



Pflege-Weiterentwicklungsgesetz

Hinweise zu den krankenhausrelevanten Inhalten (Stand: Mai 2008)

<u>Übersicht</u>	Seite
1. Möglichkeit zur Verordnung in der ambulanten Versorgung.....	2
2. Erweitertes Versorgungsmanagement	7
3. Ermächtigung (nur) für Pflegeeinrichtungen	8
4. Meldepflicht	9
5. Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten	10

1. Möglichkeit zur Verordnung in der ambulanten Versorgung

Zu § 116b Abs. 6 SGB V:

Die DKG hatte schon in ihrem Positionspapier zu § 116b SGB V vom 23. April 2007 darauf hingewiesen, dass es eine Lücke bei der Vergütung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln gibt, da § 116b SGB V hierzu keine Regelung enthält und im EBM – mit Ausnahme der (Sach-)Kostenpauschalen im Kapitel 40 – ausschließlich die Vergütung ärztlicher Leistungen geregelt ist (vgl. DKG-Rundschreiben Nr. 104/2007 vom 23. April 2007). Diese Problematik hat der Gesetzgeber nunmehr im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz durch den neu eingefügten § 116b Abs. 6 SGB V aufgegriffen, der wie folgt lautet:

„(6) Die ambulante Behandlung nach Abs. 2 schließt die Verordnung von Leistungen nach § 73 Abs. 2 Nr. 5 bis 8 und 12 ein, soweit diese zur Erfüllung des Behandlungsauftrags im Rahmen der Zulassung erforderlich sind; § 73 Abs. 2 Nr. 9 gilt entsprechend. Die Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 gelten entsprechend. Die Vereinbarungen über Vordrucke und Nachweise nach § 87 Abs. 1 Satz 2 sowie die Richtlinien nach § 75 Abs. 7 gelten entsprechend, soweit sie Regelungen zur Verordnung von Leistungen nach Satz 1 betreffen. Die Krankenhäuser haben dabei ein Kennzeichen nach § 293 zu verwenden, das eine eindeutige Zuordnung im Rahmen der Abrechnung nach §§ 300 und 302 ermöglicht. Für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungen nach Satz 1 gilt § 113 Abs. 4 entsprechend, soweit vertraglich nichts anderes vereinbart ist.“

Verordnungsmöglichkeiten und Ausstellung von Bescheinigungen

Durch diese Regelung wird klargestellt, dass die zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V zugelassenen Krankenhäuser berechtigt sind, die zur Erfüllung des Behandlungsauftrags erforderlichen Leistungen nach § 73 Abs. 2 Nr. 5 bis 8 und 12 SGB V zu verordnen. Die Gesetzesbegründung führt dazu aus, dass im Rahmen der ambulanten Behandlung notwendige Verordnungen weiterer Leistungen aus einer Hand erfolgen sollen. Im Einzelnen handelt es sich um folgende Leistungen des **§ 73 Abs. 2 SGB V**:

- **Nr. 5:** Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Belastungserprobung und Arbeitstherapie,
- **Nr. 6:** Anordnung der Hilfeleistung anderer Personen,
- **Nr. 7:** Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankentransporten sowie Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen,
- **Nr. 8:** Verordnung häuslicher Krankenpflege,
- **Nr. 12:** Verordnung von Soziotherapie.

Krankenhäuser sind außerdem durch die entsprechende Geltung des **§ 73 Abs. 2 Nr. 9 SGB V** zur Ausstellung von Bescheinigungen und Erstellung von Berichten, die die Krankenkassen oder der MDK zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder die die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts benötigen, berechtigt.

Vordruckmuster

Die Verordnungen erfolgen anhand der im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung verwendeten Ordnungsblätter. Gemäß § 87 Abs. 1 Satz 2 SGB V sind in den Bundesmantelverträgen auch die Regelungen, die zur Organisation der vertragsärztlichen Versorgung notwendig sind, insbesondere Vordrucke und Nachweise, zu vereinbaren. Welches Vordruckmuster für welche Verordnung zu verwenden ist, haben die Vertragspartner der Bundesmantelverträge in der „*Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung*“ als Anlage 2 zu den Bundesmantelverträgen festgelegt, die im Internet unter www.kbv.de unter dem Stichwort Rechtsquellen/Bundesmantelverträge/Anlage 2 abgerufen werden kann. Danach ist beispielsweise für die Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln sowie Hilfsmitteln das Vordruckmuster 16 zu verwenden.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sind verpflichtet, den Krankenhäusern die entsprechenden Vordrucke zur Verfügung zu stellen. Der Anspruch der Krankenhäuser auf Aushändigung der Vordrucke ergibt sich unmittelbar aus ihrer gesetzlichen Ermächtigung zur Verordnung der in § 116b Abs. 6 Satz 1 SGB V aufgeführten Leistungen. Da die Vordrucke für alle Beteiligten, die zur Verordnung von Leistungen ermächtigt sind, von den Vertragspartnern der Bundesmantelverträge vereinbart werden und ausschließlich diese Muster zu verwenden sind, müssen die Vordruckmuster von den KVen bereitgestellt werden.

Da die derzeit bestehenden Vordruckmuster ausschließlich für Vertragsärzte konzipiert sind, können sie von Krankenhäusern nur entsprechend ausgefüllt werden. Gemäß § 116b Abs. 6 Satz 4 SGB V haben Krankenhäuser bei der Verordnung ein Kennzeichen nach § 293 SGB V zu verwenden, das eine eindeutige Zuordnung im Rahmen der Abrechnung ermöglicht. Unter die Kennzeichnung nach § 293 SGB V fallen auch die ohnehin vorhandenen Institutionskennzeichen der Krankenhäuser aus dem Verfahren nach § 301 SGB V, so dass diese von den Krankenhäusern anstelle der Vertragsarzt Nummer verwendet werden können.

Ergänzende Richtlinien gemäß § 75 Abs. 7 SGB V

Darüber hinaus gelten die Richtlinien nach § 75 Abs. 7 SGB V entsprechend, soweit sie Regelungen zur Verordnung von Leistungen nach § 116b Abs. 6 Satz 1 SGB V betreffen. Gemäß § 75 Abs. 7 Nr. 1 SGB V kann die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) – soweit erforderlich – Richtlinien für die Durchführung der von ihr geschlossenen Verträge aufstellen (die Richtlinien gemäß § 75 Abs. 7 Nr. 2 und 3 SGB V sind für Krankenhäuser nicht relevant, da sie den Fremdkassenausgleich und die Betriebs-, Wirtschafts- und Rechnungsführung der KVen betreffen). Bei den Richtlinien nach § 75 Abs. 7 Nr. 1 SGB V kann es sich beispielsweise um Regelungen zur Durchführung der Bundesmantelverträge handeln, die für die Vertragsärzte und KVen gelten (vgl. Hencke, in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 75 SGB V, Rn. 36). Diese würden dann gemäß § 116b Abs. 6 Satz 3 SGB V für Krankenhäuser in den angesprochenen Teilen entsprechend zur Anwendung kommen. Derzeit kommt diese Regelung nicht zum Tragen, da die KBV von einer Konkretisierung der Bundesmantelverträge, was die Verordnung von Leistungen nach § 73 Abs. 2 SGB V angeht, ersichtlich keinen Gebrauch gemacht hat.

Apothekenrechtliche Vorgaben

Im Hinblick auf die Verordnungsmöglichkeiten im Arzneimittelbereich sind darüber hinaus die apothekenrechtlichen Vorgaben zu beachten. Gemäß § 14 Abs. 7 Satz 2 ApoG dürfen Krankenhausapotheken Arzneimittel an Patienten im Rahmen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus abgeben, wenn das Krankenhaus hierzu nach § 116b SGB V berechtigt ist (durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ist das Wort „vertraglich“ in § 14 Abs. 7 Satz 2 ApoG gestrichen worden). Unmittelbar vor dieser Regelung wird in § 14 Abs. 7 Satz 2 ApoG festgelegt, dass die Krankenhausapothek e Arzneimittel an ermächtigte Ambulanzen des Krankenhauses nur zur unmittelbaren Anwendung bei Patienten abgeben darf, somit also nicht zur Versorgung des Patienten außerhalb des Krankenhauses.

Teilweise wird aufgrund der Tatsache, dass sich die Regelung zu § 116b SGB V unmittelbar hieran anschließt, die Auffassung vertreten, dass Krankenhausapotheken auch im Rahmen der Behandlung nach § 116b SGB V ausschließlich Arzneimittel zur unmittelbaren Anwendung bei Patienten abgeben dürfen. Folgt man dieser Auffassung, könnten aus der Krankenhausapothek e - sofern ein Vertrag nach § 129a SGB V besteht – lediglich Arzneimittel zur unmittelbaren Anwendung bei Patienten zu Lasten der Krankenkassen abgegeben werden. Verordnungen zur Versorgung des Patienten außerhalb des Krankenhauses müsste dieser hingegen in einer niedergelassenen Offizinapothek e einlösen. Krankenhäuser hätten ansonsten gemäß § 14 Abs. 7 Satz 3 ApoG nur die Möglichkeit, dem Patienten bei der Entlassung nach stationärer oder ambulanter Behandlung die zur Überbrückung benötigte Menge an Arzneimitteln ohne separate Vergütung mitzugeben, wenn im unmittelbaren Anschluss an die Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt. Darüber hinaus können gemäß § 14 Abs. 7 Satz 4 ApoG zur Überbrückung benötigte Arzneimittel an Patienten, für die eine Verordnung häuslicher Krankenpflege vorliegt, für längstens drei Tage ohne separate Vergütung abgegeben werden.

Nach anderer Auffassung sind Krankenhausapotheken auch zur Versorgung des Patienten mit Arzneimitteln außerhalb des Krankenhauses berechtigt, so dass die Medikamente nach dieser Ansicht sowohl zur unmittelbaren Anwendung, als auch zur Versorgung außerhalb des Krankenhauses durch die Krankenhausapothek e zur Verfügung gestellt werden könnten. Diese Auffassung gründet sich darauf, dass im Teilabschnitt des § 14 Abs. 7 Satz 2 SGB V zu § 116b SGB V ein neuer Sachverhalt geregelt wird und daher in diesem Bereich eine Abgabe von Arzneimitteln an Patienten nach einer ambulanten Behandlung im Krankenhaus erlaubt ist (so wohl auch Matern, in: Bundesrecht zu den Apotheken-Vorschriften, Stand: Juli 2007, BR III 1, § 14 ApoG, Rn. 76).

Aufgrund der unterschiedlichen Auslegung der gesetzlichen Vorschriften kann eine vorherige Abstimmung mit den Krankenkassen angezeigt sein.

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

Gemäß § 116b Abs. 6 Satz 2 SGB V gelten ferner die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses entsprechend. Es handelt sich hierbei im Einzelnen um folgende Richtlinien nach **§ 92 Abs. 1 Satz 2 SGB V**:

- **Nr. 6:** Richtlinien zur Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie (korrespondierend zu § 73 Abs. 2 Nr. 7, 8 und 12 SGB V),
- **Nr. 7:** Richtlinien zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit (korrespondierend zu § 73 Abs. 2 Nr. 9 SGB V),
- **Nr. 8:** Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (korrespondierend zu § 73 Abs. 2 Nr. 5 SGB V),
- **Nr. 12:** Richtlinie zur Verordnung von Krankentransporten (korrespondierend zu § 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V).

Die Richtlinien sind im Internet unter www.g-ba.de, Stichwort Richtlinien, abrufbar. Zu beachten ist, dass die Richtlinien nur **entsprechend** zur Anwendung kommen. Besonderheiten der ambulanten Versorgung von Versicherten nach § 116b SGB V müssen daher Berücksichtigung finden. Sofern beispielsweise auf Ortsebene abweichende Vereinbarungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung im Sinne des § 116b Abs. 6 Satz 5 SGB V zustande kommen sollten, dürften diese auf jeden Fall Vorrang vor den allgemeinen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses haben.

Wirtschaftlichkeitsprüfung

Gemäß § 116b Abs. 6 Satz 5 SGB V gilt für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungen § 113 Abs. 4 SGB V entsprechend, soweit vertraglich nichts anderes vereinbart ist. Gemäß § 113 Abs. 4 SGB V wird die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung durch psychiatrische Institutsambulanzen und sozialpädiatrische Zentren von den Krankenkassen in entsprechender Anwendung der nach § 106a, 106 Abs. 2 und 3 und § 136 SGB V geltenden Regelungen geprüft. Damit sind nicht die KVen, sondern die Krankenkassen für die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungen zuständig. Wichtig ist außerdem, dass § 113 Abs. 4 SGB V nur punktuell auf die vertragsärztlichen Grundsätze der Wirtschaftlichkeitsprüfung verweist. Hierbei kommt § 136 SGB V beispielsweise nicht zur Anwendung, da sich dieser mit der Förderung der Qualität durch die KVen befasst, gemäß § 116b Abs. 6 Satz 5 SGB V aber ausschließlich die Wirtschaftlichkeit durch die Krankenkassen überprüft werden soll. Es verbleibt danach bei den Verweisen auf die §§ 106a und 106 Abs. 2 und 3 SGB V (die im Übrigen infolge des GKV-WSG ab dem 1. Juli 2008 eine leicht geänderte Fassung haben werden).

Gemäß § 106 Abs. 2 SGB V sind zur Prüfung des Ordnungsverhaltens zum einen so genannte **Auffälligkeitsprüfungen** (= Prüfung ärztlich verordneter Leistungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina nach § 84 SGB V) und zum anderen so genannte **Zufälligkeitsprüfungen** anhand von Stichproben verbindlich vorgeschrieben (vgl. hierzu die Erläuterungen zu § 106 SGB V von Hencke in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung). § 106a SGB V befasst sich mit der Prüfung der Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Die Abrechnungen der Vertragsärzte sind gemäß § 106a Abs. 3 SGB V unter anderem

hinsichtlich des Bestehens und des Umfangs ihrer Leistungspflicht sowie der Plausibilität von Art und Umfang der für die Behandlung eines Versicherten abgerechneten Leistungen in Bezug auf die angegebene Diagnose zu überprüfen. Letztlich gilt auch hier, dass im Hinblick auf die Übertragbarkeit der für den vertragsärztlichen Bereich geltenden Wirtschaftlichkeitsgrundsätze und Prüfungsparameter die Besonderheiten der ambulanten Versorgung im Bereich des § 116b SGB V berücksichtigt werden müssen.

Das Gesetz sieht aber auch ausdrücklich die Möglichkeit vor, abweichende vertragliche Vereinbarungen zu treffen. Da die Verordnungsmöglichkeiten der Krankenhäuser für die in § 116b SGB V genannten ausgewählten hochspezialisierten Leistungsbereiche in keiner Weise mit der Bandbreite des flächendeckenden Verordnungsgeschehens in der vertragsärztlichen Versorgung vergleichbar sind, bietet es sich an, eigene Regelungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung zu vereinbaren, die auf § 116b SGB V zugeschnitten sind. Hieran könnten auch die Krankenkassen unter dem Gesichtspunkt der Verfahrenserleichterung ein erhebliches Interesse haben.

Die Gesetzesbegründung stellt zwar ausdrücklich auf Vereinbarungen zwischen den Krankenkassen und dem jeweiligen Krankenhausträger ab. Es besteht aber immer auch die Möglichkeit, eine Mustervereinbarung oder Rahmenvereinbarung zwischen den Landeskrankenhausesgesellschaften und den Landesverbänden der Krankenkassen zu schließen, der die Krankenhäuser im jeweiligen Mitgliedsbereich beitreten könnten. Eine solche Rahmenvereinbarung könnte beispielsweise in Erwägung gezogen werden, um das Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung auf Landesebene zu vereinheitlichen.

Fazit

Insgesamt ist festzuhalten, dass mit der neuen Regelung wesentliche Finanzierungslücken im Bereich des § 116b SGB V geschlossen werden. Es bleibt allerdings abzuwarten, ob sich Schwierigkeiten durch die Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Krankenkassen ergeben werden. Sollte sich die Umsetzung der Regelung insbesondere im Rahmen der Verordnung von Arzneimitteln als problematisch erweisen, bitten wir um entsprechende Rückmeldungen, damit weitere argumentative Hilfestellungen erarbeitet und gegebenenfalls weitere Klarstellungen durch den Gesetzgeber erreicht werden können.

2. Erweitertes Versorgungsmanagement

Zu § 11 Abs. 4 SGB V:

Entgegen den ursprünglichen Ansätzen im Regierungsentwurf des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes wurde § 11 Abs. 4 SGB V aufgrund des Änderungsantrages Nr. 35 nunmehr lediglich um einen neuen Satz 4 erweitert, welcher die Verpflichtung normiert, *in das Versorgungsmanagement auch die Pflegeeinrichtungen einzubeziehen und dabei eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen zu gewährleisten*. Dies stellt eine relativ geringe Änderung der Regelung dar, welche den Krankenhäusern weiterhin die Möglichkeit einräumt, Regelungen zum Versorgungsmanagement im Rahmen von Verträgen nach den §§ 140 a bis 140 d SGB V bzw. § 112 oder § 115 SGB V oder auch vertraglichen Vereinbarungen mit sonstigen Leistungserbringern der gesetzlichen Krankenversicherung und mit Leistungserbringern nach dem SGB XI zu vereinbaren.

Die DKG hatte im Rahmen ihrer Stellungnahme zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz eine grundlegende Neufassung von § 11 Abs. 4 SGB V gefordert, insbesondere vor dem Hintergrund der Tatsache, dass der Großteil der deutschen Krankenhäuser bereits hausinterne Regelungen zur Sicherstellung einer Anschlussversorgung der Patienten etabliert hat. Diese Forderung und die damit verbundenen Vorschläge zur Änderung von § 39 und § 275 SGB V, um der neuen Rechtsprechung des Großen Senats des Bundessozialgerichts zur Notwendigkeit von stationärer Krankenhausbehandlung Rechnung zu tragen, wurden allerdings nicht Bestandteil des Gesetzes.

3. Ermächtigung (nur) für Pflegeeinrichtungen

Zu § 119b SGB V:

Durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz ist § 119b neu in das SGB V eingefügt worden. Danach können stationäre Pflegeeinrichtungen vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten mit angestellten Ärzten ermächtigt werden, sofern Kooperationsverträge mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern innerhalb bestimmter Fristen nicht zustande gekommen sind. Die DKG hatte in ihrer Stellungnahme zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz gefordert, dass auch Krankenhäuser die Möglichkeit erhalten sollten, ihre geriatrisch fortgebildeten Ärzte in Pflegeeinrichtungen einzusetzen. Damit wären die Pflegeeinrichtungen nicht automatisch dazu gezwungen, für eine Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung neue Ärzte einzustellen, sondern schon bestehende Strukturen könnten genutzt und erweitert werden. Diese Forderung ist nicht aufgegriffen worden, so dass von der Neuregelung in § 119b SGB V ausschließlich die stationären Pflegeeinrichtungen betroffen sind.

4. Meldepflicht

Zu § 294a Abs. 2 SGB V:

Infolge des GKV-WSG haben die Krankenkassen die Versicherten gemäß § 52 Abs. 2 SGB V in angemessener Höhe an den Kosten zu beteiligen, wenn sich Versicherte eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte Maßnahme wie z.B. eine ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen haben.

Mit Rundschreiben Nr. 229/2007 vom 26. September 2007 und Rundschreiben 248/2007 vom 11. Oktober 2007 hatte die DKG über die Aufnahme des Sekundärschlüssels U69.10! in die ICD-10-GM 2008 informiert. Der Kode wurde durch den Hinweistext *„die Schlüsselnummer dient der Umsetzung des § 52 SGB V (Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden) und ist verpflichtend anzugeben“* ergänzt. In den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) für das Jahr 2008 wurde der Kode in die Tabelle der Ausrufezeichenkodes aufgenommen, die bei Vorliegen bestimmter Diagnosen obligat anzugeben sind (DKR D012f, Tabelle 2). Um klarzustellen, dass Krankenhäuser erst nach Schaffung einer gesetzlichen Grundlage zur Übermittlung des ICD-10-Kodes U69.10! verpflichtet sind, wurde der Diagnoseschlüssel mit folgender Fußnote versehen: *„Der Kode U69.10! ist erst nach Inkrafttreten einer entsprechenden gesetzlichen Grundlage zur Verpflichtung der Datenübermittlung der Krankenhäuser an die Krankenkassen verbindlich anzugeben (siehe auch Anhang B, Seite 147)“*.

Durch § 294a Abs. 2 SGB V hat der Gesetzgeber nunmehr im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sowie die Krankenhäuser dazu verpflichtet, den Krankenkassen die erforderlichen Daten mitzuteilen, wenn Anhaltspunkte für ein Vorliegen der Voraussetzungen des § 52 Abs. 2 SGB V vorliegen. Damit ist der Kode U69.10! wie alle Ausrufezeichenkodes, die in der Kodierrichtlinie D012f in Tabelle 2 aufgeführt sind, bei Vorliegen bestimmter Diagnosen obligat anzugeben.

5. Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten

Zu § 63 SGB V:

Hierzu sind Gremienberatungen erforderlich. Wir informieren zu gegebener Zeit.