

**Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 17/1236**



An den
Vorsitzenden des Sozialausschusses
des Schleswig-Holsteinischen Landtages
Herrn Christopher Vogt, MdL
Düsterbrooker Weg 70
24105 Kiel

Bismarckallee 1-6
23795 Bad Segeberg
✉ 23782 Bad Segeberg
☎ 04551 883-454
📠 04551 883-396
📧 delf.kroeger@kvsh.de

Vorstandsvorsitzende

Datum
22. September 2010

Ansprechpartner:
Delf Kröger

Anhörung des Sozialausschusses am 28.10.2010

Sehr geehrter Herr Vogt,

vielen Dank für Ihre Einladung, im Rahmen der mündlichen Anhörung des Sozialausschusses am 28. Oktober zur Verbesserung der Kooperation zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor Stellung zu nehmen. Gern nehme ich die Gelegenheit wahr, den Abgeordneten die Position der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte darzulegen.

Ihrer Bitte, dem Ausschuss bereits im Vorwege eine schriftliche Stellungnahme zur Verfügung zu stellen, komme ich gern nach. Beigefügt finden Sie unsere Vorschläge für Maßnahmen, die das Konfliktpotential bei der Umsetzung von § 116 b SGB V, mit dem die Krankenhäuser erweiterte Möglichkeiten der ambulanten Behandlung erhielten, reduzieren und die Zusammenarbeit der niedergelassenen Ärzte mit ihrer Kollegen an den Kliniken weiter verbessern würden.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ingeborg Kreuz'.

Dr. Ingeborg Kreuz

Bad Segeberg, 22. September 2010

„Verbesserung der Kooperation im Bereich der ambulanten Behandlung“

- Antrag der Fraktionen von CDU und FDP, Drs. 17/530
- Antrag der Fraktion der SPD, Dr.s 17/554

**Stellungnahme der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein zur
Anhörung des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtages
am 28. Oktober 2010**

Dr. Ingeborg Kreuz
Vorsitzende des Vorstandes
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
Bismarckallee 1-6
23795 Bad Segeberg

Für eine faire Partnerschaft auf Augenhöhe in der Beteiligtenrunde

§ 116 b SGB V und sektorenübergreifende Kooperation – grundsätzliche Anmerkungen

Mit dem im April 2007 in Kraft getretenen GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz hat der Gesetzgeber den Krankenhäusern erweiterte Möglichkeiten zur ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen (z.B. onkologische Behandlungen) eröffnet. § 116 b Abs. 2 SGB V sieht seither vor, dass zugelassene Krankenhäuser auf Antrag zur ambulanten Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen bestimmt werden können. Die KVSH sieht diese Öffnung der Krankenhäuser nach § 116 b SGB V skeptisch.

Die KVSH spricht sich generell für eine engere Kooperation zwischen ambulanter und stationärer Versorgung aus. Längst gibt es im Land zahllose Beispiele für gelebte Kooperationen von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern. Ein unfairer Wettbewerb zwischen den Sektoren ist hingegen nicht im Interesse einer patientenorientierten Versorgung. Richtschnur des Handelns kann immer nur sein, dass sich die Sektoren im Interesse der Patienten *ergänzen*, statt sich gegenseitig Konkurrenz zu machen. Ein Hin- und Herschieben kranker Menschen aus Gründen des Gewinns von Marktanteilen darf es nicht geben.

Die KVSH plädiert deshalb dafür, § 116 b SGB V grundlegend zu novellieren, um das in den Bestimmungen angelegte Konfliktpotenzial zu entschärfen und es den Akteuren zu ermöglichen, immer dann ohne Konkurrenzgedanken kooperieren zu können, wenn es zum Nutzen des Patienten, der im Mittelpunkt aller Überlegungen stehen muss, ist.

Mit dem Instrument der „Ermächtigung“ von spezialisierten Krankenhausärzten zur Erbringung genau definierter ambulanter Leistungen gibt es bereits ein bewährtes System der sich ergänzenden Verzahnung von ambulant und stationär. Vorteil: Dieses System ist transparent (auch im Bereich Abrechnung) und in die Bedarfsplanung eingebunden. Zudem werden „Ermächtigungen“ stets befristet.

Offene Fragen im derzeitigen Rechtsrahmen

Der derzeitige Rechtsrahmen für die ambulante Leistungserbringung durch Krankenhäuser nach § 116 b SGB V lässt hingegen viele Fragen offen.

- Es mangelt an Transparenz. So fehlen verlässliche Angaben, ob eine Leistungserbringung überhaupt stattfindet und wenn ja, in welchem Umfang, da die Leistungen direkt zwischen Kliniken und Kassen abgerechnet werden. Es ist somit auch keine Kostentransparenz gegeben – und das in Zeiten, in denen die Mittel für die Patientenversorgung begrenzt sind.
- Zwar ist vorgesehen, dass die vertragsärztliche Versorgung bei der Bestimmung eines Krankenhauses Berücksichtigung finden soll, näher präzisiert wird diese Vorgabe nicht. Der Gesetzgeber hat vor allem nicht vorgegeben, dass die Bedarfsplanung für die ambulante Versorgung, die für jeden niedergelassenen Facharzt bindend ist, zur Anwendung kommt. Dies stellt eine deutliche Wettbewerbsverzerrung zu Lasten der niedergelassenen Fachärzte dar, eine gleiche Augenhöhe ist nicht gegeben.
- Da die KVSH, obwohl es sich um ambulante Leistungen handelt, keine Kenntnisse über diesen Teil des ambulanten Leistungsgeschehens hat, ist sie nicht in der Lage, die Sicherstellung in diesen Bereichen zu beurteilen und entsprechend in der Bedarfsplanung zu berücksichtigen.

- Die Bestimmungen von Krankenhäusern zur ambulanten Leistungserbringung sind nicht befristet. Auch fehlt ein transparentes Verfahren zur Kontrolle, ob die Voraussetzungen, die zur Zulassung geführt haben, in den Folgejahren noch gegeben sind.
- Offen ist auch, wie die Qualitätssicherungsmaßnahmen durchgeführt werden.
- Es fehlt eine umfassende wissenschaftliche Evaluation, ob die Öffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Leistungserbringung nach § 116 b die Versorgung der Patienten tatsächlich verbessert hat – und zu welchen Kosten.

Die KVSH spricht sich dagegen aus, § 116 b SGB V als „Einfallstor“ eines umfassenden Einstiegs der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung zu missbrauchen. Eine weitere Ausweitung der ambulanten Leistungserbringung durch Krankenhäuser gefährdet die fachärztliche Versorgung in der Fläche. Deshalb begrüßt die KVSH, dass das Land Schleswig-Holstein auf der letzten Gesundheitsministerkonferenz die Initiative ergriffen und auf transparente und faire Regeln zur Umsetzung von § 116 b SGB V gedrungen hat. Insbesondere vor dem Hintergrund der abwartenden Haltung anderer Bundesländer sollte Schleswig-Holstein seine eigenen Handlungsmöglichkeiten auf Landesebene nutzen.

Die derzeitige Rechtslage – und die Handlungsmöglichkeiten des Landes

Entscheidendes Gremium für die Zulassung eines Krankenhauses zur Erbringung von ambulanten Leistungen nach § 116 b SGB V ist die Beteiligtenrunde zur Krankenhausplanung. Die zuständige Planungsbehörde – im Fall Schleswig-Holsteins das Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit – ist gehalten, „eine einvernehmliche Bestimmung mit den an der Krankenhausplanung unmittelbar Beteiligten (...) anzustreben.“ (§ 116 b Abs. 2 Satz 3 SGB V).

Die Zusammensetzung der Krankenhausplanungsrunde und die Benennung von Beteiligten und unmittelbar Beteiligten fallen in die Zuständigkeit des Landesgesetzgebers, in Schleswig-Holstein geregelt in § 19 des Gesetzes zur Ausführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (AG-KHG). § 19 Abs. 1 benennt die an der Krankenhausplanung Beteiligten, § 19 Abs. 2 bestimmt die unmittelbar Beteiligten. Nach den Vorgaben des AG-KHG ist die KVSH zwar Beteiligte, nicht jedoch unmittelbar Beteiligte – auch nicht in Fällen, in denen es um Zulassungen von Kliniken zur Erbringung ambulanter Leistungen geht, die unmittelbare Auswirkungen auf die ambulante Versorgung insgesamt haben.

Für verbindliche Mitwirkungsrechte der KVSH in der Beteiligtenrunde

Der derzeitige Status der KVSH als nur mittelbar Beteiligte, obwohl von den Entscheidungen unmittelbar Betroffene, ist nicht sachgerecht. Da die Öffnung von Krankenhäusern zur ambulanten Behandlung den gesetzlichen Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung (§ 75 SGB V) berührt und Entscheidungen der Krankenhausplanungsrunde zu Anträgen nach § 116 b SGB V unmittelbare Auswirkungen auf die ambulante ärztliche Versorgung haben, fordert die KVSH, dass ihr in der Beteiligtenrunde der Status der „unmittelbar Beteiligten“ zuerkannt wird, wenn über die ambulante Leistungserbringung durch Kliniken bzw. Fragen der intersektoralen Zusammenarbeit zu entscheiden ist.

Dies wäre eine notwendige Anpassung der gesetzlichen Grundlagen an eine zunehmend sektorenübergreifende Versorgungsrealität in Schleswig-Holstein. Die Teilnahme an der Planungsrunde als nur mittelbar Beteiligte spiegelt die deutlichere Trennung der Versorgungsbereiche (niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser) in der Vergangenheit wider. Insbesondere durch die Möglichkeiten für Krankenhäuser nach § 116 b SGB V verschwimmen diese Sektorengrenzen aber zusehends zulasten der niedergelassenen Ärzte. Bleibt die KVSH auch in diesen ihren gesetzlichen Auftrag zur Sicherstellungsauftrag direkt betreffenden Fragen

nur Mitwirkende zweiter Ordnung, wird der Sicherstellungsauftrag, der eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung gewährleisten soll, faktisch weiter ausgehöhlt.

Deshalb begrüßt die KVSH ausdrücklich die gleichlautenden Formulierungen in den Anträgen der Fraktionen von CDU und FDP (Drs. 17/530) sowie der Fraktion der SPD (Drs. 17/554):

„Zur Sicherstellung einer gleichberechtigten Zusammenarbeit ist die Aufnahme der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein nach §19 AG-KHG als unmittelbar Beteiligte bei Fragestellungen der intersektoralen Zusammenarbeit wie z.B. in den Fällen des § 116 b SGB V zu prüfen.“

Fazit

Die Aufnahme der KVSH als unmittelbar Beteiligte in die Beteiligtenrunde ist ein durch den Landtag realisierbarer Schritt, der zwar die grundlegenden Konstruktionsfehler des § 116 b SGB V nicht abzustellen vermag, aber auf Landesebene ein deutliches Signal für ein Miteinander von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern auf gleicher Augenhöhe setzt und zugleich die in Schleswig-Holstein bisher praktizierte kooperative Praxis rechtlich absichern würde. Zur konkreten rechtlichen Umsetzung schlägt die KVSH folgende Ergänzung von § 19 Abs. 2 des AG-KHG vor:

„(2) Die in Absatz 1 Nr. 1 bis 11 Genannten sind zugleich unmittelbar Beteiligte. *Bei Anträgen von Krankenhäusern zur Leistungserbringung nach § 116b SGB V und grundsätzlichen Fragen der intersektoralen Zusammenarbeit wird der Kreis der unmittelbar Beteiligten um die in Absatz 1 Nr. 17 Genannte erweitert.*“

Damit würde die schleswig-holsteinische Praxis, wonach die KVSH schon bisher um Stellungnahmen zu Krankenhausanträgen zur Erbringung ambulanter Leistungen gebeten wurde, auf eine solide rechtliche Grundlage gestellt.

§ 116 b SGB V - Probleme in der Umsetzung und Lösungsvorschläge

Lösungsvorschlag		
Problemschilderung		
<p>§ 116 b Abs. 2 Satz 1 SGB V Unklarer Gesetzeswortlaut im Hinblick auf die „Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation“</p>	<p>In der Gesetzesbegründung wurde klargestellt, dass keine Bedarfsprüfung durchgeführt werden soll. Unklar ist daher, wie die „Berücksichtigung“ erfolgen soll bzw. was darunter konkret zu verstehen ist. Rechtsprechung hierzu gibt es – noch – nicht. Die KVSH hat zu allen Anträgen Stellungnahmen abgegeben und regelmäßig festgestellt, dass im vertragsärztlichen Bereich Leistungserbringer vorfinden sind. In diesen Fällen hat das Land zum Abschluss von Kooperationsverträgen gedrängt. Probleme ergeben sich insbesondere daraus, dass die Beschreide keine Angaben enthalten, in welcher Art und Weise die vertragsärztliche Versorgungssituation im Einzelfall berücksichtigt wurde. Auch eventuelle Kooperationsvereinbarungen werden nicht erwähnt.</p>	<p>Die Bescheide sollten Angaben zur „Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation“ enthalten und erkennen lassen, welche Gründe für den Beschluss maßgeblich waren. Sofern eine Kooperationsvereinbarung maßgeblich dafür ist, dass trotz vorhandener ambulanter Leistungserbringer einem Antrag stattgegeben wurde, sollte dies in den Bescheid aufgenommen werden. Gegebenenfalls sollte die Bestimmung zur Leistungserbringung unter der Auflage erfolgen, dass eine vorhandene Kooperationsvereinbarung nicht gekündigt wird und die Parteien nicht gegen sie verstoßen. Der Widerruf der Genehmigung sollte für den Fall vorbehalten werden, dass die Kooperation scheitert.</p>
<p>§ 116 b Abs. 2 Satz 3 SGB V Eine einvernehmliche Bestimmung mit den an der Krankenhausplanung unmittelbar Beteiligten ist anzustreben.</p>	<p>„Einvernehmen anzustreben“ beinhaltet nach der Gesetzesbegründung eine sehr weitgehende Form der Mitwirkung, mehr als bloßes Anhören und mehr als Benehmen; es ist das ernsthafte Bemühen, sich mit den Beteiligten zu einigen. Das Land hat das Letztentscheidungsrecht, soweit Einvernehmen über die Bestimmung von Krankenhäusern zur ambulanten Leistungserbringung nicht erzielt wird. Für das Einvernehmen ist das Abstimmungsverhalten der unmittelbar Beteiligten maßgeblich. Die KVSH ist nicht unmittelbar Beteiligte.</p>	<p>Die KVSH schlägt eine Änderung von § 19 Abs. 1 AG-KHG dahingehend vor, die KVSH zumindest für die Behandlung von Anträgen nach § 116 b SGB V als unmittelbar Beteiligte in die Beteiligtenrunde zur Krankenhausplanung aufzunehmen.</p>

<p>§ 116 b Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 erster Spiegelstrich SGB V</p> <p>Dieser Paragraph enthält den Katalog nach § 116b Abs. 2 Satz 1 SGB V, d.h. den Katalog der hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, die zur Leistungserbringung nach § 116b SGB V berechtigten können.</p>	<p>Die Diagnostik und Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen wurde vom G-BA unter „seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“ subsummiert. Dies ist nach Auffassung von Medizinern unzutreffend, weil onkologische Erkrankungen weder seltene Erkrankungen noch solche mit besonderen Krankheitsverläufen sind.</p> <p>Am Verbleib im Katalog dürften die Krankenkassen ein Interesse haben, da hierdurch die Inanspruchnahme der Krankenhausapotheken im Rahmen der Chemotherapie eröffnet wurde. Unklar ist aber, ob insoweit tatsächlich ein Einsparungspotenzial vorhanden ist, denn die maßgeblichen Krankenhäuser haben die Leistungen meist bereits zuvor im Rahmen von Tageskliniken oder Ermächtigungen erbracht. Zudem ist seit der Neufassung des § 116 b SGB V eine Änderung des Arzneimittelrechts in Kraft getreten. Daher herrscht völlige Intransparenz im Hinblick auf das Einsparpotential.</p> <p>Ferner haben die Krankenkassen die Leistungen nach § 116 b SGB V insgesamt zusätzlich zur Gesamtvergütung zu vergüten, so dass auch deswegen das Einsparungspotenzial fraglich ist.</p>	<p>Die Streichung der Diagnostik und Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen aus dem Katalog würde bundesweit die Situation entspannen.</p>
<p>§ 116 b Abs. 3 Satz 2 SGB V</p> <p>Danach gelten für die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses die Anforderungen für die vertragsärztliche Versorgung entsprechend.</p>	<p>Facharztstandard</p> <p>Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung</p> <p>Qualitätssicherungsmaßnahmen aus dem vertragsärztlichen Bereich</p> <p>Die Vergabe einer lebenslangen Arztnummer (LANR) an die im Rahmen von § 116 b SGB V tätigen Krankenhausärzte ist durch eine entsprechende Richtlinie der KBV ermöglicht worden. Die KVSH hat die Vergabe angeboten. Dies wurde nicht in Anspruch genommen. Es gibt deshalb keine Möglichkeit, um die Prüfung der Voraussetzungen artbezogen durchzuführen. Teilweise wird die Auffassung vertreten, bei § 116b SGB V handele es sich um eine Institutsambulanz und der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung gelte daher nicht.</p> <p>Die KVSH stellt die Qualität der Leistungserbringung in den Krankenhäusern nicht in Frage, bemängelt aber die mangelnde Transparenz bzgl. Überprüfung durch die Krankenkassen bzw. die Undurchführbarkeit der Prüfung wegen Nichtverwendung der LANR.</p>	<p>Verpflichtung zur Verwendung der LANR in der Abrechnung mit den Krankenkassen.</p> <p>Überprüfung der Einhaltung von qualitätssichernden Maßnahmen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Darüber hinaus Überprüfung der vom G-BA in den Richtlinien vorgegebenen Voraussetzungen durch die Krankenkassen.</p>

<p>§ 116 b Abs. 4 Satz 3 SGB V Nach dieser Vorgabe haben die Richtlinien des G-BA Regelungen zu enthalten, ob und in welchen Fällen die ambulante Leistungserbringung durch das Krankenhaus die Überweisung durch den Hausarzt oder den Facharzt voraussetzt.</p>	<p>Bisher ist lediglich bei Augentumoren sowie bei Pulmonaler Hypertonie der Klassen 2, 3 oder 5 ein Facharztüberweisungsfilter vorgegeben. Grundsätzlich besteht für die Erstzuweisung ein Überweisungserfordernis durch einen Vertragsarzt, (häufig dahingehend modifiziert, dass im Ausnahmefall im stationären Bereich als Konsil eine hausinterne Überweisung zulässig ist). Im Hinblick auf die Onkologie muss alle drei Jahre eine Überweisung vorgelegt werden.</p>	<p>Änderung des Gesetzes dahingehend, dass die Überweisung durch den Facharzt grundsätzlich Voraussetzung ist. G-BA die Richtlinien müssten entsprechend angepasst werden.</p>
<p>§ 116 b Abs. 4 Satz 4 SGB V Danach sind in den Richtlinien des G-BA zusätzliche sächliche und personelle Anforderungen sowie die einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135 a SGB V i.V.m. § 137 SGB V an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses zu regeln. Als Mindestanforderungen gelten die Anforderungen nach § 135 SGB V entsprechend.</p>	<p>Hiermit wird klargestellt, dass die Mindestanforderungen der Qualitätssicherung im vertragsärztlichen Bereich gelten. Als besondere Problematik ist die Mindestmengenregelung aus den Richtlinien des G-BA anzusehen. Die Erbringung der Mindestmengen ist zu überprüfen. Bei Genehmigungserteilung hatten die Krankenhäuser teilweise die Mindestmengen noch nicht erfüllt oder der G-BA hatte noch keine Mindestmengen festgesetzt. Daher sollte jetzt im Rahmen einer vom Ministerium durchgeführten Umfrage eine Überprüfung erfolgen. Fraglich ist, ob ein Patient aufgrund einer Behandlung im stationären und im ambulanten Bereich des Krankenhauses mehrfach gezählt werden darf. Maßgeblich ist § 6 Abs. 1 Satz der Richtlinie des G-BA über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116 b SGB V. Danach ist ein Krankenhaus zur ambulanten Behandlung von Erkrankungen nur berechtigt, wenn es pro Jahr und gelisteter Erkrankung mindestens die dort bestimmte Zahl verschiedener Patienten behandelt. Nach Abs. 2 Satz 1 der Regelung ist für die Berechnung der Mindestmengen die Summe aller Krankheitsfälle maßgeblich, die zu den einzelnen Erkrankungen zu rechnen sind und die in dem Krankenhaus als ambulante Krankenhausbehandlung nach dieser Richtlinie im Rahmen der stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140 a SGB oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgung behandelt werden. Der Krankheitsfall ist in den Bundesmantelverträgen definiert (vgl. § 21 BMV-Ä).</p>	<p>Die Einhaltung der jeweiligen Richtlinien ist zu überprüfen und zwar fortlaufend und nachvollziehbar. Im Hinblick auf die Mindestmengen sollte die BTR bzw. das Land klarstellen, wie die Mindestmengen zu erfüllen sind bzw. wie die Richtlinie des G-BA zu interpretieren ist.</p>

<p>§ 116 b Abs. 4 Satz 5 SGB V</p> <p>Nach dieser Regelung können fortlaufend neue hochspezialisierte Leistungen, neue seltene Erkrankungen und neue Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen in den Katalog nach § 116 b Abs. 3 SGB V aufgenommen werden. Alle zwei Jahre hat der G-BA zu überprüfen, ob Neuaufnahmen zu beschließen sind.</p>	<p>Die Erweiterung der Möglichkeiten von Krankenhäusern zur ambulanten Leistungserbringung ist ständig möglich, obwohl bei der Umsetzung von § 116 b SGB V unverändert viele Unklarheiten bestehen und bislang noch keine „Evaluation“ bzgl. Verbesserung für Patienten, Kostenentwicklung etc. vorliegt.</p>	<p>Streichung von § 116 b Abs. 4 Satz 5 SGB V oder Neuaufnahme erst dann, wenn eine Evaluation der Leistungserbringung vorliegt</p>
<p>§ 116 b Abs. 5 SGB V</p> <p>Die nach § 116 b Abs. 2 SGB V von den Krankenhäusern erbrachten Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen entsprechend der Vergütung vergleichbarer vertragsärztlicher Leistungen vergütet.</p>	<p>Eine „Budgetierung“ der Leistungen nach § 116 b SGB V ist nicht vorgesehen. Dies führt dazu, dass Vertragsärzte „budgetiert“ vergütet werden, während es für die Leistungserbringung der Krankenhäuser nach § 116 b SGB V keine Mengengrenzungsregelung gibt. Alle Leistungen werden nach einem festen Punktwert vergütet.</p> <p>Hierdurch resultiert eine ungleiche Behandlung bzw. Bewertung der von den Vertragsärzten erbrachten Leistungen gegenüber den durch die Krankenhäuser erbrachten Leistungen. Dies ist insbesondere deswegen ein verzerrter Wettbewerb, weil die Krankenhäuser in der Regel keine Investitionskosten für die Durchführung der Leistungen nach § 116 b SGB V zu tätigen haben.</p> <p>In Schleswig-Holstein läuft zurzeit eine Umfrage unter den Krankenhäusern, um zu ermitteln, welches Honorarvolumen im Rahmen von § 116 b SGB V im Einzelfall gezahlt wurde. Das Leistungsgeschehen ist bisher komplett intransparent.</p>	<p>Abgesenkter Punktwert und/oder Einbindung der Vergütung nach § 116 b SGB V in die vertragsärztliche Honorarsystematik.</p>

<p>§ 116 b Abs. 6 Satz 5 SGB V Danach gilt für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungen § 113 Abs. 4 SGB V entsprechend, soweit vertraglich nichts anderes vereinbart ist.</p>	<p>Die Gesetzesbegründung enthält den Hinweis, dass die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungen durch die Krankenkassen erfolgt, die sich dabei an den Regelungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung zu orientieren haben. Abweichend davon können Krankenkassen oder ihre Verbände mit dem jeweiligen Krankenträger das Nähere zu Inhalt und Durchführung vertraglich vereinbaren. Der KVSH ist nicht bekannt, ob und gegebenenfalls mit welchem Ergebnis bisher durch die Krankenkassen eine Wirtschaftlichkeitsprüfung durchgeführt wurde. Es entsteht bei den Vertragsärzten der Eindruck, dass mit zweierlei Maß gemessen werden könnte und die Krankenhäuser nicht geprüft werden.</p>	<p>Berichte der Krankenkassen über das Ergebnis der Prüfungen (in anonymisierter Form).</p>
<p>Zwei Genehmigungen zur Diagnostik und Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen wurden in Schleswig-Holstein zum Ruhen gebracht.</p>	<p>Grund für die Ruhensanträge war, dass die im vertragsärztlichen Bereich geltende Onkologievereinbarung neu verhandelt werden sollte und die Krankenhausesseite hoffte, in die Vereinbarung aufgenommen zu werden. Dies ist nicht erfolgt, so dass klar ist, dass die Krankenhäuser im Rahmen von § 116 b SGB V an der Onkologievereinbarung nicht teilnehmen. Die Leistungen werden im Rahmen von persönlichen Ermächtigungen erbracht. Es besteht keinerlei „Bedarf“ für den Fortbestand der Genehmigung nach § 116b SGB V. Die Krankenhäuser sollten zum Verzicht auf die Genehmigung aufgefordert werden.</p>	<p>Verzicht der Krankenhäuser auf die erteilten Genehmigungen oder Widerruf durch das Land.</p>
<p>Das Praxisnetz Kiel hat mit drei Kieler Krankenhäusern im Zusammenhang mit der Onkologie eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen. Es wurde der Abschluss von Unterverträgen bis zu einer bestimmten Frist vereinbart. Diese Unterverträge sind nicht zustande gekommen.</p>	<p>Zu dem Abschluss von Unterverträgen ist es nicht gekommen, weil ein Vertragsarzt in die Leistungserbringung an den Krankenhäusern eingebunden werden sollte, der die Leistungen aber nur in seiner Praxis erbringen kann. Vom Ministerium und den Krankenkassen wird die Auffassung vertreten, dass die Leistungserbringung in seiner Praxis nicht möglich sei. Begründet wird dies mit dem Wortlaut der Überschrift von § 116b SGB V (aimbulante Behandlung im Krankenhaus).</p>	<p>Prüfung durch das Ministerium, ob die Bescheide widerrufen oder zurückgenommen werden müssen.</p>

<p>Bescheide enthalten keine Begründung</p>	<p>Die Bescheide enthalten keine Angaben dazu, in welcher Art und Weise bzw. ob die Beschlussfassung unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation erfolgte. Eventuelle Kooperationsvereinbarungen werden nicht erwähnt.</p>	<p>Künftige Bescheide sollten mehr Einzelheiten enthalten. Ein Landessozialgericht hat kürzlich entschieden, dass die Bescheide Aussagen zur „Berücksichtigung“ enthalten müssen.</p>
<p>Unbefristete Genehmigungserteilung</p>	<p>Der Gesetzgeber hat die Krankenhäuser unbefristet für die ambulante Leistungserbringung geöffnet. Dies steht in völligem Gegensatz zur Praxis der Zulassungsausschlüsse, Ermächtigungen nur für zwei Jahre zu erteilen, weil sich die vertragsärztliche Versorgungssituation nach Ablauf dieses Zeitpunkts ändern kann (ständige BSG-Rechtsprechung).</p> <p>Die KVSH bedauert, dass das Gesetz trotz der Vorgabe der Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation eine Befristungsmöglichkeit nicht vorsieht.</p> <p>Rechtlich stellt sich die Frage, ob insbesondere wegen der fehlenden Befristungen die Änderung der vertragsärztlichen Versorgungssituation im Einzelfall ein Grund für den Widerruf einer Genehmigung sein kann. Bisher prüfen die Krankenhausplanungsbehörden bzw. die Länder die vertragsärztliche Versorgungssituation nur einmalig bei Genehmigungserteilung.</p>	<p>Stellungnahme des Ministeriums zu dieser Frage.</p>
<p>Radiologie, Onkologie</p>	<p>Insbesondere in Kiel und Lübeck wird von Vertragsärzten die Vermutung geäußert, dass im Rahmen von § 116b SGB V Leistungen erbracht werden, die in keinem Zusammenhang zu den maßgeblichen Diagnosebeurteilungen stehen (vereinfachtes Beispiel: Ein Onkologiepatient bricht sich das Bein und das notwendige Röntgen erfolgt ambulant im Krankenhaus nicht im Rahmen einer Notfallbehandlung oder einer Ermächtigung, sondern über § 116b SGB V).</p>	<p>Austausch zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten über Leistungserbringung nach § 116b SGB V. Stellungnahme der Krankenkassen, wie die Abrechnungen geprüft werden.</p>