


Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Per E-Mail: michael.thiedemann@bundestag.de

Bundesverband
Medizintechnologie e.V.
Reinhardtstraße 29b
10117 Berlin
Tel. +49 (0)30 246 255 - 0
Fax +49 (0)30 246 255 - 99
info@bvmed.de
www.bvmed.de

Berlin, 28. August 2015
Sch/KI/Win
 030 246 255 -11/-23

BVMed-Stellungnahme

**anlässlich der Anhörung
des Bundestagsausschusses für Gesundheit zum**

**Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Kranken-
hausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG),
BT-Drs. 18/5372**

I. Vorbemerkung

Der BVMed nimmt zum Gesetzentwurf nur insoweit Stellung, wie dieser seine Mitgliedsunternehmen betrifft.

> Anmerkungen zur Qualität

Der BVMed unterstützt die Absicht des Gesetzgebers, die Qualität in der Krankenhausversorgung zu stärken. Daher wird qualitätsdifferenzierte Vergütung grundsätzlich befürwortet. Hierbei sollte insbesondere die Ergebnisqualität aus Sicht der Patienten im Mittelpunkt stehen. Gerade innovative Medizinprodukte können hierfür einen wertvollen Beitrag leisten. Dieser Aspekt wird in der derzeitigen Ausgestaltung des G-DRG-Systems bislang nicht gewürdigt.

Bei den im Referentenentwurf vorgeschlagenen Kriterien für eine qualitätsdifferenzierte Vergütung müssen Methoden unter Nutzung qualitativ hochwertiger Medizinprodukte explizit mit einbezogen werden. Dabei müssen Medizinprodukte besonderer Qualität differenziert bewertet werden. Zukünftige Qualitätsindikatoren sollten den Beitrag von Medizinprodukten zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Versorgung, wie z. B. Verringerung von Revisionsoperationen oder Folgeoperationen, höhere Präzision und geringere Invasivität von Eingriffen, die längeren Stand-/Laufzeiten von aktiven Implantaten (Batterielaufzeiten) oder Infektionsvermeidungen durch bioaktiv-beschichtete Implantate, berücksichtigen.

Dank qualitativ hochwertiger Medizinprodukte können Komplikationsraten und Liegezeiten von Patienten reduziert und eine zeitnahe Rückkehr in das Arbeitsleben gewährleistet werden. Die Qualität sollte prioritär aus medizinischer und nicht ausschließlich aus wirtschaftlicher Sicht bewertet werden. Besondere Bedeutung muss hierbei der Ergebnisqualität zukommen.

In einem "Lernenden System" sollte hierzu ein strukturierter Dialog in einem jährlich stattfindenden Verfahren mit allen Beteiligten (u. a. BVMed), dem G-BA und dem Qualitätsinstitut etabliert werden, analog dem bewährten Prozess zur Weiterentwicklung im G-DRG-System.

> Anmerkung zur Mengensteuerung

Die derzeitige Ausgestaltung des Fixkostendegressionsabschlages behindert eine politisch gewollte qualitätsorientierte und zentralisierte Versorgung u. a. mit Methoden unter Anwendung von Medizinprodukten.

Die im Vergleich zu bisherigen Abschlagstatbeständen noch einmal erheblich verschärfte Sanktionsmechanismen, bei gleichzeitig reduzierten Ausnahmetatbeständen, sind dazu geeignet, medizinisch notwendige Mehrleistungen nachhaltig zu rationieren. Im Ergebnis entspricht dies einer Wachstumsbremse bei medizinisch notwendigen Leistungen u. a. in Zusammenhang mit der Anwendung von Medizinprodukten.

> Anmerkungen zu Fallzahlsteigerungen

Komplette Behandlungsverfahren werden unter Generalverdacht gestellt, unnötig erbracht zu werden. Fallzahlsteigerungen basieren jedoch hauptsächlich auf der demographischen Entwicklung, dem medizinisch-technischen Fortschritt und einem veränderten Anspruchsverhalten der Patienten sowie Fehlentwicklungen in der ambulanten Versorgung. Zur Abwendung von medizinisch nicht-indizierten Leistungen steht mit der primären Fehlbelegungsprüfung durch die Kostenträger bereits ein etabliertes Verfahren unter Einbeziehung des MDK zur Verfügung.

Die Argumentationsbasis auf Basis von Zählungen nicht-fallbezogener Prozeduren-Kodes ist zu hinterfragen.

Die fallzahlgestaffelte Absenkung der Vergütung führt in die Rationierung von notwendigen Leistungen, da die Gefahr besteht, dass die Krankenhäuser aus Kostenunterdeckungsgründen diese den Patienten nicht mehr anbieten können.

> **Anmerkungen zur Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung**

Bei der Darstellung der Fehlanreize der systematischen Überversorgung von Sachkosten fehlt im Umkehrschluss auch die Prüfung der Unterversorgung von Sachkosten in der Kalkulation, insbesondere von Fällen mit geringer Verweildauer (den impliziten Ein-Tages-Fallpauschalen).

> **Klarstellung der Patientenrechte auf stationäre Leistungserbringung bei fehlendem ambulanten Versorgungsangebot**

Der Gesetzgeber hat mit dem Versorgungsstärkungsgesetz (§ 87 Absatz 3e SGB V) dem Bewertungsausschuss den Auftrag zur Regelung eines transparenten Verfahrens mit klaren Fristen gegeben. Dies ist ein wichtiger Schritt, um Methoden aus der stationären in die ambulante Versorgung zu überführen. In der Praxis kommt es allerdings immer wieder zu Missverständnissen und Unklarheiten, sofern die Leistung dem Grunde nach ambulant erbringbar wäre, ein entsprechendes ambulantes Versorgungsangebot jedoch noch nicht gegeben ist, insbesondere aufgrund einer fehlenden ambulanten Vergütung im Rahmen des EBM. Diese Thematik betrifft auch neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, deren Beurteilung gemäß § 135 Absatz 1 SGB V noch nicht abgeschlossen ist.

Hier macht der BVMed einen für die Praxis wichtigen Vorschlag, der bisher nicht im Entwurf des Krankenhausstrukturgesetzes enthalten ist. Die Klarstellung zu § 39 SGB V soll damit Rechtssicherheit zum Leistungsanspruch der Versicherten herstellen. Gleichermaßen erhalten Leistungserbringer, Krankenkassen und MDK eine dringend benötigte Klarstellung im Sinne der Abrechnungssicherheit und zur Vermeidung von unnötigem administrativen Aufwand, insbesondere im Hinblick auf damit verbundene Prüfungen nach § 275 SGB V.

> **Qualitätsverträge**

Die Erprobung von Qualitätsverträgen wird als sinnvoll erachtet, insbesondere dann, wenn sie auch hochwertige Medizintechnologien mit höherer Ergebnisqualität adäquat berücksichtigen. Während der Erprobung dieser Verträge sollte evaluiert werden, ob und inwieweit vergleichbare negative Auswirkungen auf die Patientenversorgung vorkommen, wie sie auch in anderen Leistungsbereichen der GKV (Hilfsmittelbereich) zu beobachten sind, wo anstelle eines Qualitätswettbewerbs ein reiner Preiswettbewerb herrscht. Hierbei sollte insbesondere beachtet werden, dass die Verträge nicht dazu führen, auf Leistungen hoher Ergebnisqualität zu verzichten und stattdessen, infolge von Fehlsteuerungsanreizen, billigere Verfahren oder Medizinprodukte geringerer Ergebnisqualität zulasten einer qualitätsorientierten Versorgung der Patienten erbracht werden.

II. Stellungnahme im Detail

Zu Artikel 1 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)

1. Fallzahlabenkungen der Bewertungsrelationen und Fallpauschalen

§ 17b Absatz 1, Satz 5 KHG – Fallzahlabenkungen der Bewertungsrelationen und Fallpauschalen

Originaltext des Gesetzentwurfs:

„(1) [...] Die Bewertungsrelationen sind als Relativgewichte auf eine Bezugsleistung zu definieren; sie sind für Leistungen, bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind, gezielt abzusenken oder in Abhängigkeit von der Fallzahl bei diesen Leistungen abgestuft vorzugeben. [...]“

Änderungsvorschlag:

Verzicht zur Überregulierung und Rationierung der Gesundheitsversorgung im stationären Sektor;
Streichung von Satz 5

Begründung:

Mit der Vorgabe zur kollektiven Fallzahlabenkung in einem Misch-DRG-System werden komplette Behandlungsverfahren unter Generalverdacht gestellt, unnötig erbracht zu werden. Unstrittig verursachen u. a. fortschreitende demographische Entwicklungen, der medizinisch-technische Fortschritt und ein zunehmend verändertes Anspruchsverhalten der Patienten, ebenso wie Fehlentwicklungen in der ambulanten Versorgung, die Zunahme von Gesundheitsleistungen im stationären Sektor.

Bereits heute bestehende etablierte Mechanismen zur Vermeidung eventueller Fehlsteuerungsanreize, wie die Prüfverfahren (medizinische Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit) des MDK oder die bereits erprobten Weiterentwicklungsverfahren zu Diagnosen, Prozeduren und dem Fallpauschalenkatalog, gemeinsam mit den Vorschlägen zur Verbesserung der Kalkulationsmethodik dieses Gesetzentwurfs, sollten geeignet sein, die Adjustierung einzelner Leistungen vorzunehmen. In einem Misch-DRG-System, welches überwiegend keine Finanzierung auf der Ebene einzelner Leistungen, sondern die homogener Fallgruppen (also unterschiedlicher Leistungen innerhalb einer DRG) vergütet, führt eine kollektive Haftung (Abwertung der Vergütung) aller Verfahren innerhalb einer Misch-DRG zu weiteren Fehlsteuerungsanreizen. Im Umkehrschluss besteht die Gefahr, dass hiermit nicht die gewünschte Qualitätsversorgung erreicht wird, sondern auf unrentable einzelne Leistungen verzichtet oder Leistungen in geringerer Qualität (Billigmedizin) ausgewichen werden kann. Zusammenfassend führt eine fallzahlgestaffelte Absenkung der Vergütung zu einer Rationierung notwendiger Leistungen und damit zu Wartezeiten für die Patienten. Eine adäquat notwendige Versorgung wird durch die im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen somit nachhaltig gefährdet.

2. Ausnahmetatbestände der Fixkostendegression

§ 10 Absatz 13 KHEntgG – Ausnahmetatbestände Fixkostendegression

Originaltext des Gesetzes:

„(13.) Die Vertragsparteien vereinbaren bis zum 30. September jeden Jahres, erstmals bis zum 30. September 2016, einen von den Vertragsparteien nach § 11 für die Vereinbarung zusätzlicher Leistungen anzuwendenden Abschlag in Höhe des für zusätzliche Leistungen geschätzten durchschnittlichen Anteils der fixen Kosten an den Fallpauschalen (Fixkostendegressionsabschlag), wobei der Abschlag jeweils für fünf Jahre erhoben wird. Die Abschlagshöhe ist so zu vereinbaren, dass gegenüber der bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts für das Jahr 2015 vereinbarten absenkenden Berücksichtigung der fixen Kosten zusätzlicher Leistungen keine Mehrausgaben bei der Anwendung der Abschläge durch die Vertragsparteien nach § 11 entstehen; Ausnahmen nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 bleiben hiervon unberührt.“

Änderungsvorschlag:

„(13.) Die Vertragsparteien vereinbaren bis zum 30. September jeden Jahres, erstmals bis zum 30. September 2016, einen von den Vertragsparteien nach § 11 für die Vereinbarung zusätzlicher Leistungen anzuwendenden Abschlag in Höhe des für zusätzliche Leistungen geschätzten durchschnittlichen Anteils der fixen Kosten an den Fallpauschalen (Fixkostendegressionsabschlag), wobei der Abschlag jeweils für **zwei Jahre** erhoben wird, **ausgenommen davon werden Entgelte mit einem Sachkostenanteil von über 50 vom Hundert sowie Entgelte gem. § 6 Absatz 2 KHEntgG sowie besonders förderungswürdige Leistungen.** [...]“

Begründung:

Die derzeitige Ausgestaltung des Fixkostendegressionsabschlages behindert eine politisch gewollte qualitätsorientierte und zentralisierte Versorgung mit u. a. Methoden unter Anwendung von Medizinprodukten.

Die im Vergleich zu bisherigen Abschlagstatbeständen noch einmal erheblich verschärften Sanktionsmechanismen, bei gleichzeitig reduzierten Ausnahmetatbeständen, sind dazu geeignet, medizinisch notwendige Mehrleistungen nachhaltig zu rationieren. Im Ergebnis entspricht dies einer Wachstumsbremse bei medizinisch notwendigen Leistungen u. a. in Zusammenhang mit der Anwendung von Medizinprodukten.

Auch der BVMed kommt zu der Auffassung, dass die Ausgestaltung des Fixkostendegressionsabschlages eindeutig zu hinterfragen und nach Alternativen zu suchen ist, welche in Art und Umfang nicht über bestehende Regelungen hinausgehen.

Ungeachtet der Notwendigkeit einer grundsätzlichen Prüfung zur Praktikabilität der vorgesehenen Abschlagsmechanismen, werden im Folgenden Änderungen für den Fixkostendegressionsabschlag vorgeschlagen:

- > Eine fünfjährige Mindestlaufzeit belastet die ohnehin kritische finanzielle Situation der Krankenhäuser über Gebühr und wirkt sich letztendlich einschränkend auf die Bereitschaft zur Finanzierung von Behandlungsmethoden mit u. a. Medizinprodukten aus. Eine qualitätsorientierte und medizinisch notwendige Versorgung kann auf diesem Wege, insbesondere vor dem Hintergrund demographischer Entwicklungen und Fortschritte in der medizinischen Versorgung, nicht gewährleistet werden. Eine Verkürzung der gesetzlich vorgegebenen Laufzeit auf zwei Jahre erscheint vor diesem Hintergrund ausreichend.
- > Im derzeitigen Gesetzentwurf werden die Ausnahmetatbestände in Ausgestaltung und Umfang deutlich reduziert. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass der Ausnahmekatalog auf „unverzichtbare“ Ausnahmen „eng begrenzt“ werden soll. Die derzeit in § 4 Absatz 2a Satz 3 KHEntgG definierten Ausnahmetatbestände sind im Gesetzentwurf nicht mehr enthalten.

Vor dem Hintergrund einer bedenklichen finanziellen Ausstattung der Krankenhäuser und dem Tatbestand, dass fortwährende Maßnahmen zur Optimierung der Wirtschaftlichkeit derselben bereits zu einem erheblichen Preisverfall auf der Ebene der Sachkosten geführt hat, ist eine lediglich noch in der Begründung aufzufindende Ausnahmeempfehlung zur Nichtberücksichtigung zusätzlich vereinbarter Entgelte mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln nicht mehr zeitgemäß. Selbst ein im Gesetz aufzunehmender Ausnahmetatbestand für zusätzlich vereinbarte Entgelte mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln würde sich lediglich auf die Abschlagsfreiheit von 13 DRGs auswirken. Hierbei sei erwähnt, dass sich die vom BVMed geforderte Änderung für zusätzlich vereinbarte Entgelte mit einem Sachkostenanteil über 50 vom Hundert auf 28 DRGs erstreckt. Immerhin könnten mit dieser Erweiterung auf 28 DRGs Verfahren mit hohem Sachkostenanteil weiterhin in medizinisch notwendigem Umfang erbracht werden. Der Ausnahmekatalog darf auf keinen Fall hinter die Ausnahmetatbestände des § 4 Absatz 2a, Satz 3 KHEntgG zurückfallen, eine Aufnahme in den Gesetzestext ist dringend vorzunehmen.

3. Systematische Über- und Untervergütung von Sachkosten

§ 17b Absatz 1, Satz 6 KHG – Systematische Über- und Untervergütung von Sachkostenanteilen

Originaltext des Gesetzentwurfs:

„(1) [...] Um mögliche Fehlanreize durch eine systematische Übervergütung der Sachkostenanteile bei voll- und teilstationären Leistungen jährlich zu analysieren und geeignete Maßnahmen zum Abbau vorhandener Übervergütung zu ergreifen, sind auf der Grundlage eines Konzepts des DRG-Instituts bis spätestens zum 30. Juni 2016 sachgerechte Korrekturen der Bewertungsrelationen der Fallpauschalen zu vereinbaren; die Analyse und die geeigneten Maßnahmen sind erstmals bei der Weiterentwicklung des Vergütungssystems für das Jahr 2017 durchzuführen. [...]“

Änderungsvorschlag:

„(1) [...] Um mögliche Fehlanreize durch eine systematische Über- **und Untervergütung** der Sachkostenanteile bei voll- und teilstationären Leistungen jährlich zu analysieren und geeignete Maßnahmen zum Abbau vorhandener Über- **und Untervergütung** zu ergreifen, sind auf der Grundlage eines Konzepts des DRG-Instituts bis spätestens zum 30. Juni 2016 sachgerechte Korrekturen der Bewertungsrelationen der Fallpauschalen **und der impliziten Ein-Tages-Fallpauschalen** zu vereinbaren. Die Analyse und die geeigneten Maßnahmen sind erstmals bei der Weiterentwicklung des Vergütungssystems für das Jahr 2017 durchzuführen. [...]“

Begründung:

Das G-DRG-Vorschlagsverfahren ist dazu geeignet, auf eine mögliche Über- oder Untervergütung der Sachkostenanteile hinzuweisen. Entsprechende Hinweise verpflichten das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) dazu, dem Sachverhalt im Rahmen des § 17b Absatz 1, Satz 6 KHG nachzugehen. Implizite Ein-Tages-Fallpauschale: Zur sachgerechten Abbildung der Kurzlieger in den DRGs mit einer unteren Grenzverweildauer von zwei Tagen, werden zur Ermittlung eines sachgerechten Abschlags vom InEK die tatsächlichen Kosten der Fälle mit einem Belegungstag zugrunde gelegt. Eine normative Kalkulation der Abschlagshöhe aus den Kosten der "Inlier" erfolgt für diese DRGs nicht. Es handelt sich um eine eigenständig kalkulierte DRG, die jedoch nicht explizit (sondern implizit über den Abschlag) im G-DRG-Fallpauschalenkatalog aufgeführt wird. Zur Ermittlung dieser impliziten Ein-Tages-Fallpauschale ist die gegenwärtige Formel zur Ermittlung des Abschlags nicht in jedem Fall geeignet. Durch die nicht sachgerechte Abbildung dieser Verfahren mit hohem Sachkostenanteil kommt es zu einer Diskriminierung von Verfahren mit geringer Verweildauer. Daher sind insbesondere Methoden mit kurzer Verweildauer und hohem Sachkostenanteil vor diesem Hintergrund in der Analyse mit zu berücksichtigen und ggf. von Verfahren mit geringem Sachkostenanteil zu trennen. Auch diese Analyse ist bei der gewählten Methodik und Wertermittlung transparent zu machen. Geeignet erscheint hierzu eine Veröffentlichung im G-DRG-Report-Browser.

Beispiel:

Die chirurgischen Verfahren zur Behandlung höhergradiger Hämorrhoidenvorfälle können heute durch den Einsatz moderner Medizintechnologie kurzzeit-stationär mit nur einem Tag Verweildauer durchgeführt werden. Die gemeinsame Abbildung mit völlig anderen Operationen mit sehr geringem Sachkostenanteil in der impliziten Ein-Tages-Fallpauschale "G26Z" mit Kurzliegerabschlag von 29 % führt zu einer systematischen Unterfinanzierung der Ein-Tages-Fälle.

4. Extremkosten – Abbildung von Investitionskosten

§ 17b Absatz 1, Satz 16 KHG – Kostenunterdeckungen von außerordentlichen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen

Originaltext des Gesetzentwurfs:

„(1) [...] Entstehen bei Patientinnen oder Patienten mit außerordentlichen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen extrem hohe Kostenunterdeckungen, die mit dem pauschalierten Vergütungssystem nicht sachgerecht finanziert werden (Kostenausreißer), sind entsprechende Fälle zur Entwicklung geeigneter Vergütungsformen vertieft zu prüfen.“

Änderungsvorschlag:

Es wird folgender Satz angefügt: **„Hierbei müssen auch Investitionskosten differenziert betrachtet werden.“**

Begründung:

Diese Regelung kann dazu beitragen, eine sachgerechte Refinanzierung von Medizintechnologien zu gewährleisten. Es gibt jedoch zahlreiche Therapiebereiche, die insbesondere durch den Einsatz innovativer Medizintechnik, verbunden mit hohen Investitionen, zu andersartigen Kosteneinsparungen, z. B. zu signifikant verkürzter Liegezeit führen. Nur durch die gemeinsame Betrachtung von Investitions- und Betriebskosten kann erstmalig eine sachgerechte und differenzierte Vergütung betroffener Therapien ermöglicht werden.

Zu Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)

5. Zu- und Abschläge: Ergebnisqualität

§ 5 Absatz 3a KHEntg – Vereinbarung von Qualitätszu- oder -abschlägen

Originaltext des Gesetzentwurfs:

„(3a) Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren unter Berücksichtigung begründeter Besonderheiten im Krankenhaus für Leistungen oder Leistungsbereiche mit außerordentlich guter oder unzureichender Qualität auf der Grundlage der Bewertungskriterien und Auswertungsergebnisse nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1a Nummer 4 einen Qualitätszu- oder -abschlag. Qualitätszu- oder -abschläge sind bezogen auf die betreffenden Leistungen oder Leistungsbereiche jeweils für Aufnahmen ab dem ersten Tag des Folgemonats der Vereinbarung anzuwenden. Sie sind für Aufnahmen bis zum letzten Tag des Monats anzuwenden, in dem die Vertragsparteien nach Satz 1 feststellen, dass die Voraussetzungen für die weitere Erhebung von Qualitätszu- oder -abschlägen nicht mehr vorliegen. Sofern die Vertragsparteien nach Satz 1 unzureichende Qualität feststellen, hat die Vereinbarung auch zu beinhalten, dass die Qualitätsmängel innerhalb eines Jahres ab dem Vereinbarungszeitpunkt zu beseitigen sind; in dieser Zeit sind keine Qualitätsabschläge zu erheben. Werden die Qualitätsmängel nicht innerhalb eines Jahres beseitigt, ist der vereinbarte Qualitätsabschlag zu erheben, sofern die Vertragsparteien feststellen, dass die Voraussetzungen für die Erhebung weiterhin vorliegen; dabei ist der Qualitätsabschlag für die Dauer von zwölf Kalendermonaten in doppelter Höhe zu erheben.“

Änderungsvorschlag:

Die Ergebnisqualität sollte als vorrangiges Kriterium für die qualitätsdifferenzierte Vergütung genannt werden. Dies kann z. B. durch eine Konkretisierung im § 136b Absatz 1, Nr. 5 SGB V erfolgen.

Begründung:

Der Gesetzestext gibt keine Orientierung für Entscheidungen des G-BA oder der Vertragsparteien; weder für Anwendungsgebiete und Kriterien, noch für die maximale Höhe von Zu- und Abschlägen. Anders bei den planungsrelevanten Qualitätskriterien: Hier werden Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität explizit genannt.

Lediglich die Begründung zum § 136b SGB V-E, Satz 5, gibt Orientierung bei der qualitätsdifferenzierten Vergütung: „*Dabei kann der G-BA für Zu- und Abschläge einer Leistung oder eines Leistungsbereichs auch unterschiedliche Qualitätsindikatoren auswählen (z. B. geringe Komplikationsrate für Zuschläge und hohe postoperative Infektionsrate für Abschläge). Er kann grundsätzlich Indikatoren aus allen Dimensionen der Qualität (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) bestimmen. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Einhaltung von Mindestanforderungen an die Struktur- oder Prozessqualität für die Vergütungs differenzierung außer Betracht bleibt. So kann es für die Einhaltung von Mindestanforderungen naturgemäß keine Zuschläge geben [...].*“

Es wäre sinnvoll, sich bei der Vergütungs differenzierung auf die Ergebnisqualität für die Patienten zu konzentrieren.

Zu Artikel 6 - Änderung im Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V)

6. Klarstellung der Patientenrechte auf stationäre Leistungserbringung bei fehlendem ambulanten Versorgungsangebot

§ 39 SGB V – Krankenhausbehandlung

Originaltext des Gesetzes:

„(1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115a) sowie ambulant (§ 115b) erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation. Die Krankenhausbehandlung umfasst auch ein Entlassmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung. Das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. § 11 Absatz 4 Satz 4 gilt.“

Änderungsvorschlag 1:

In Absatz 1, Satz 2 werden nach dem Wort „kann“ die Wörter „**oder eine ambulante Versorgung nicht zur Verfügung steht.**“ eingefügt.

Begründung:

Es ist erklärter politischer Wille, Leistungen, die ambulant möglich sind, auch ambulant durchzuführen. Dieses kommt mit der Vorgabe nach § 39 Absatz 1, Satz 2 SGB V zum Ausdruck. In der Praxis kommt es allerdings immer wieder zu Missverständnissen und Unklarheiten, sofern eine stationär bereits etablierte Leistung dem Grunde nach ambulant erbringbar wäre; ein entsprechendes ambulantes Versorgungsangebot, insbesondere aufgrund einer fehlenden ambulanten Vergütung, im Rahmen des EBM jedoch nicht gegeben ist.

Stationäre Verfahren z. B. in der Chirurgie, werden kontinuierlich weiterentwickelt und optimiert. Zunächst kommt es bei diesen stationären Verfahren nach der Etablierungsphase zu einer zunehmenden Verkürzung der Verweildauer. Bei einigen Verfahren kann nach einer weiteren Verfahrensoptimierung sogar auf die kurzstationäre Behandlung als Ein-Tages-Fall verzichtet und die Leistung ambulant durchgeführt werden. Eine Aufnahme dieser Verfahren in den EBM (Anhang 2) findet nur in geringem Umfang statt.

Das kann dazu führen, dass der Patient im Rahmen der Aufklärung unter Beachtung des § 630e Absatz 1 BGB über die Behandlungsalternativen aufgeklärt wird, die notwendige Leistung dem Patienten aber nicht angeboten werden kann, weil für die ambulante Versorgung keine Leistungsvergütung existiert und dem Krankenhaus auf Grund der Vorgabe "ambulant vor stationär" eine stationäre Leistungserbringung nicht möglich ist. Hintergrund sind die unterschiedlichen Grundsätze bei stationärer und ambulanter Leistungserbringung. Während im Krankenhaus der Grundsatz „Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt“ gilt, erfordert die ambulante Versorgung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung oder stationärsetzenden Leistung gemäß § 115b SGB V zulasten der Gesetzlichen Krankenkassen die vorherige Aufnahme in den EBM.

Um den Patienten weiterhin Zugang zu diesen stationär etablierten Behandlungsmethoden zu sichern, wird § 39 Absatz 1, Satz 2 SGB V um einen Halbsatz ergänzt, der klarstellt, dass im Falle eines fehlenden ambulanten Versorgungsangebots eine stationäre Abrechnung ersatzweise möglich ist.

Der Änderungsvorschlag stellt damit Rechtssicherheit zum Leistungsanspruch der Versicherten her. Gleichmaßen erhalten Leistungserbringer, Krankenkassen und MDK eine dringend benötigte Klarstel-

lung im Sinne der Abrechnungssicherheit und zur Vermeidung von unnötigem administrativen Aufwand im Hinblick auf damit verbundene Prüfungen nach § 275 SGB V.

Änderungsvorschlag 2:

Als neuer § 39 Absatz 5 SGB V wird eingefügt: „**Ist für eine in der stationären Versorgung eingeführte Leistung ein Antrag auf Aufnahme dieser Leistung in den einheitlichen Bewertungsmaßstab gestellt worden, so kann diese Leistung weiterhin in der stationären Versorgung zulasten der Gesetzlichen Krankenkassen ohne Kürzung der notwendigen Verweildauer erbracht werden, solange kein Beschluss des Bewertungsausschuss gemäß § 87 Absatz 3 SGB V vorliegt. Gleiches gilt für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, deren Beurteilung gemäß § 135 Absatz 1 SGB V noch nicht abgeschlossen ist.**“

Begründung:

Ergänzend zu dem o. g. Änderungsvorschlag zur grundsätzlichen Sicherstellung von stationären Verfahren mit ambulantem Potential soll o. g. Passus als Absatz 5 aufgenommen werden.

Für bisher stationär erbrachte Leistungen, für welche auf der Basis anerkannter Struktur- und Prozessänderungen eine ambulante Versorgung möglich und eine Aufnahme in den EBM beantragt ist, haben sich in der Vergangenheit überlange Verfahrenszeiten zur Aufnahme in den EBM ergeben.

Der Gesetzgeber hat nun im Versorgungsstärkungsgesetz mit dem neuen § 87 Absatz 3e SGB V erfreulicherweise dem Bewertungsausschuss u. a. die Festlegung von Fristen für die Vorbereitung und die Durchführung von Entscheidungsverfahren aufgegeben. Dies wird zu mehr Transparenz und möglicherweise zu Verfahrensbeschleunigungen führen. Dennoch löst dies nicht die Übergangsproblematik vom stationären zum ambulanten Sektor.

Dieses Übergangsproblem besteht vor allem darin, dass mit dem Antrag zur Aufnahme in den EBM transparent erklärt wird, dass, generell oder für bestimmte Patientengruppen, die im Krankenhaus eingeführte Methode zwischenzeitlich auch ambulant durchgeführt werden könnte. In der Praxis führt dies zu einer verstärkten Aufmerksamkeit des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen. In deren Folge werden den Krankenhäusern, mit der Begründung zur fehlenden stationären Notwendigkeit dieser Fälle, Vergütungen gänzlich gestrichen oder notwendige Verweildauertage bei der Abrechnung gekürzt. Somit wird die Methode schrittweise aus der stationären Versorgung herausgedrängt, ohne dass es bisher zu einer Entscheidung über die Aufnahme in die vertragsärztliche Versorgung gekommen ist. Dies stellt ein großes Problem für betroffene Patienten dar, welchen auf diesem Wege indizierte medizinische Leistungen vorenthalten oder ggf. invasiveren Methoden zugeführt werden.

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen handelt dabei auf der Grundlage der Rechtsauslegung des Bundessozialgerichts. Im BSG-Urteil vom 16. Dezember 2008, Az., B 1 KR 11/08 R., Leitsatz, zitiert nach dejure.org, heißt es: *"Krankenhausbehandlung ist nicht bereits deshalb erforderlich, weil eine bestimmte Leistung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zwar ambulant erbracht werden kann, vertragsärztlich aber mangels positiver Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung geleistet werden darf."*

Diese Auslegung des geltenden Rechts zulasten des Versorgungsanspruchs der Patientinnen und Patienten macht den gesetzgeberischen Handlungsbedarf in dem beschriebenen Anwendungsbereich deutlich.

7. Einbindung der Medizinischen Fachgesellschaften

§ 136 Absatz 3 (und Absatz 1 Nr. 2) SGB V – Kriterien für indikationsbezogene Notwendigkeit aufwändiger medizintechnischer Leistungen

Originaltext des Gesetzentwurfs:

„(3) Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer sowie die Berufsorganisationen der Pflegeberufe sind bei den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 zu beteiligen; die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer sind, soweit jeweils die Berufsausübung der Psychotherapeuten oder der Zahnärzte berührt ist, zu beteiligen. [...]“

Änderungsvorschlag:

§ 136 Absatz 3 SGB V sollte nach „[...] Bundesärztekammer [...]“ ergänzt werden um die Formulierung „**und medizinischen Fachgesellschaften**“.

Begründung:

Hier sind zwingend die medizinischen Fachgesellschaften zu beteiligen.

8. Selektivverträge

§ 136b Absatz 1, Satz 1, Nr. 4 SGB V – u. a. Qualitätsverträge, Zu- und Abschläge

Originaltext des Gesetzentwurfs:

„(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss fasst für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten auch Beschlüsse über [...]“

4. vier Leistungen oder Leistungsbereiche, zu denen Verträge nach § 110a mit Anreizen für die Einhaltung besonderer Qualitätsanforderungen erprobt werden sollen, [...]“

Änderungsvorschlag:

Bei § 136b Absatz 1, Satz 1, Nr. 4 SGB V wird vor dem Wort „vier“ das Wort „**mindestens**“ ergänzt.

Begründung:

Die BVMed-Unternehmen stellen sich dem Qualitätswettbewerb. Die Beschränkung der Qualitätsverträge auf vier Leistungen oder Leistungsbereiche (die durch den G-BA festgelegt werden) ist willkürlich und schränkt die Aussagekraft der Erprobung von Qualitätsverträgen unnötig ein.

9. Ergebnisqualität – Qualitätsindikatoren

§ 136b Absatz 1, Satz 1, Nr. 5 SGB V – Qualitätsindikatoren

Originaltext des Gesetzentwurfs:

„(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss fasst für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten auch Beschlüsse über [...]

5. einen Katalog von Leistungen oder Leistungsbereichen, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung mit Zu- und Abschlägen eignen, sowie Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren. [...]

Änderungsvorschlag:

§ 136b Absatz 1, Satz 1, Nr. 5 SGB V soll ergänzt werden. Nach dem Wort Qualitätsindikatoren soll folgender Satz hinzugefügt werden: „**Dabei sind vorrangig Ziele und Indikatoren der Ergebnisqualität zu berücksichtigen.**“

Begründung:

Die qualitätsdifferenzierte Vergütung sollte vorrangig in den Dienst des Behandlungsergebnisses für den Patienten gestellt werden. Bereits die Begründung des Referentenentwurfs macht deutlich, dass im Bereich der Vergütung (anders als bei der Krankenhausplanung) die Orientierung an Struktur- und Prozessqualität Probleme aufwirft. Dies sollte sich auch im Text des Gesetzentwurfs niederschlagen.

Berlin, 28. August 2015

BVMed – Bundesverband
Medizintechnologie e.V.



Joachim M. Schmitt
Geschäftsführer und
Mitglied des Vorstands