



STELLUNGNAHME der Deutschen Hochschulmedizin e. V. (DHM)

zum Entwurf eines Gesetzes zur
Weiterentwicklung der
Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungsweiter-
entwicklungsgesetz – GVWG)

November 2020

Der Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) und der Medizinische Fakultätentag (MFT) vertreten die Interessen der 34 Universitätsklinika sowie der 38 Medizinischen Fakultäten in Deutschland. Ihr gemeinsamer Dachverband ist die Deutsche Hochschulmedizin e.V. Gemeinsam stehen die Verbände für Spitzenmedizin, erstklassige Forschung sowie die international beachtete Mediziner Ausbildung und Weiterbildung von Ärzten.

© Deutsche Hochschulmedizin e.V.

Kontakt

Verband der Universitätsklinika
Deutschlands e.V. (VUD)
Alt-Moabit 96
10559 Berlin
info@uniklinika.de
www.uniklinika.de

Ansprechpartner

Jens Bussmann
Tel.: +49 (0)30 3940517-0
bussmann@uniklinika.de

Inhalt

I. Vorbemerkung.....	4
II. Zu den Regelungen im Einzelnen	6
III. Weiterer Handlungsbedarf	14

I. Vorbemerkung

Mit dem Entwurf des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) werden zahlreiche nicht miteinander verbundene Regelungen im gesamten Gesundheitssystem adressiert. Die Deutsche Hochschulmedizin begrüßt das Gesetz grundsätzlich, um in dieser Legislaturperiode zeitnah noch ausgewählte Regelungen anzupassen, sieht im Einzelnen jedoch Nachbesserungsbedarf. Das gilt insbesondere für die vorgesehenen Anpassungen bei den Mindestmengenregelungen und bei den Vorgaben zur Notfallereinschätzung. Darüber hinaus sollte das Gesetzgebungsverfahren dafür genutzt werden, die sogenannte „NUB-Lücke“ zu schließen und Krankenhäusern eine Möglichkeit zur einmaligen Rechnerkorrektur zu geben.

Die Festlegung der Kriterien für ein **Ersteinschätzungsverfahren zur Notfallversorgung** der niedergelassenen Ärzteschaft zu übertragen, lehnt die Deutsche Hochschulmedizin entschieden ab. In den Krankenhäusern gibt es bereits hinreichend etablierte Ersteinschätzungsverfahren. Insbesondere die Notfallversorgung in der Universitätsmedizin lässt sich mit den Maßstäben der niedergelassenen ambulanten Versorgung nicht abbilden.

Mindestmengen sind grundsätzlich ein probates Instrument zur Qualitätssicherung. Die Abschaffung von Ausnahmetatbeständen bei den Mindestmengenregelungen und die Möglichkeit der Landesebene, Leistungserbringer von dieser auszunehmen, stehen allerdings einer sicheren flächendeckenden und qualitätsorientierten Versorgung entgegen.

Bei der Festlegung von Mindestmengen ist immer auch zu berücksichtigen, dass komplexe oder eher selten auftretende Fallkonstellationen im Zusammenhang mit mindestmengenrelevanten Leistungen oftmals die besondere Expertise der Universitätsmedizin benötigen. Dies gilt z.B. bei mindestmengenrelevanten Leistungen, die u.a. auch bei der Behandlung von Polytraumata oder von onkologischen Grunderkrankungen erbracht werden. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit, weiterhin begründbare Ausnahmen zuzulassen.

Die Finanzierung von **Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)** ist auf Basis der bisherigen gesetzlichen Grundlagen und den damit verbundenen Fristen nicht abgesichert. Infolgedessen droht die Versorgung von Patientinnen und Patienten insbesondere bei innovativen hochpreisigen Arzneimitteltherapien an den finanziellen Risiken zu scheitern. Diese sogenannte „NUB-Lücke“ sollte mit dem Gesetz geschlossen werden.

Der durch das MDK-Reformgesetz normierte Ausschluss der **nachträglichen Rechnerkorrektur** ist insbesondere für Universitätsklinika mit ihrem besonders komplexen Behandlungsspektrum unverhältnismäßig. Mit dem Gesetzentwurf sollte Krankenhäusern die Möglichkeit zur einmaligen Nachbesserung eingeräumt werden.

Das Gesetz streift viele wichtige Bereiche der stationären Versorgung. Die Notwendigkeit für eine **grundsätzliche Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen** besteht weiterhin. Die Deutsche Hochschulmedizin sieht hier nach wie vor Handlungsbedarf. Dabei gilt es, die Krankenhausplanung und die Pandemieplanung für künftige Ereignisse wie die derzeitige SARS-Cov2-Epidemie besser aufeinander abzustimmen. In der Pandemie wurden Universitätsklinika und Maximalversorger zu Koordinatoren der regionalen Versorgung von Corona-Patienten. Dieser Ansatz muss auch ungeachtet einer Pandemie das Leitmotiv der Krankenhausplanung werden. So lassen sich eindeutige Rollenzuordnungen der einzelnen Akteure etablieren, die auch für das reguläre Versorgungsgeschehen eine effiziente Patientenversorgung bei gleichzeitig bestmöglicher Verteilung der vorhandenen finanziellen und personellen Ressourcen ermöglicht. Dabei muss die stationäre Versorgung gestuft weiterentwickelt und darauf aufbauend die Finanzierung ausgestaltet werden.

II. Zu den Regelungen im Einzelnen

Im Folgenden geht die Deutsche Hochschulmedizin auf ausgewählte Einzelaspekte des Gesetzentwurfs ein und bewertet diese:

Art. 1, Nr. 28, § 110a SGB V Stärkung von Qualitätsverträgen

Inhalt der Regelung: Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird bis zum Jahr 2024 vier weitere Anwendungsbereiche für Qualitätsverträge bestimmen. Im Rahmen der Qualitätsverträge sollen Elemente der qualitätsorientierten Vergütung erprobt werden. Die Krankenkassen werden zum Abschluss von Qualitätsverträgen verpflichtet. Hierfür wird ein jährliches Ausgabevolumen vorgegeben (mindestens 30 Cent pro Versichertem).

Bewertung: Die Erprobung von Qualitätsverträgen als Instrument zur Weiterentwicklung der Versorgungsqualität wird prinzipiell begrüßt. Ob mit den neuen Anreizen für Krankenkassen, Qualitätsverträge abzuschließen, die politisch gewollten Ziele erreicht werden, sollte engmaschig evaluiert werden. Grundsätzlich sind einzelvertragliche Lösungen für die Krankenhäuser immer mit besonderen Transaktionskosten verbunden. Diese sind bei der Evaluierung durch den G-BA ebenfalls zu berücksichtigen. Gleichzeitig muss der Abschluss von Qualitätsverträgen für die Krankenhäuser weiterhin freiwillig bleiben.

Art. 1, Nr. 30, § 120 SGB V Ersteinschätzungsverfahren und Vergütung von ambulanter Notfallbehandlung im Krankenhaus

Inhalt der Regelung: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird beauftragt (im Benehmen mit DKG und GKV-SV), den Krankenhäusern Vorgaben und Qualitätsanforderungen zur Bewertung der Dringlichkeit von Behandlungsnotwendigkeiten durch ein standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren zu machen. Die nachgewiesene Durchführung dieses Ersteinschätzungsverfahrens soll künftig Voraussetzung für die Abrechnung ambulanter Notfallbehandlungen im Krankenhaus sein.

Bewertung: Durch diese Regelung wird der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Kompetenz zugeschrieben, Regelungen zu definieren, die den Kernbereich der medizinischen Versorgung in Krankenhäusern betrifft. Es ist zu bezweifeln, dass die niedergelassenen Vertragsärzte über mehr notfallmedizinische Erfahrung verfügen, als etwa in den universitätsmedizinischen Notaufnahmen vorhanden ist. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Universitätsklinikum versorgen jährlich über eine Million Notfallpatienten und sind dementsprechend qualifiziert, jederzeit die Behandlungsnotwendigkeit und -priorität sachgerecht einzuschätzen. Dies erfolgt nicht nur in den Universitätsklinikum seit vielen Jahren mit Hilfe von bereits praxiserprobten formalisierten Ersteinschätzungsverfahren. Darüber

hinaus ist die Anwendung eines strukturierten und validierten Systems zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatienten in der G-BA-Regelung zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V bereits in der Basisnotfallversorgung verpflichtend vorgesehen. Eine zusätzliche Regelung für ambulante Notfallpatienten ist nicht nötig und hätte inkongruente (technische) Doppelstrukturen zur Folge. Deshalb ist § 120 Abs. 3b SGB V ersatzlos zu streichen. Darüber hinaus würde die vorgesehene Anwendung des Ersteinschätzungsverfahrens als Abrechnungsvoraussetzung zu unnötigem zusätzlichen bürokratischen Aufwand führen – insbesondere auch im Verhältnis zu den unzureichenden Fallerlösen für die ambulante Notfallversorgung.

Art. 1, Nr. 34, § 136a Abs. 6 SGB V NEU
Förderung der Transparenz und Qualität der Versorgung

Inhalt der Regelung: Der G-BA soll die Kompetenz erhalten, einheitliche Anforderungen für die Information der Öffentlichkeit zum Zweck der Erhöhung der Transparenz und der Qualität der Versorgung festzulegen. Dabei hat die Veröffentlichung der Auswertungsergebnisse der nach Maßgabe des § 299 SGB V bereits verarbeiteten Daten einrichtungsbezogen und regelmäßig zu erfolgen.

Bewertung: Die Regelung, die Auswertungsergebnisse der IQTIG-Verfahren zu veröffentlichen, auch wenn diese von Vertragsärzten erbracht werden, wird grundsätzlich begrüßt. Ziel der Regelung ist es, einrichtungsbezogene Vergleiche zu ermöglichen. Allerdings werden bei den Vertragsärzten und in den Krankenhäusern sehr unterschiedliche Patientengruppen mit ungleich verteilten patientenindividuellen Risikofaktoren behandelt. Um einen sachgerechten einrichtungsbezogenen Vergleich zu ermöglichen, ist es daher extrem wichtig, eine wissenschaftlich fundierte Risikoadjustierung vorzunehmen und gleichzeitig die Bewertung der Ergebnisse des „strukturierten Dialogs“ bei der Veröffentlichung sachgerecht einzubeziehen. Die Veröffentlichung von einrichtungsbezogenen Vergleichen, bei denen die beiden zuvor genannten Voraussetzungen nicht oder nur unzureichend erfüllt sind, ist hingegen abzulehnen.

Art. 1, Nr. 35 a) aa), § 136b Abs. 1, Satz 1 Nr. 2 SGB V
Mindestmengenregelungen: Streichung von Ausnahmetatbeständen

Inhalt der Regelung: Die grundsätzliche Befugnis für den G-BA, Ausnahmetatbestände bei den Mindestmengenregelungen festlegen zu können, wird gestrichen.

Bewertung: Die grundsätzliche Befugnis des G-BA, Ausnahmetatbestände zu formulieren, sollte beibehalten werden, z.B. bei nachgewiesener hoher Qualität unterhalb der festgelegten Mindestmengen (nähere Ausführungen: siehe Ziffer Art. 1, Nr. 35 b und c).

Art. 1, Nr. 35 a) cc), § 136b SGB V
Abschaffung von Qualitätszu- und -abschlägen

Inhalt der Regelung: Die bisherigen gesetzlichen Vorgaben an den Gemeinsamen Bundesausschuss, einen Katalog von Leistungen, die sich für Qualitätszu- und -abschläge eignen, sowie Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren festzulegen, werden ersatzlos gestrichen.

Bewertung: Die Deutsche Hochschulmedizin begrüßt die ersatzlose Streichung, da eine mögliche Umsetzung mit nur fraglich zu realisierendem Qualitätsverbesserungspotenzial, erheblichem Konfliktpotenzial und negativen Auswirkungen auf die Gesamtversorgung (z.B. Risikoselektion) einhergehen würde.

Art. 1, Nr. 35b), § 136b SGB V
Mindestmengen: kontinuierliche Evidenzüberprüfung, Verknüpfung der Mindestmenge mit weiteren Leistungen, Mindestanforderungen an Struktur und Prozessqualität

Inhalt der Regelung: Die Regelung verpflichtet den G-BA, den wissenschaftlichen Erkenntnisstand zur Festlegung bestehender und weiterer Mindestmengen kontinuierlich zu prüfen und darüber zu entscheiden. Zudem erhält der G-BA die Befugnis, neben einer konkreten Mindestmenge gleichzeitig auch eine oder mehrere weitere Mindestmengen festzulegen (an diesem Gelenk, Knochen oder Organ). Ferner kann der G-BA zur Mindestmenge Mindestanforderungen an die Struktur und Prozessqualität festlegen. Gleichzeitig wird der Ausnahmetatbestand „um unbillige Härten zu verhindern, insbesondere bei nachgewiesener, hoher Qualität unterhalb der festgelegten Mindestmenge“ gestrichen.

Bewertung: Die Möglichkeit des G-BA, neben einer Mindestmenge grundsätzlich eine oder mehrere Mindestmengen in dem Kontext des Organs, Gelenks oder Knochens festzulegen, ist grundsätzlich zu begrüßen (siehe nachfolgende Ausführungen). Bei der Festlegung der Mindestmenge ist zwingend der interdisziplinäre Kontext zu berücksichtigen. Z.B. könnte eine isolierte Festlegung von TAVI-Mindestmengen dazu führen, dass Indikationsausweitungen zu Lasten der minimal-chirurgischen Aortenklappenoperationen erfolgen, obwohl die Indikationsstellungen durchaus unterschiedlich sind und es möglicherweise unterschiedliche Langzeitergebnisse und -folgen gibt. Daher sollte immer das gesamte Behandlungsspektrum betrachtet und erfasst werden. Damit wird gewährleistet, dass der Patient die – nach dem aktuellen Stand der Erkenntnisse – optimale Versorgung erhält.

Die Befugnis des G-BA, Ausnahmetatbestände in den Mindestmengenregelungen festzulegen, muss bestehen bleiben. Ein Ausnahmetatbestand kann gerechtfertigt sein, z.B. bei über den Ausschluss von Gelegenheitsversorgung hinausgehenden Mindestmengen, um unbillige Härten insbesondere bei nachgewiesener, hoher Qualität (z.B. durch Nachweis besonderer Expertise oder Einhaltung von Strukturqualitätsanforderungen) unterhalb der festgelegten Mindestmenge zu vermeiden.

Die Neuregelung sollte darüber hinaus berücksichtigen, dass sowohl vor Mindestmengenfestlegung sowie bei der kontinuierlichen Überprüfung bestehender und weiterer Mindestmengen gleichzeitig auch die möglichen negativen Auswirkungen der Mindestmengenfestlegung auf die Gesamtversorgung der Bevölkerung und damit auf die Risikominimierung und Versorgungssicherheit der Gesamtbevölkerung betrachtet und in der Gesamtabwägung des G-BA zu berücksichtigen sind. Kriterien hierfür sind insbesondere:

- Auswirkungen der Mindestmengenfestlegung der planbaren Leistungen auf die Verfügbarkeit dieser Leistung und deren Qualität im Notfall, z.B.
 - koronarchirurgische Eingriffe, die sowohl als planbare/elektive, aber auch als Notfall-Eingriffe erfolgen können. Dieser Leistungsbereich ist in den derzeitigen Mindestmengenregelungen des G-BA enthalten, allerdings wurde bislang hierzu keine konkrete Mindestmenge festgelegt
 - bei Festlegungen möglicher neuer Mindestmengenleistungen, wie
 - Bauchortenaneurysma, das sowohl als elektiver/geplanter Eingriff als auch als „geplatztes“ Aneurysma als Notfalleingriff operiert wird
 - „akutes Abdomen“, wenn erst nach der dringend erforderlichen, ggf. lebensrettenden Operation die genaue Diagnose und damit die anschließend zu kodierenden OP- (bzw. OPS-)Leistungen feststehen, für die ggf. eine Mindestmenge vom G-BA festgelegt wurde
- Qualität der weiteren Leistungen bei diesem Krankheitsbild oder an diesem Organsystem / Gelenk oder Knochen bei operativen Verfahren (ggf. Chondrozytenimplantationen am Knie zur Verhinderung des Fortschreitens der Arthrose, Umstellungsoperationen, unikondyläre Schlittenprothesen am Knie, Knie-Erst-Totalendoprothese, Knie-Revisions-Totalendoprothesen, etc.)
- Qualität der weiteren Leistungen in diesem Krankheitsbild oder an diesem Organsystem bei unterschiedlichen Behandlungsoptionen (z.B. bei Prostata-Karzinomen: je nach Stadium/Gleason-Score und Patientensituation ist eine strahlentherapeutische Behandlungen einer operativen Behandlung gleich bzw. überlegen)
- Qualität der Versorgung bei komplexen Erkrankungen bzw. Mehrfacherkrankungen (z.B. Endoprothesenversorgung bei bösartigen Tumoren der Knochen, der Sehnen oder des knochennahen Muskel- und Bindegewebes, Operationen bei angeborenen oder erworbenen Blutgerinnungsstörungen, die mit verminderter oder überschießender Gerinnung einhergehen, etc.)
- Auswirkungen auf Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Auswirkungen der festzulegenden Mindestmenge auf die Einführung und Behandlung mittels innovativer Verfahren

Art. 1, Nr. 35c), § 136b Abs. 4 SGB V NEU
Mindestmengen: Vorgaben für G-BA-Verfahrensordnung

Inhalt der Regelung: Es wird ein neuer Absatz 4 eingefügt, um weitere Vorgaben in der Verfahrensordnung des G-BA neu zu normieren (Auswahl der planbaren Leistung, Operationalisierung der Leistung, Einhaltung der Fristvorgaben, Voraussetzung und Inhalte von im Zusammenhang mit der Mindestmenge zu erfüllende Mindestanforderungen an Struktur- und Prozessqualität im Zusammenhang mit der Mindestmenge, etc.).

Bewertung: Die Deutsche Hochschulmedizin begrüßt grundsätzlich den neuen Absatz 4 des § 136b SGB V. Mit einer weitergehenden Operationalisierung und Schaffung von Transparenz über das Verfahren zur Festlegung von Mindestmengen wird eine nachvollziehbare und gleichmäßige Umsetzung sichergestellt. Gleichwohl ist zu ergänzen, dass dabei auch die möglichen negativen Auswirkungen der Mindestmengenfestlegung auf die Gesamtversorgung der Bevölkerung und damit auf die Risikominimierung und Versorgungssicherheit der Gesamtbevölkerung betrachtet und in der Gesamtabwägung des G-BA zu berücksichtigen sind. Dies betrifft insbesondere folgende Kriterien:

- Auswirkungen der Mindestmengenfestlegung der planbaren Leistungen auf die Verfügbarkeit dieser Leistung und deren Qualität im Notfall
- Qualität der weiteren Leistungen bei diesem Krankheitsbild oder an diesem Organsystem / Gelenk oder Knochen bei operativen Verfahren
- Qualität der weiteren Leistungen in diesem Krankheitsbild oder an diesem Organsystem bei operativen und nicht-operativen Behandlungsoptionen
- Qualität der Versorgung bei komplexen bzw. Mehrfacherkrankungen
- Auswirkungen auf Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Auswirkungen der festzulegenden Mindestmenge auf die Einführung und Behandlung mittels innovativer Verfahren

Artikel 1 – Nr. 35e), § 136b Abs. 5 SGB V
Mindestmengen: Aufhebung der Regelungen für die Landesebene

Inhalt der Regelung: Der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde soll die Möglichkeit genommen werden, Leistungen zu bestimmen, bei denen die Mindestmengen nicht angewandt werden, wenn die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gefährdet ist.

Bewertung: Die Deutsche Hochschulmedizin lehnt die Streichung des bisherigen § 136b Abs. 5 SGB V ab. Zur Gewährleistung einer flächendeckenden qualitätsorientierten Versorgung muss den Ländern weiterhin die Möglichkeit für begründbare Ausnahmeregelungen gegeben sein.

Zwei Beispiele zeigen die Problematik bei Streichung des Absatzes:

1. Die Mindestmengen können vom G-BA je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Krankenhauses festgelegt werden. D.h. an einem Universitätsklinikum mit mehreren Standorten müssten in allen Standorten die Mindestmenge erbracht werden. Beispiel: An einem Universitätsklinikum erfolgen die Implantationen von verschleißbedingten Knie-Endoprothesen an einem Standort, während ein anderer Standort – in dem dortigen interdisziplinären Kontext – die Tumorendoprothetik (an Hüfte, Knie, etc.) übernimmt. Allerdings wird dort die derzeit geltende Mindestmenge bei Knie-Endoprothesen nicht erreicht. Die zuständige Landesbehörde muss in einem derartigen Fall – nach Überprüfung – eine Ausnahmegenehmigung für diese hochspezialisierte Einrichtung weiterhin erteilen können. Vergleichbare Konstellationen gibt es auch in weiteren Kontexten (Neonatologie, etc.).
2. Auch wenn Mindestmengen nur für planbare Leistungen vom G-BA festgelegt werden können, hat dies auch Auswirkungen auf diese oder verwandte Leistungen in der Notfallversorgung. Die Bewertung dieser Auswirkungen und ggf. Schaffung von Ausnahmen sind für die Bundesländer zur Sicherstellung einer qualitätsorientierten und flächendeckenden Versorgung von erheblicher Bedeutung.

Art. 1, Nr. 41, § 137j SGB V

Veröffentlichung und Sanktionierung von Pflegepersonalquotienten

Inhalt der Regelung: Pflegepersonalquotienten sowie die Pflegepersonalzusammensetzungen sollen künftig standortbezogen auf der Homepage des InEKs veröffentlicht werden (erstmalig zum 31. August 2021). Das BMG wird ermächtigt, neben der Untergrenze auch den Zeitpunkt der erstmaligen Sanktionierung bei Unterschreitung festzulegen. Im Jahr 2020 fallen bei Unterschreitung keine Sanktionen an. Zudem wird klargestellt, dass Pflegehilfspersonal und sonstiges für die Pflege am Bett eingesetztes Personal nur anteilig zu berücksichtigen ist.

Bewertung: Der Pflegepersonalquotient ist zur Sicherung der Versorgungsqualität durch eine ausreichende Pflegepersonalausstattung nicht nur in definierten pflegesensitiven Bereichen, sondern als Maßnahme in Bezug auf das ganze Krankenhaus vorgesehen. Gleichzeitig finden Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen Anwendung. Die pflegesensitiven Bereiche werden aktuell auf weitere Fachbereiche im Krankenhaus ausgeweitet. Aufgrund dieser Tendenz zum Gesamthausansatz, des bürokratischen Aufwandes und der doppelten Sanktionsregelungen, wenngleich diese absenkend Berücksichtigung finden, sollten diese regulatorischen Doppelstrukturen überprüft und ggf. angepasst werden.

Art 6, Nr. 4 a), § 9 Abs. 1a Nr. 3 KHEntgG

Klinische Sektionen

Inhalt der Regelung: Die zur Qualitätssicherung erforderliche Sektionsrate und die Kriterien für die Auswahl der zu obduzierenden Todesfälle werden gestrichen. Jede durchgeführte

klinische Sektion, die die für die Qualitätssicherung erforderlichen Mindestanforderungen erfüllt, wird über den vom InEK kalkulierten Zuschlag refinanziert. Dabei sind die vom InEK kalkulierten Kosten in voller Höhe zugrunde zu legen.

Bewertung: Die Deutsche Hochschulmedizin begrüßt die Regelung ausdrücklich. Die angemessene Refinanzierung klinischer Sektionen ist zentral für dieses Instrument der Qualitätssicherung.

**Art. 6, Nr. 7, § 15 Abs. 3 KHEntgG i.V.m. Art. 14, Nr. 6, § 15 Abs. 2 BPfIV
Ausgleich von Mehr- und Mindererlösen bei NUB-Entgelten**

Inhalt der Regelung: Wie bei anderen Entgelten, erfolgt auch für NUB-Entgelte ein Ausgleich, wenn die Entgelte erst nach Beginn des Vereinbarungszeitraums vereinbart und genehmigt werden. Mit der Ergänzung wird das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 5. Dezember 2019 (Az. 3 C 28.17) nachvollzogen. Sie betrifft beide Entgeltbereiche.

Bewertung: Die Intention der Regelung ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings wird damit die Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts nicht gänzlich nachvollzogen. Der Ausgleich darf nicht nur die Weitererhebung bisheriger Entgelte erfassen, sondern muss auch bei erstmaliger Vereinbarung von NUB-Entgelten Anwendung finden.

Die beabsichtigte Neuregelung schließt die sogenannte „NUB-Lücke“ nicht. Diese stellt schon seit Jahren ein großes Problem bei der Einführung von Innovationen in die stationäre Krankenversorgung dar. Innovative Therapieangebote stehen bei Arzneimitteln ab der Marktzulassung für die Patientenversorgung zur Verfügung. Patienten können unmittelbar von Ihnen profitieren. Allerdings ist eine verlässliche Erstattung der Kosten für Krankenhäuser zum Zeitpunkt der Marktzulassung noch nicht gegeben. Zwischen Marktzulassung und der Vereinbarung eines NUB-Entgelts nach § 6 Abs. 2 KHEntgG vergehen bis zu zwei Jahre. Dies hängt mit den Fristen des NUB-Verfahrens, der einmal pro Jahr bestehenden Antragsoption, der zeitverzögerten Festlegung des Erstattungsbetrags nach AMNOG und der fehlenden gesetzlichen Möglichkeit zu einer rückwirkenden Abrechnung von NUB-Entgelten zusammen. Insbesondere bei Neuentwicklungen im Bereich der Arzneimitteltherapie, die in erster Linie zunächst in der Universitätsmedizin eingesetzt werden, führt das bestehende NUB-Verfahren zu besonderen Risiken. Innovationen in der Gen- und Zelltherapie eröffnen gerade schwerkranken Patienten neue Behandlungsoptionen, die in der Form bislang nicht bestanden. Die Kosten für diese Verfahren liegen oftmals im sechsstelligen (z.B. bei der CAR-T-Zelltherapie) oder sogar siebenstelligen Bereich (z.B. die Präparate Zolgensma oder Zynteglo). Die Universitätsklinika mit ihrer besonderen Rolle bei der Einführung von innovativen Therapien stehen angesichts dieser neuen Dimension bei den Arzneimittelkosten vor großen Herausforderungen, denn es fehlen stabile finanzielle Rahmenbedingungen, um finanzielle Risiken rechtzeitig zu minimieren.

Derzeit begegnen Krankenhäuser der „NUB-Lücke“ in der Regel mit Anträgen auf Kostenübernahme im Einzelfall, über die dann die Krankenkassen entscheiden müssen.

Dieses Verfahren ist sehr bürokratisch und zeitaufwendig. Es sichert den Krankenhäusern oftmals keine sachgerechte Kostenerstattung, so dass während der „NUB-Lücke“ Innovationen in der Patientenversorgung oftmals nur in sehr begrenztem Umfang eingesetzt werden können. Insbesondere ein hoher Mehraufwand bei der Patientenbehandlung, der neben den hohen Arzneimittelkosten im Vergleich zur Standardversorgung entsteht, wird von den Krankenkassen in der Regel nicht anerkannt. Um eine zeitnahe, teils lebenswichtige Patientenversorgung nicht zu gefährden, müssen Krankenhäuser oftmals eine Kostenunterdeckung in Kauf nehmen und gegebenenfalls in Vorleistung gehen. Angesichts der enormen Kosten der neuen Zell- und Gentherapien ist dies für diese Behandlungen jedoch nicht möglich, da hierdurch Kostenunterdeckungen in Größenordnungen entstehen, die selbst ein Universitätsklinikum nicht mehr tragen kann.

Die Deutsche Hochschulmedizin sieht daher dringenden Anpassungsbedarf bei der „NUB-Regelung“ nach § 6 Abs. 2 KHEntgG. Dabei gilt es, mit folgenden Reformmaßnahmen die „NUB-Lücke“ möglichst zu schließen:

- Die Krankenhäuser erhalten für besonders hochpreisige neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ein ganzjähriges Antragsrecht.
- Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) entscheidet acht Wochen nach Eingang der Anfrage des Krankenhauses über die Anträge.
- Die Kostenträger sind verpflichtet, bei Anerkennung eines Verfahrens als NUB binnen einer gesetzlich vorgegebenen Frist (z.B. drei Monate) mit dem Krankenhaus ein NUB-Entgelt zu vereinbaren.
- Eine noch nicht vorliegende Bewertung der Evidenz durch den Medizinischen Dienst darf die Vereinbarung des NUB-Entgelts nicht behindern.
- Das NUB-Entgelt gilt rückwirkend ab dem Zeitpunkt, zu dem das InEK das Verfahren als NUB anerkannt hat.

Art. 7, 8 und 9

Modellklauseln zur akademischen Ausbildung in Gesundheitsfachberufen

Inhalt der Regelung: Bestehende Modellklauseln zur Erprobung akademischer Ausbildungsangeboten in der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie werden bis Ende 2026 verlängert.

Bewertung: Die Deutsche Hochschulmedizin begrüßt die Verlängerung der Modellklauseln. Diese Zeit sollte nun umgehend genutzt werden, um für die mittlerweile gut etablierten Studiengänge in diesen Fächern eine dauerhafte rechtlich und finanzielle Grundlage zu schaffen.

III. Weiterer Handlungsbedarf

§ 17c Abs. 2a KHG

Möglichkeit einer Rechnungskorrektur

Mit dem MDK-Reformgesetz wurde § 17c KHG um einen neuen Absatz 2a ergänzt. Demzufolge ist nach Übermittlung der Abrechnung des Krankenhauses an die Krankenkasse eine Korrektur dieser Rechnung künftig nur möglich, sofern diese Korrektur zur Umsetzung eines Prüfergebnisses der Medizinischen Dienste oder eines rechtskräftigen Urteils erforderlich ist.

Der gesetzlich normierte Ausschluss der nachträglichen Rechnungskorrektur ist für Universitätsklinika mit ihrem besonders komplexen Behandlungsspektrum unverhältnismäßig. Gerade hochaufwendige und komplexe Behandlungsverläufe können dazu führen, dass abrechnungsrelevante Informationen erst nach der Entlassung des Patienten bekannt werden (z.B. Befunde aus spezieller Labordiagnostik). Für Universitätsklinika ergeben sich hierdurch besondere finanzielle Risiken. Die Häuser können dem auch nicht mit einem Hinauszögern der Rechnungslegung begegnen, weil eine zeitnahe Fallabrechnung zur Wahrung der Liquidität unerlässlich ist. Zudem können auch regulatorische Vorgaben wie die Abrechnungsbestimmungen der Fallpauschalenvereinbarung eine nachträgliche Korrektur erfordern (z.B. im Falle einer Fallzusammenführung bei Wiederaufnahme) bzw. erlauben diese ausdrücklich. So ist in der DKR D002 festgelegt, dass für die Abrechnung relevante Befunde, die nach der Entlassung des Patienten eingehen, für die Kodierung heranzuziehen sind.

In der derzeitigen Überarbeitung der Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) ist eine Regelung zur Möglichkeit der nachträglichen Rechnungskorrektur nicht zu erwarten. Daher muss § 17c Abs. 2a KHG so angepasst werden, dass die Krankenhäuser innerhalb von sechs Monaten nach Eingang der Rechnung mindestens ein einmaliges Nachlieferungsrecht erhalten. Auch müssen die Medizinischen Dienste gesetzlich verpflichtet werden, ergänzende Unterlagen für die Fallprüfung bei Bedarf von den Krankenhäusern nachzufordern. Mit beiden Maßnahmen würde auch dem politischen Ziel, eine sachgerechte und inhaltlich korrekte Leistungsabrechnung zu erreichen, Rechnung getragen werden.