

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 18.04.2012

zu den Änderungsanträgen der CDU/CSU und der FDP
(A.-Drs. 17(14)0254)

zum Entwurf eines Gesetzes zur Einführung
eines pauschalierenden Entgeltsystems für
psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen
(Psych-Entgeltgesetz - PsychEntgG)

Inhaltsverzeichnis

Stellungnahmen zu den Änderungsanträgen der CDU/CSU und der FDP

(Ausschussdrucksache 17(14)0254)	3
Änderungsantrag 1 und 2.....	3
§ 2 KHEntgG und § 2 BpflV n.F. – Erbringung von allgemeinen Krankenhausleistungen	3
Änderungsantrag 3.....	6
§ 118 a Geriatrische Institutsambulanzen.....	6



Stellungnahmen zu den Änderungsanträgen der CDU/CSU und der FDP (Ausschussdrucksache 17(14)0254)

Änderungsantrag 1 und 2

§ 2 KHEntgG und § 2 BPfIV n.F. – Erbringung von allgemeinen Krankenhausleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Künftig sollen auch allgemeine Krankenhausleistungen durch nicht im Krankenhaus fest angestellte Ärzte erbracht werden können. Das Krankenhaus hat hierbei sicherzustellen, dass diese Ärzte für ihre Tätigkeit im Krankenhaus die gleichen Anforderungen erfüllen, wie sie auch für fest im Krankenhaus angestellte Ärzte gelten.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die geplante Neuregelung ab und konkretisiert erforderliche Übermittlungspflichten der Krankenhäuser.

Sollte es dennoch zur Umsetzung der vorgeschlagenen Änderung kommen, sollte sich die geplante Ausweitung der Nutzung nicht am Krankenhaus angestellter Ärzte durch das Krankenhaus auf niedergelassene Vertragsärzte beschränken, wie dies auch bereits bei den Änderungen im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) in Bezug auf die §§ 115 a und 115 b geschehen ist. Die größten Bedenken bestehen aber hinsichtlich der verstärkten Fehlanreize der geplanten Änderung. Dies bezieht sich insbesondere auf die Schaffung von angebotsinduzierter Nachfrage durch mögliche Auswirkungen auf das Einweisungsverhalten niedergelassener Ärzte. In der Diskussion zu den Ursachen der jährlichen Ausgabensteigerungen im stationären Bereich ist aktuell die Mengenentwicklung ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt. Lediglich ein Prozent der jährlichen Casemixsteigerungen in Höhe von drei Prozent kann durch einen Morbiditätsanstieg der Patienten erklärt werden. Ein großer Teil der Leistungssteigerungen kann nicht ohne Weiteres klar begründet werden. Vieles deutet darauf hin, dass Leistungserbringer aufgrund ökonomischer Anreize auch medizinisch nicht unbedingt notwendige Leistungen erbringen. Weitere Kooperationsmöglichkeiten im Bereich der allgemeinen Krankenhausleistungen werden weitere Casemixsteigerungen zur Folge haben und diesen Tatbestand noch verstärken. So hätte in Zukunft bspw. der einweisende niedergelassene Arzt, der gleichzeitig am Krankenhaus operiert und dafür außerhalb seines



Budgets vom Krankenhaus vergütet wird, einen finanziellen Anreiz, stationär einzuweisen. Dies muss aus Sicht der GKV unter allen Umständen unterbunden werden. Es ist nicht im Interesse der Krankenkassen, jedwede, im Abrechnungsverhalten nicht mehr überprüfbare Kooperation zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern im Bereich der allgemeinen Krankenhausleistungen zu ermöglichen. Verdeckte Tätigkeiten dürfen nicht durch Krankenkassen finanziert werden.

Da es für die Krankenkassen im Falle der Umsetzung der geplanten Regelung möglich sein muss, im Rahmen der gesetzlichen Verpflichtung die an den niedergelassenen Vertragsarzt hinsichtlich Qualitätssicherung und Zulassung gestellten Anforderungen zu überprüfen, sind in der Abrechnung die lebenslange Arztnummer jedes im Krankenhaus tätigen niedergelassenen Vertragsarztes und die jeweilige Betriebsstättennummer des Krankenhauses auszuweisen.

Dies gilt im besonderen Maße auch für die Umsetzung und Weiterentwicklung der Bedarfsplanung im niedergelassenen Bereich. Hierzu muss nachvollziehbar sein, welcher Arzt wo in welchem Umfang tätig ist. Andernfalls ist eine Bedarfsplanung im Sinne der Steuerung von Ressourcen unmöglich.

Die Vergabe der lebenslangen Arztnummer sollte darüber hinaus künftig durch die Bundesärztekammer erfolgen, um Neutralität im Hinblick auf die Versorgungssektoren zu erreichen.

Weiter sei darauf hingewiesen, dass die geplante Änderung das endgültige Aus für das Belegarztwesen darstellt. Sollten nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte alle im Rahmen des Versorgungsauftrages des Krankenhauses erbringbaren, stationären Leistungen im Rahmen der Kooperation erbringen dürfen, ist das Belegarztwesen obsolet. Die bestehenden Kostenvorteile des Belegarztwesens entfielen, es entstünden Mehrkosten für die gesetzliche Krankenversicherung. Konsequenterweise sollte dann auch § 121 SGB V „Belegärztliche Leistungen“ gestrichen werden.

Schon im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG), welches zum 01.01.2012 in Kraft getreten ist, wurden Kooperationsmöglichkeiten insbesondere auch niedergelassener Ärzte mit Krankenhäusern im Bereich des § 115 a und § 115 b SGB V gesetzlich verankert. Auch im Rahmen der damaligen Stellungnahme zum GKV-VStG hat der GKV-Spitzenverband betont, dass ein ungeordnetes Nebeneinander der verschiedenen Ordnungsrahmen niedergelassener Vertragsärzte und ambulant tätiger Krankenhäuser bei gleichzeitiger Möglichkeit der Ko-



operation mit Honorarärzten weniger „sinnvoll funktionierende Zusammenarbeit“ ist als ungeordnete Abrechnungspraxis je nach Gebührenordnungshöhe und Gusto.

Statt einer Erweiterung der Kooperationsmöglichkeiten auf allgemeine Krankenhausleistungen ist es aus Sicht der GKV notwendig, zunächst die Entwicklung der mit dem GKV-VStG geschaffenen neuen Kooperationsmöglichkeiten im Bereich der ambulanten Versorgung näher zu untersuchen. Zur genaueren Analyse der Nutzung derartiger Kooperationen ist es notwendig, die im Rahmen des § 115 a und § 115 b SGB V tätigen Leistungserbringer identifizieren zu können. Vor diesem Hintergrund ist eine Erweiterung des Abrechnungsdatensatzes um die Betriebsstättennummer sowie die lebenslange Arztnummer des leistungserbringenden Arztes notwendig.

C) Änderungsvorschlag

1. Streichung der Neuregelung des § 2 KHEntgG sowie des § 2 BPfIV n.F.
2. Es ist in § 301 Abs. 1 Satz 1 SGB V die Nummer 10 zu ergänzen:
„10. Angaben über Leistungen mit Kennzeichnung der lebenslangen Arzt- und Betriebsstättennummer, die durch nicht fest angestellte niedergelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte erbracht werden.“



Änderungsantrag 3

§ 118 a Geriatrische Institutsambulanzen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es ist vorgesehen, geriatrische Institutsambulanzen zu einer strukturierten und koordinierten ambulanten geriatrischen Versorgung der Versicherten zu ermächtigen. Die nähere Ausgestaltung des Inhalts, des Umfangs, der betreffenden Patientengruppen, der Voraussetzung an die Leistungserbringung und der Anforderungen an die Qualitätssicherung vereinbaren die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene. Kommt eine entsprechende Vereinbarung nicht zustande, ist eine Konfliktlösung über ein erweitertes Bundesschiedsamt vorgesehen.

B) Stellungnahme

Die Zielrichtung des Paragraphen zur Etablierung von geriatrischen Institutsambulanzen ist grundsätzlich sinnvoll. Spezifische geriatrische Fachkompetenz ist derzeit fast ausschließlich im Bereich der stationären Versorgung etabliert. Eine qualifizierte, ambulante Behandlung geriatrischer Patienten sollte sich der geriatrischen Fachkompetenz der Krankenhäuser bedienen dürfen. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist die beabsichtigte Regelung hinsichtlich folgender Punkte zu begrüßen:

- Es wird ein notwendiger, starker inhaltlicher Bezug zur geriatrischen Fachkompetenz durch die Bindung der Leistungserbringung an geriatrische Fachkrankenhäuser, Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständiger geriatrischer Abteilung sowie Krankenhausärzte (fachärztliche Leitung, geriatrische Weiterbildung) hergestellt.
- Im Vordergrund steht die Unterstützung der hausärztlichen Versorgung (insb. bei der Diagnostik und der Aufstellung eines Behandlungsplans). Nur in Ausnahmefällen und zeitlich begrenzt übernimmt die geriatrische Institutsambulanz die geriatrische Behandlung. Damit wird der Hausarzt nicht aus der Gesamtverantwortung entlassen und bleibt „Manager“ der Patientinnen und Patienten.
- Die Bedarfsabhängigkeit durch zeitlich befristete Ermächtigungen kommt dem Gedanken der Vermittlung geriatrischer Kompetenzen durch Krankenhäuser in den vertragsärztlichen Bereich gezielt dort entgegen, wo nicht bereits ambulante geriatrische Versorgungskonzepte bestehen. Bestehende regionale Versorgungskonzepte sollen durch die Regelung nicht nachteilig tangiert werden. Bereits existierende Strukturen bleiben erhalten, fehlende Strukturen werden ergänzt. Eine grenzenlose Öffnung der Einrichtungen zur ambulanten Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten soll vermieden werden.



- Ein paritätisch mit Kostenträgern und Leistungserbringern besetztes Schiedsamt verhindert eine Blockade der geplanten Regelung und trägt dem Umstand Rechnung, dass die Krankenkassen als Kostenträger paritätisch mitbestimmen sollten.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes bedürfen folgende Punkte der geplanten Regelung einer Veränderung:

- Es sollte die im Rahmen der Diskussion um die spezialärztliche Versorgung vorgeschlagene grundsätzliche Neuordnung aller ambulanten Leistungsbereiche der Krankenhäuser vom Gesetzgeber aufgegriffen werden. Die Vielzahl der bestehenden unterschiedlichen Ordnungsrahmen ambulanter Krankenhausleistungen sollte perspektivisch vereinheitlicht werden. Weitere Einzellösungen, wie auch die Neuregelung zu den geriatrischen Institutsambulanzen, sind vor diesem Hintergrund nicht zielführend und stehen einer Harmonisierung der Leistungsbereiche eher im Wege.
- Da der Sinn der Neuregelung in der Unterstützung und Transmission von geriatrischen Kompetenzen durch Krankenhäuser in den vertragsärztlichen Bereich gesehen wird, sollte dies nicht nur in der Begründung zum Ausdruck kommen, sondern auch explizit im Gesetzestext Erwähnung finden.
- Es bedarf dringend einer klaren Abgrenzung der Leistungen der geriatrischen Institutsambulanz zu Leistungen der Pflege und der Rehabilitation.
- Bestehende unterschiedliche regionale Versorgungskonzepte sollten durch die Regelung nicht nachteilig tangiert werden. Diese Formulierung der Begründung sollte auch explizit im Gesetzestext aufgenommen werden.

Der GKV-Spitzenverband schätzt die Mehrkosten, die aufgrund der Umsetzung des § 118 a (neu) entstehen, auf jährlich ca. 21 Mio. Euro. Ein kompensierender, finanzieller Substitutionseffekt durch den Wegfall stationärer Fälle wird nicht erwartet, da die stationären, geriatrischen Kapazitäten eine Auslastung von nahezu 100 Prozent aufweisen und mithin derzeit substituierte, stationäre geriatrische Fälle sofort durch neue ersetzt werden.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 2 Nr. 2 sollten die Wörter „Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheitsverläufe“ durch die Wörter „multipler Erkrankungen mit komplexen Beeinträchtigungen“ ersetzt werden.

In Absatz 2 Nr. 4 sollten die Wörter „in welchen Fällen“ durch die Wörter „für welche Leistungen“ ersetzt werden.



Nach Absatz 1 Satz 3 sollte folgender Satz 4 ergänzt werden: „Die Leistungen der Rehabilitation und Pflege sind nicht Teil der geriatrischen Institutsambulanz.“

In Absatz 1 Satz 3 sollte nach dem Wort „Einrichtungen“ die Wörter „oder Fachabteilungen“ ergänzt werden.

In Absatz 2 Satz 1 Nr. 4 sollte nach dem Wort „Einrichtungen“ die Wörter „oder Fachabteilungen“ ergänzt werden.

