

Vorwort zur 2. Auflage

Zwei Jahre sind erst seit Veröffentlichung der ersten Auflage vergangen. Dennoch sind seitdem sowohl bereits einige relevante Regelungen geändert, als auch durch die Bundessozialgerichtsbarkeit mit ihrer aktuellen Rechtsprechung weitere Hürden aufgebaut worden. Der Krankenhaus-Report 2016 widmet diesem Thema mit den Autoren Wulf-Dietrich Leber und Jürgen Wasem einen eigenen Schwerpunkt. Die Autoren stellen auch fest: „Im Ergebnis stehen daher diverse Versorgungsangebote vergleichsweise inkonsistent nebeneinander; identische Leistungen werden je nach Regelungskreis unterschiedlich vergütet.“¹ Bedauerlich und für den Leistungserbringer häufig nicht nachvollziehbar ist, dass dies seit 24 Jahren – der Einführung der §§ 115 a und b in das SGB V – unverändert blieb. Eine strukturierte Auflösung der Sektorengrenzen können wir deshalb auch heute noch nicht vermitteln, wohl aber die aktuellen Neuregelungen.

Dazu gehören an vorderster Stelle die Verabschiedung der seit 2013 in Arbeit befindlichen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (neu), die Einigung der Spitzenverbände zu den geriatrischen Institutsambulanzen nach § 118a SGB V –, aber auch die Neuordnung des § 140a SGB V, ehemals Integrierte Versorgung, jetzt Besondere Versorgung. Die vom Gesetzgeber auf den Weg gebrachte Neuordnung zu den Hochschulambulanzen entschied im November 2016 das Bundesschiedsamt, die Erweiterung des Versorgungsauftrages trat in Kraft. Ein besonderes Gewicht erfährt aktuell die Diskussion um die Notfallversorgung an Krankenhäusern. Mit dem KHSG wurde zum 01.01.2016 der § 75 Abs. 1b neu gefasst. Die KVen „sollen [...] entweder Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern einrichten oder Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst einbinden“². An den Erweiterten Bewertungsausschuss erging der Auftrag, bis Ende 2016 „im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen [für die Versorgung im Notfall und im Notdienst] nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren.“³ Diese treten am 01.04.2017 in Kraft. Der VdeK beauftragte das AQUA-Institut mit einem Gutachten zur Verbesserung der ambulanten Notfallversorgung und stellte im September 2016 die

1 Wido, Krankenhaus-Report 2016; Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus, Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich und Jürgen Wasem (Hrsg.), S. 1

2 KHSG, Artikel 6, Nr. 1a

3 KHSG, Artikel 6, Nr. 3

Ergebnisse vor. Der Fokus liegt hier auf der Forderung einer Trennung von ambulanter und stationärer Notfallversorgung am Standort des Krankenhauses. Die KVn sollen dies organisieren. Neu für die Beteiligung der Krankenhäuser an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ist die Einbeziehung über die Terminservicestellen. Ob und in welchem Umfang diese für das Krankenhaus eine Bereicherung darstellen, bleibt regional abzuwarten.

Noch kurz vor dem Jahreswechsel verabschiedete der Bundestag am 10.11.2016 das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG). Die wohl aus Sicht ambulanter Behandlungen wichtigsten Entscheidungen sind die Einführung der stationsäquivalenten Behandlungen in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern und Abteilungen, aufgenommen als § 115d SGB V, und die Vereinheitlichung der Dokumentation und Vergütung in den PIAs. Damit verbunden wurde auch der Begriff der Krankenhausbehandlung für diese Einrichtungen um die stationsäquivalente Versorgung erweitert. Hierzu wurden die wesentlichen Regelungen in Kapitel 6 aufgenommen, da diese Versorgungsform eine sektorenübergreifende vernetzte Behandlung ermöglichen soll. Ebenfalls wurde mit dem PsychVVG nach zwei Jahren des Stillstandes die Vorschrift für die psychosomatischen Institutsambulanzen geregelt. Da aber vor der Einrichtung dieser Ambulanzen noch Vereinbarungsbedarf hinsichtlich der Krankheitsdefinition, Dokumentation und Leistungsabrechnung besteht, können unter Kapitel 4.6 nur die Rahmenbedingungen Erwähnung finden.

Das Antikorruptionsgesetz ist verabschiedet und der Straftatbestand der Bestechlichkeit und Bestechung für alle Heilberufe in § 300 Strafgesetzbuch (StGB) verankert; § 299 StGB wurde durch die §§ 299a „Regelung der Bestechlichkeit im Gesundheitswesen“ und 299b „Bestechung im Gesundheitswesen“ erweitert. Welche Konsequenzen ergeben sich daraus für die vom Gesetzgeber gewollte Kooperation zwischen den Leistungserbringern im Gesundheitswesen?

In den letzten beiden Kalenderjahren wurden so viele Gesetze, Regelungen und Richtlinien für ambulante Leistungen verabschiedet und in Kraft gesetzt wie in vielen Jahren davor nicht. Eine Überarbeitung dieses Handbuchs war deshalb in wesentlichen Teilen unbedingt erforderlich.

Friederike Löser, Friedrich München

im Februar 2017