicklung von Patientenfragebögen durch das IQTIG sollte zukünftig tatsächlich in Form modularer Messinstrumente und nicht in Form in sich geschlossener Instrumente vorgenommen werden. Daher wird folgende weitere Änderung § 137a Abs. 3 vorgeschlagen: **In Satz 2 Nr. 1 werden nach dem Wort „einschließlich“ die Wörter „themenspezifisch kombinierbarer“ eingefügt.**

Begründung:

Mit dem Änderungsvorschlag ist ausdrücklich nicht die Erarbeitung eines generischen Fragebogens, dem dann spezifische Fragebogenteile hinzugefügt werden, gemeint. Vielmehr erscheint die Nutzung einer Vielzahl von Modulen empfehlenswert, die jeweils kleine, in sich geschlossene Einheiten darstellen und nach dem Baukastenprinzip immer wieder neu zu themenspezifischen Fragebögen zusammengesetzt werden können, ohne ihre Messqualität zu verlieren. Im deutschsprachigen Raum ist dies spätestens seit der Entwicklung und Validierung des Kölner Patientenfragebogens (KPF) eine bekannte Vorgehensweise [Pfaff et al., Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Erfassung der Einbindung des Patienten als Kotherapeut, Asgard-Verlag 2003]. Das IQTIG sieht für die Entwicklung eines Fragebogens als ein in sich geschlossenes Messinstrument eine Dauer von zweieinhalb Jahren vor. Da für jedes implementierte, sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren grundsätzlich nach § 137a Abs. 3 Nr. 1 SGB V eine ergänzende Erhebung durch eine Patientenbefragung vorgesehen ist, müssen zukünftig noch zahlreiche Erhebungsinstrumente entwickelt werden. Dies gilt u. a. für alle stationären Verfahren, die derzeit aus der QSKH-Richtlinie unter das Dach der DeQS-Richtlinie überführt werden. Gerade hier könnte viel Entwicklungszeit eingespart werden, weil bei modularer Entwicklung von Fragebögen, neben den jeweils neu zu entwickelnden Modulen, Module aus früheren Fragebogenentwicklungen in spätere Fragebögen übernommen werden könnten, ohne sie nochmals validieren zu müssen. So könnte die Entwicklungsdauer je Fragebogen schrittweise reduziert werden.

Darüber hinaus wären unproblematisch Änderungen am Fragebogen nach Entwicklung des Messinstrumentes möglich, weil die Entnahme oder das Hinzufügen von Modulen nicht die Integrität des gesamten Fragebogens berühren würden. Es ist damit zu rechnen, dass sich im Verlauf von Qualitätssicherungsverfahren bspw. gesetzliche oder medizinische Rahmenbedingungen ändern, denen ein Fragebogen Rechnung tragen muss. Hierauf muss kurzfristig durch die Entnahme von Modulen und das Hinzufügen neuer, validierter Module reagiert werden können. Eine wiederholte Neuentwicklung und Validierung eines gesamten Patientenfragebogens mit der Dauer von zweieinhalb Jahren ist insbesondere mit Blick auf die Langzeitanwendung und die longitudinale Vergleichbarkeit von Ergebnissen nicht zielführend. Weitere Vorteile sind:

- › Die Vergleichbarkeit von Ergebnissen ist auch zwischen unterschiedlichen Verfahren in den Teilbereichen möglich, in denen gleiche Module in der Patientenbefragung genutzt werden (z. B. Aufklärung, Einbeziehung von Angehörigen, Kommunikation, etc.).
- › Um interne Verbesserungen von Einrichtungen zu überprüfen, könnten Patienten lediglich mit den Modulen zwischenbefragt werden, die auffällige Ergebnisse geliefert haben. So ergäbe sich eine hohe Praktikabilität.
- › Module können nach der Konstruktvalidierung nicht nur für postalische Befragungen, sondern auch für Online-Befragungen genutzt werden.

Änderungsvorschlag

In **§ 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 1** werden nach dem Wort „Patientenbefragungen“ die Wörter „**in der Regel in digitaler Form**“ eingefügt anstelle der geplanten Änderung „auch in digitaler Form“.

Außerdem wird in **Satz 2 Nummer 1** nach dem Wort „einschließlich“ die Wörter „**themenspezifisch kombinierbarer**“ eingefügt.

NR. 38 - § 137D - TRANSPARENZ ÜBER MEDIZINISCHE REHABILITATIONS-EINRICHTUNGEN

Die Veröffentlichung jedweder Qualitätssicherungsdaten, insbesondere der Ergebnisqualität, auf Einrichtungsebene setzt hohe Anforderungen an die Methodik voraus, wie beispielsweise eine hinlängliche Risikoadjustierung, sowie eine laienverständliche Kommentierung. Andernfalls besteht die Gefahr, dass Fehlinformationen veröffentlicht werden oder Fehlinterpretationen erfolgen, was den Sinn der Veröffentlichung, nämlich Wahlentscheidungen für die Patienten zu ermöglichen, ins Gegenteil kehren könnte. Dieser hohe Aufwand muss in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen stehen, was Begleitevaluationen zwingend erforderlich macht. Internationale Publikationen zeigen, dass Patienten ihre Entscheidung für oder gegen eine Einrichtung nach anderen Kriterien als rein medizinisch-wissenschaftlichen, die auf Portalen veröffentlicht werden, treffen. Auch Fehlanreize wie Risikoselektion etc. müssen kontinuierlich beobachtet werden.

NR. 39 - § 137F - EINFÜHRUNG EINES DMP ADIPOSITAS

Die KBV begrüßt grundsätzlich die Intention, strukturierte Behandlungsprogramme für Versicherte mit Adipositas zur Verfügung zu stellen. An der Bedeutung der Adipositas als Gesundheitsproblem besteht kein Zweifel, unabhängig von der Frage, ob Adipositas im Sinne eines Risikofaktors oder aber als eigenständige chronische Erkrankung verstanden wird.

Inzwischen vorliegende Vergleichsstudien aus dem deutschen Versorgungskontext zur Versorgungsqualität innerhalb und außerhalb von DMP bei vergleichbaren Patientengruppen zeigen deutliche Vorteile für DMP hinsichtlich leitliniengerechter Versorgung, Reduktion von Folgeerkrankungen und Komplikationen bis hin zu einer signifikanten Senkung der Sterblichkeit.

Allerdings hat bisher keines der vom G-BA beschlossenen neuen DMP (z. B. zu Herzinsuffizienz, chronischem Rückenschmerz, Depression) Eingang in die Versorgung gefunden. Beim Bundesamt für soziale Sicherung liegen zu keinem dieser neuen DMP Vertragsentwürfe der Krankenkassen zur Zulassung vor.

Die derzeitige Systematik der DMP-Ausgleichszahlungen aus dem Gesundheitsfonds (Programmkostenpauschale) an die Krankenkassen bietet keine Anreize für die Umsetzung neuer DMP-Indikationen. Es werden lediglich die entstandenen Ist-Kosten des vorvergangenen Jahres ausgeglichen, die Teilnahme an mehreren DMP wird ausdrücklich nicht berücksichtigt. Zur finanziellen Ausgestaltung von Verträgen zu neuen DMP müssten Kassen in Vorleistung treten. Multimodale Schulungsprogramme für Versicherte mit chronischem Rückenschmerz oder therapeutisch unterstützte digitale Selbstmanagementprogramme für chronisch depressive Versicherte – wie in den G-BA Richtlinien als obligater Vertragsbestandteil gefordert – lassen sich nur mit entsprechender Finanzierung umsetzen. Das Gleiche gilt für die im Referentenentwurf geforderten multimodalen Angebote, die in ein DMP Adipositas zu integrieren wären.

Vor diesem Hintergrund besteht auch bei Vorliegen einer Richtlinie des G-BA zu einem neuen DMP Adipositas innerhalb der geforderten Frist kaum eine Aussicht, dass eine Umsetzung in regionalen Verträgen erfolgen wird und dieses Angebot innerhalb eines überschaubaren Zeitraums für Versicherte mit Adipositas zur Verfügung steht.

Daher sollte im Rahmen der Anforderung an den G-BA zur Erstellung einer DMP-Richtlinie zur Behandlung von Adipositas gleichzeitig die Systematik der DMP-Ausgleichszahlungen aus dem Gesundheitsfonds mit entsprechenden finanziellen Anreizen für die Krankenkassen verknüpft werden.

Änderungsvorschlag

§ 137f Abs. 1 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Bis zum [einfügen: Datum des letzten Tages des vierundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Monats] erlässt der Gemeinsame Bundesausschuss insbesondere auch für die Behandlung von Adipositas entsprechende Richtlinien nach Absatz 2.“

Daneben schlagen wir vor, für Versicherte, die an den **DMP COPD oder KHK** teilnehmen, also bereits eine **schwerwiegende** chronische Erkrankung haben, ergänzend zu einer verhaltensmodifizierenden Intervention dringend eine medikamentöse Tabakentwöhnung zu Lasten der GKV zu ermöglichen. Bei beiden Indikationen handelt es sich um nikotinassoziierte Erkrankungen, bei Nikotinabusus um eine Suchterkrankung. Die mit Studien belegte wirksamste Methode zur Tabakentwöhnung ist die Kombination verhaltensmodifizierender Interventionen mit Medikamenten. Dies entspricht auch der DMP-Beschlussbegründung des G-BA.

Die in den DMP empfohlenen Maßnahmen zur Verzögerung des Krankheitsverlaufs, zur Steigerung der Lebensqualität und Senkung der Sterblichkeit können bei weiterhin rauchenden Betroffenen ihre Wirksamkeit kaum entfalten. Mit der Einwilligung in die DMP-Teilnahme willigen Versicherte in die besonderen Bedingungen der Programme ein, sie bestätigen schriftlich ihre Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung. Vor diesem Hintergrund erscheint es sachgerecht, Ausnahmeregelungen in § 34 SGB V zu formulieren, die ein Angebot für medikamentöse Tabakentwöhnung zu Lasten der GKV für DMP -Teilnehmende ermöglichen.

Änderungsvorschlag

§ 137f Absatz 2: nach Satz 3 wird als neuer Satz 4 eingefügt: „**Bezüglich der Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln zur Raucherentwöhnung kann für die als DMP zugelassenen chronischen Krankheiten von den Vorgaben des § 34, gemäß dessen Absatz 1, Satz 2 und Satz 7 (neu) in den Richtlinien nach Satz 8, abgewichen werden.**“

Damit diese Änderung rechtsicher umgesetzt werden kann, schlagen wir zwei alternative weitere Änderungen vor:

Änderungsvorschlag

a) **§ 34 Absatz 1:** nach Satz 7 wird als neuer Satz 8 eingefügt: „**Für Versicherte, die in ein strukturiertes Behandlungsprogramm gemäß § 137f zu den nikotinassoziierten Erkrankungen COPD oder KHK eingeschrieben sind, gilt der Ausschluss von Arzneimitteln zur medikamentösen Tabakentwöhnung nicht.**“

oder

b) **§ 34 Absatz 1, Satz 7:** hinter „Raucherentwöhnung“ wird eingefügt „**ohne Vorliegen einer nikotinassoziierten schwerwiegenden Erkrankung gemäß Absatz 1, Satz 2,**“

NR. 59 - § 299 - VERLÄNGERUNG DER LÖSCHFRIST

Die geplante Änderung betrifft Richtlinien nach den §§ 136 bis 136b, bei denen Patientenbefragungen durchgeführt werden. Inhaltlich ermöglicht die geplante Änderung eine deutlich längere Aufbewahrung (24 statt sechs Monate) von Daten, die für die Patientenbefragungen erhoben wurden - soweit dies aus methodischen Gründen erforderlich ist. Dies erscheint zunächst sachlich nachvollziehbar. **Bevor jedoch durch eine Ausweitung der Löschfristen von sensiblen Patientendaten auf problematische Weise in den Datenschutz eingegriffen wird, sollte die methodische Vorgehensweise optimiert werden.**

Im Zuge der Ausweitung sektorenübergreifender Qualitätssicherungsverfahren von akuten Prozeduren hin zu **chronischen** Erkrankungen ist deutlich geworden, dass die Fallzahlen pro Leistungserbringer hier im Sinne valider Auswertungen meist gering sind (langjährige Arzt-Patienten-Beziehung, wenig Fluktuation, hohe Kontaktdichte aufgrund Chronizität). Um diese Problematik bezüglich der späteren Datenauswertung zu adressieren, empfiehlt das IQTIG für diese Verfahren einen zweijährigen Beobachtungszeitraum mit kontinuierlich fortlaufenden Befragungen. So sollen die Fallzahlen für die Befragungsauswertung erhöht werden. Diese Lösungsoption erfordert allerdings längere Speicherzeiten bei der sogenannten Versendestelle, damit bei chronischen Erkrankungen kontinuierlich Befragungen „ausgelöst“ und durchgeführt werden können.

Dabei gäbe es **alternative und besser geeignete Möglichkeiten** für die Auslösung und Versendung der Fragebögen: Würden die Befragungstermine zu **festgelegten Zeitpunkten bzw. an festgelegten Messpunkten** erfolgen, an denen jene Patienten befragt würden, die genau zu diesem Zeitpunkt zuvor definierte Kriterien erfüllten, **wäre die gegenwärtig gültige Datenspeicherfrist kein Problem.**

Zudem wäre eine Auslösung von Patientenbefragungen bei chronischen Erkrankungen **direkt über die Krankenkassen und nicht über die Leistungserbringer** ein wesentlich ressourcenschonenderes Vorgehen. So würde nicht bei jedem „neuen“ Patientenfall (mit den definierten Kriterien) eine Auslösung beim Arzt erfolgen, sondern die Krankenkassen, denen die Patientendaten vorliegen, könnten die entsprechenden Patientenfälle, an die Versendestelle weiterleiten. Dieses Vorgehen könnte eine lange Datenspeicherung von sensiblen Patientendaten bei der Versendestelle entbehrlich machen.

Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

NR. 62 - § 316 - FOLGEÄNDERUNG ENTERALE ERNÄHRUNG

Siehe Bewertung zu Nr. 8 - § 31 SGB V, Seite 5.

ARTIKEL 11 - ÄNDERUNG DER RISIKOSTRUKTUR-AUSGLEICHsverORDNUNG

Die KBV regt eine Änderung zur Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) an, die jedoch nicht Gegenstand des Referentenentwurfs ist:

Die Regelungen des § 15 i. V. m. mit § 24 RSAV beinhalten eine rückwirkende Ausschreibung von Versicherten aus einem DMP. Gemäß § 15 Abs. 7 Satz 3 Nr. 3 RSAV endet die Einschreibung eines Versicherten mit dem Tag der letzten Dokumentation (Dokumentationsdatum), wenn die Teilnahme des Versicherten an dem Programm nach § 24 Abs. 2 Nr. 2 endet. Ausschreibungen wegen Nichtteilnahme an mehrfach empfohlenen Schulungen können beispielsweise erst mehr als 12 Monate nach der letzten Dokumentation erfolgen. Ausschreibungen wegen Überschreitung der Dokumentationsintervalle können erst mehrere Quartale (beim DMP-Brustkrebs bis zu drei Jahre) nach der letzten wirksamen Dokumentation erfolgen.

Diese Vorgabe führt dazu, dass zum Zeitpunkt der Erbringung von DMP-Leistungen weder der Versicherte selbst noch der die DMP-Leistung erbringende Arzt noch die Krankenkasse über eine belastbare Information über den aktuellen DMP Status verfügt und DMP-Leistungen in einem Zeitraum erbracht werden, für den rückwirkend die Rechtsgrundlage entfallen kann. Für teilnehmende Ärzte, die in gutem Glauben DMP-Leistungen erbringen, führt dies seit Beginn der DMP zu Rückforderungen in erheblicher Höhe.

Um die für alle am Programm Beteiligten bestehenden Rechtsunsicherheiten zu beheben, schlagen wir folgende Änderung vor:

Änderungsvorschlag

§ 15 Abs. 7, Nr. 3 RSAV wird wie folgt geändert:

„mit dem Tag ~~der letzten Dokumentation (Dokumentationsdatum), wenn die Teilnahme des Versicherten an dem Programm~~ **an dem die Krankenkasse die an dem Programm beteiligten Leistungserbringer und Versicherten über die Feststellung des Ausschreibetatsbestands nach § 24 Absatz 2 Nummer 2 endet informiert hat.**“

Damit diese Änderung rechtsicher umgesetzt werden kann, schlagen wir eine weitere Änderung vor:

Änderungsvorschlag

§ 291a Abs. 2 Nr. 12 SGB V (neu)

„indikationsbezogene Kennzeichen für die Versicherten, die in ein oder mehrere nach § 137g zugelassene strukturierte Behandlungsprogramme eingeschrieben sind. Auch Ausschreibungen aus den Behandlungsprogrammen werden mit Datum vermerkt.“

Begründung:

Eine zuverlässige Information über den DMP-Einschreibestatus von Versicherten liegt zum Zeitpunkt der Erbringung von DMP-Leistungen weder bei Ärzten der ersten noch der zweiten Versorgungsebene vor. Dies führt immer wieder zu Rückforderungen von Vergütungen für in gutem Glauben erbrachte Leistungen und zu entsprechenden gerichtlichen Auseinandersetzungen. Die Bereitschaft von Vertragsärzten zur Teilnahme an DMP-Verträgen wird dadurch erheblich reduziert. Insbesondere die Umsetzung neuer DMP-Indikationen, beispielsweise zu Depression, chronischem Rückenschmerz und – wie im vorliegenden Entwurf vorgesehen – zu Adipositas erfordert eine verlässliche Information für ärztliche Leistungserbringer zum indikationsbezogenen Einschreibestatus. Die vorgeschlagene Regelung ermöglicht die Erbringung von DMP-Leistungen auf rechtssicherer Basis, auch im Falle von Mehrfacheinschreibungen.

ARTIKEL 12 - ÄNDERUNG DER ZULASSUNGSVERORDNUNG FÜR VERTRAGSÄRZTE

Wir verweisen auf unsere Kommentierung zu Artikel 1, § 95e SGB V.

Darüber hinaus regen wir an, dass in der Ärzte-ZV klargestellt wird, dass Entscheidungen der Zulassungsausschüsse und Berufungsausschüsse auch in Videokonferenzen getroffen werden können.

Aufgrund der noch andauernden Corona-Pandemie ist es notwendig, dass die genannten Gremien ihre Entscheidungen weiterhin treffen können und die Funktionsfähigkeit dieser Gremien aufrecht erhalten bleibt. Auch wenn in der Ärzte-ZV bislang nicht geregelt ist, dass eine Entscheidungsfindung nicht in Videokonferenzen stattfinden kann, so wäre aus Gründen der Rechtssicherheit eine klarstellende Regelung wünschenswert.

ANHANG – WEITERER REGELUNGSBEDARF

STÄRKUNG DER VERBINDLICHKEIT VON VORGABEN DER BUNDESMANTELVERTRAGSPARTNER ZUR VERORDNUNG VON ARZNEI- UND HEILMITTELN GEMÄß § 73 ABS. 9 UND 10 SGB V

Gemäß den Vorgaben von § 73 Abs. 9 und 10 SGB V dürfen Ärzte zur Verordnung von Arznei- und Heilmitteln nur solche elektronischen Programme verwenden, die bestimmte Anforderungen erfüllen und von der KBV zertifiziert sind. In der Vergangenheit kam es vor, dass diese Vorgaben jedoch trotz ausreichender Vorlaufzeit von vielen Softwareherstellern nicht fristgerecht umgesetzt wurden. Dies hatte zur Folge, dass beispielsweise das Inkrafttreten der Heilmittel-Richtlinie des G-BA kurzfristig verschoben werden musste und in der Folge sogar Gesetzesänderungen notwendig wurden (Verschiebung der Frist zur Umsetzung der Verträge nach § 125 SGB V, Schaffung der Genehmigungsfreiheit für Verordnungen von Heilmitteln außerhalb des Regelfalls nach § 32 SGB V durch das GPVG).

Vor diesem Hintergrund bedarf es einer Stärkung der Verbindlichkeit der Vorgaben der Bundesmantelvertragspartner zur Verordnung von Arznei- und Heilmitteln gemäß § 73 Abs. 9 und 10 SGB V. Um für die Hersteller einen Anreiz zu schaffen, die Vorgaben einzuhalten, muss die Möglichkeit geschaffen werden, fristgerecht zu einem zugelassenen Praxisverwaltungssystem wechseln zu können. Dem stehen allerdings individuelle langfristige Vertragslaufzeiten zwischen Vertragsärzten und den Herstellern von Praxisverwaltungssystemen entgegen. Dementsprechend bedarf es der Schaffung eines Sonderkündigungsrechtes. Eine Sonderkündigung soll dann möglich werden, sofern die auf einer (unter-) gesetzlichen Regelung oder einer Rechtsverordnung basierenden bundesmantelvertraglich definierten Anforderungen nicht fristgerecht vom Hersteller eines Praxisverwaltungssystems umgesetzt wurden.

Der Wechsel eines Praxisverwaltungssystems ist mit sehr hohen administrativen und monetären Aufwänden für die Arztpraxis verbunden. Ein Wechsel der notwendig wird, weil der Hersteller (unter-) gesetzliche Regelungen oder auf einer Rechtsverordnung basierende bundesmantelvertraglich definierte Anforderungen nicht fristgerecht umsetzt, darf nicht zu einer finanziellen Mehrbelastung der Arztpraxis führen. Daher müssen die durch einen Wechsel des Praxisverwaltungssystems entstehenden Mehrkosten durch den verantwortlichen Hersteller getragen werden.

Änderungsvorschlag

In § 73 wird folgender Absatz 10a eingefügt:

„Vertragsärzten ist ein Sonderkündigungsrecht ihrer Verträge mit den Herstellern ihrer informationstechnischen Systeme zu gewähren, wenn die Hersteller die Anforderungen gemäß den Verträgen nach § 82 Abs.1, die auf einer gesetzlichen oder untergesetzlichen Regelung oder einer Rechtsverordnung basieren, nicht spätestens sechs Wochen vor Inkrafttreten der Anforderungen umgesetzt haben. In diesem Fall sind die durch einen Wechsel des informationstechnischen Systems entstehenden Kosten durch den Hersteller nach Satz 1 zu tragen.“

§ 92A ABS. 6A SATZ 2 SGB V - PROBATORISCHE SITZUNGEN

Die Umsetzung des § 92 Abs. 6a SGB V erweist sich bislang als problematisch. Unter anderem stellt sich die Frage, ob die Durchführung einer probatorischen Sitzung durch niedergelassene Vertragspsychotherapeuten und -therapeuten in den Räumlichkeiten des Krankenhauses mit § 24 Ärzte-ZV und mit Begrenzungen der Orte, an denen ambulante Tätigkeit durchgeführt wird, durch die Berufsordnungen kollidiert. Der bisherige Wortlaut von § 92 Abs. 6a Satz 2 SGB V lässt nicht eindeutig erkennen, ob Leistungserbringerinnen und -erbringen mit einem Zulassungsstatus Adressatinnen der Norm sind und die Möglichkeit probatorischer Sitzungen außerhalb der Praxis eröffnet werden sollen. Der Schutzzweck der Norm besteht jedoch gerade darin, dass die probatorische Sitzung als *aufsuchende* Leistung durch diejenigen Therapeutinnen und Therapeuten durchgeführt werden kann, die dann voraussichtlich auch die Richtlinien-Psychotherapie erbringen. Auf diese Weise sollen Überleitungsprozesse an den sektoralen Schnittstellen verkürzt werden. Die Änderung stellt dies auch dem Wortlaut nach klar.

Änderungsvorschlag

§ 92a Abs. 6a Satz 2 SGB V wird wie folgt geändert:

*Sofern sich nach einer Krankenhausbehandlung eine ambulante psychotherapeutische Behandlung anschließen soll, können erforderliche **psychotherapeutische Sprechstunden und probatorische Sitzungen bereits frühzeitig während des stationären Aufenthaltes in der vertragsärztlichen Praxis oder auch in den Räumen des Krankenhauses** durchgeführt werden; das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach Satz 1 und nach Absatz 6b.*

ERGÄNZUNG DER ZULASSUNGSVERORDNUNG FÜR VERTRAGSÄRZTE (ÄRZTE-ZV)

Es wird eine Folgeänderung zur Klarstellung angeregt, dass vor Erbringung der probatorischen Sitzungen in den Räumen des Krankenhauses keine Zweigpraxisgenehmigung, aber auch keine Anzeige eines an enge Voraussetzungen geknüpften ausgelagerten Praxisraumes erforderlich ist.

Änderungsvorschlag

§ 24 Abs. 8 (neu) Ärzte-ZV:

(8) Die Durchführung von erforderlichen psychotherapeutischen Sprechstunden und probatorischen Sitzungen gemäß § 92 Absatz 6a Satz 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch bedarf keiner Genehmigung oder Anzeige.

FOLGEÄNDERUNG DES GESETZES ÜBER DIE ENTGELTE FÜR VOLL- UND TEILSTATIONÄRE KRANKENHAUSLEISTUNGEN (KRANKENHAUSENTGELTGESETZ - KHENTGG)

Die Folgeänderung dient der Klarstellung.

Änderungsvorschlag

§ 2 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 (neu) KHEntG:

3. psychotherapeutische Sprechstunden und probatorische Sitzungen, wenn hierdurch der Übergang in eine ambulante Behandlung geprüft oder vorbereitet wird,

§ 27 PSYCHOTHERAPEUTENGESETZ (PSYCHTHG) - ABSCHLUSS VON AUSBILDUNGEN

Vorgesehen ist für die Vollzeit-Form der 12 Monate Praktischen Tätigkeit I nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen eine monatliche Vergütung in Höhe von mindestens 1.000 Euro. Für die 600 Stunden bzw. 6 Monate der Praktischen Tätigkeit II nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen hat der Gesetzgeber keine Regelung getroffen. Das führt dazu, dass die Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer während der Praktischen Tätigkeit II selbst bei Tätigkeit in Vollzeit auch nicht regelhaft sozialversichert sind. Es gibt auch keinen sachlichen Rechtfertigungsgrund dafür, die PT I und die PT II hinsichtlich der Vergütung ungleich zu behandeln, wie auch die Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage (<http://dipbt.bundestag.de/extrakt/ba/WP19/2648/264862.html>) zeigt.

Änderungsvorschlag

§ 27 Abs. 4 Satz 1 PsychThG

Wer sich nach dem 31. August 2020 in einer Weiterbildung zum Beruf der Psychologischen Psychotherapeutin, des Psychologischen Psychotherapeuten, der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach dem Psychotherapeutengesetz in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung befindet, erhält vom Träger der Einrichtung, in der die praktische Tätigkeit nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und Nummer 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten oder nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und Nummer 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten absolviert wird, für die Dauer der praktischen Tätigkeit eine monatliche Vergütung in Höhe von mindestens 1 000 Euro, sofern die praktische Tätigkeit in Vollzeitform abgeleistet wird. Wird die praktische Tätigkeit in Teilzeitform abgeleistet, reduziert sich die Vergütung entsprechend.

§ 3 ABS. 3 SATZ 1 NR. 7 - BUNDESPFLEGESATZVERORDNUNG (BPFLV)

Die Deutsche Rentenversicherung Bund ist in einer Abstimmung mit den anderen Sozialversicherungsträgern mehrfach zur Einstufung der Praktikumsvergütung als eine in den einzelnen Zweigen zur Sozialversicherungspflicht führende Beschäftigung im Rahmen betrieblicher Berufsbildung nach § 7 Abs. 1 i. V. m. Abs. 2 SGB IV gelangt. § 27 Abs. 4 PsychThG ist so zu verstehen, dass es sich um einen „Netto-Anspruch“ der Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer handelt, von dem die Beiträge des Krankenhausträgers zur Sozialversicherung nicht in Abzug gebracht werden dürfen. Der Wortlaut des § 27 Abs. 4 verhält sich zu dieser Frage zwar nicht ausdrücklich. Generell gilt aber – und jedenfalls im Arbeitsrecht ist dies durchweg anerkannt – dass eine Nettovergütung auch als solche ausgewiesen sein muss, anderenfalls ein Bruttolohn vereinbart ist (z. B. BAG, Urt. v. 24.01.2013, Az. 8 AZR 965/11).

In § 3 Abs. 3 Satz 1 Nr. 7 BPfIV sollte sich dementsprechend die Refinanzierung ebenfalls zuzüglich der Beiträge des Krankenhauses zur Sozialversicherung verstehen.

Änderungsvorschlag

In § 3 Abs. 3 Satz 1 Nr. 7 der Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegetatsatzverordnung - BPfIV) werden folgende Worte angefügt:

„zuzüglich der anteiligen Beiträge des Krankenhauses zur Sozialversicherung“

§ 117 ABS. 3C SGB V - HOCHSCHULAMBULANZEN

Gegenwärtig sind erhebliche Schwierigkeiten in der praktischen Umsetzung des § 117 Abs. 3c SGB V zu beobachten. Es finden Verhandlungen zwischen den Trägern der Institutsambulanzen und den Krankenkassenverbänden nicht oder nur sehr zögerlich statt. Dies mag auch dem Umstand geschuldet sein, dass die bisherige Fassung keinen individuellen Anspruch der Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer hergibt; auch haben diese keinen Anspruch auf Offenlegung des Vertrages nach § 120 SGB V. In dieser Situation schafft es Abhilfe, wenn ein eigenständiger Anspruch der Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer geregelt wird. Auch wenn es sich dabei um eine zivilrechtliche Regelung mit Bezug zum Ausbildungsvertrag handelt, ist § 117 Abs. 3c SGB V der einzige sinnvolle Standort einer solchen Regelung.

Änderungsvorschlag siehe nächste Seite

Änderungsvorschlag

§ 117 Abs. 3c SGB V wird wie folgt gefasst:

Für die Vergütung der ~~in den Ambulanzen nach den Absätzen 3 bis 3b erbrachten~~ Leistungen gilt § 120 Absatz 2 Satz 1 und 2 entsprechend mit der Maßgabe, dass

1. dabei eine Abstimmung ~~mit Entgelten~~ für vergleichbare Leistungen erfolgen soll und
2. ***Aus- und Weiterbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer haben gegenüber dem Träger der Ambulanz Anspruch auf Auszahlung eines*** ein Anteil an der Vergütung zu vereinbaren ~~ist, mit dem die von den Ausbildungs- oder Weiterbildungsteilnehmern geleistete Krankenbehandlung angemessen abgegolten wird; der zu vereinbarende Anteil beträgt von mindestens 40 Prozent der Vergütung ihrer Leistungen, welche die Ambulanz von den gesetzlichen Krankenkassen erhält.~~
3. In den Vergütungsverträgen mit den Krankenkassen können weitergehende Regelungen über den Anteil, die Zahlungsmodalitäten und den Nachweis der Zahlung vereinbart werden. ~~Die Ambulanzen sind verpflichtet, den Anteil nach Satz 1 Nummer 2 jeweils an die Ausbildungs- oder Weiterbildungsteilnehmer weiterzuleiten und dies den Krankenkassen nachzuweisen. Im Übrigen gilt § 120 Absatz 3 Satz 2 und 3 und Absatz 4 Satz 1 entsprechend.~~

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Politik, Strategie und politische 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 175.000 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 70 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.