



Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 25. November 2016

zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil-
und Hilfsmittelversorgung
(Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG)
BT-Drucksache 18/10186

Kontakt:
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Abteilung Politik
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin
Tel.: 030 4005 1036
Fax: 030 4005 27 1036
politik@kbv.de

Inhalt

A. Vorbemerkung	3
B. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen	4
Zu Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	4
Nr. 1 (§ 31 Abs. 1a neu) Verbandmittel.....	4
Nr. 3 (§ 37 Abs. 7 neu) Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden	5
Nr. 4 (§ 64d neu) Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung.....	6
Nr. 5 (§ 73 Abs. 8 Satz 7) Verordnungssoftware.....	10
Nr. 8 (§ 125) Heilmittelverträge	10
Nr. 12 (§ 131 Abs. 4) Rahmenverträge mit pharmazeutischen Unternehmern.....	11
Nr. 13 (§ 132a Abs. 1) Versorgung mit häuslicher Krankenpflege.....	12
C. Zusätzlicher Änderungsvorschlag der KBV zum Bereich der Heilmittelversorgung	13
Nr. 22 – neu (§ 302 SGB V) Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer	13
D. Zusätzlicher fachfremder Änderungsvorschlag der KBV zu § 299 SGB V	14

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) nimmt zum Entwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsge-
setz - HHVG) im Folgenden Stellung. Die Stellungnahme gliedert sich in vier Abschnitte:

- A. Vorbemerkung
- B. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen
- C. Zusätzlicher Änderungsvorschlag der KBV zum Bereich der Heilmittelversorgung
- D. Zusätzlicher fachfremder Änderungsvorschlag der KBV zu § 299 SGB V

A. Vorbemerkung

Der vorliegende Regierungsentwurf sieht eine Reihe von Änderungen zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung sowie spezielle Regelungen zur Wund- und Verbandmittelversorgung vor.

Die KBV begrüßt grundsätzlich die Intention des Gesetzgebers, die aufgrund der fehlenden Definition von Verbandstoffen bestehenden Abgrenzungsprobleme zwischen Verbandmitteln und sogenannten „Mitteln zur modernen Wundversorgung“ und die damit im Zusammenhang stehenden Verordnungsunsicherheiten für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte aufgrund unsicherer Erstattungsfähigkeit durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) einer Lösung zuzuführen. Mit den im Vergleich zum Referentenentwurf vorgenommenen Änderungen und der hiermit erfolgten Subsumierung nahezu aller entsprechenden Produkte zur Wundversorgung unter die Legaldefinition, können nach Auffassung der KBV die vom Gesetzgeber intendierten Ziele jedoch nicht mehr erreicht werden. Die KBV schlägt daher vor, im laufenden Gesetzgebungsverfahren die Legaldefinition und die Gesetzesbegründung dem ursprünglichen Vorschlag des Referentenentwurfes anzupassen.

Das Ziel des Gesetzgebers, den Heilmittelerbringern durch die Einführung von Modellvorhaben zur Blankoverordnung ein höheres Maß an Verantwortung zuzusprechen, ist aus Sicht der KBV nachvollziehbar und könnte grundsätzlich zu einer sinnvollen Entlastung der Vertragsärzte beitragen. Jedoch sind die Vertragsärzte in die Modellvorhaben zwingend einzubeziehen. Insgesamt greifen die gesetzlichen Regelungen zu den Modellvorhaben zu kurz und müssen nachgebessert werden, um auch weiterhin eine qualitativ hochwertige, sichere und wirtschaftliche Patientenversorgung zu gewährleisten. Hierzu nimmt die KBV im Abschnitt B ausführlich Stellung und unterbreitet entsprechende Änderungs- bzw. Ergänzungsvorschläge.

Im Bereich der Hilfsmittelversorgung soll u.a. durch die Weiterentwicklung des Präqualifizierungsverfahrens und die Überarbeitung des Hilfsmittelverzeichnisses insbesondere die Qualität der Hilfsmittelversorgung stärker in den Fokus gerückt werden. So soll u.a. verbindlich geregelt werden, dass bei Zuschlagsentscheidungen im Rahmen von Ausschreibungen Qualitätsaspekte stärker miteinzubeziehen sind. Ferner soll die Überwachung der Ergebnisqualität der Hilfsmittelversorgung gestärkt werden. Die KBV begrüßt die durch den vorliegenden Gesetzentwurf an verschiedenen Stellen ansetzenden Regelungen zur Stärkung der Qualität der Versorgung mit Hilfsmitteln grundsätzlich. Nicht zuletzt wurden auch die verordnenden Vertragsärzte in den Klärungsprozess einbezogen, wenn Patienten Probleme mit der Hilfsmittelversorgung entstanden. Zu den einzelnen Neuregelungen der Hilfsmittelversorgung, die im Wesentlichen die Hilfsmittel-Leistungserbringer und den GKV-Spitzenverband betreffen, nimmt die KBV nicht Stellung.

B. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen

Zu Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1 (§ 31 Abs. 1a neu) Verbandmittel

Sachverhalt:

Mit der Einführung des neuen Absatzes 1a in § 31 und der hier enthaltenen Legaldefinition für Verbandmittel soll ausweislich der Gesetzesvorlage gewährleistet werden, dass klassische Verbandmittel weiterhin unmittelbar als Verbandmittel zu erstatten sind. Andere Mittel zur Wundbehandlung müssen hingegen ihre medizinische Notwendigkeit nachweisen, um in die Versorgung der GKV einbezogen werden zu können. Das Nähere zur Abgrenzung von Verbandmitteln zu sonstigen Produkten zur Wundbehandlung soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) regeln.

Bewertung:

Die KBV begrüßt auch weiterhin die Intention des Gesetzgebers, über die im neuen § 31 Absatz 1a aufgenommene Legaldefinition für Verbandmittel eine Abgrenzung zwischen Verbandmitteln und sonstigen Produkten zur Wundversorgung zu ermöglichen und damit zur Verordnungssicherheit für den Vertragsarzt beizutragen.

Mit der im nunmehr vorliegenden Gesetzentwurf gewählten Definition wären jedoch nahezu alle im Markt befindlichen Produkte zur Wundversorgung unter die Definition eines Verbandmittels zu subsumieren. Hiervon geht auch der Gesetzgeber aus, der bezüglich der Produkte, die nicht unter die gesetzliche Verbandmitteldefinition fallen, in der Gesetzesbegründung im Allgemeinen Teil unter Abschnitt V., Nummer 4 b ausführt: „Es ist mit einer geringen Zahl betroffener Produkte zu rechnen.“

Eine Verordnungssicherheit für den Arzt ergibt sich hieraus jedoch insbesondere aufgrund der ggf. fraglichen Wirtschaftlichkeit nicht: Verordnungsfähig wären beispielsweise mit medizinischem Honig beschichtete Wundaufgaben, für die eine antimikrobielle Wirkung postuliert wird, obwohl aktuelle Cochrane-Reviews aus den Jahren 2014-2016 keine Vorteile gegenüber Standardbehandlung nachweisen konnten. Eine Diskussion zur Verordnungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit wäre auch hinsichtlich Silber-beschichteter Unterhemden und T-Shirts – vom Hersteller als Verbandmittel eingestuft – bei Neurodermitis-Patienten, die aufgrund ihrer zweifellos bestehenden abdeckenden Funktion unter die Legaldefinition fallen, zu erwarten. Bei fehlender Bewertung entsprechender Verbandmittel durch den G-BA trägt der Arzt somit ein hohes Ordnungsrisiko, da die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit entsprechender Verordnungen wie bisher mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit kontrovers diskutiert werden wird.

Mit den im Vergleich zum Referentenentwurf vorgenommenen Änderungen und der hiermit erfolgten Subsumierung nahezu aller entsprechenden Produkte zur Wundversorgung unter die Legaldefinition, können nach Einschätzung der KBV die vom Gesetzgeber intendierten Ziele nicht mehr erreicht werden. Konkret wird weder die gewünschte Verordnungssicherheit herbeigeführt noch werden die weiteren gemäß der Gesetzesbegründung beabsichtigten Ziele der Gesetzesänderung, wie beispielsweise die Abgrenzung klassischer Verbandmittel von sonstigen Produkten zur Wundversorgung oder die Gewährleistung, dass nur solche Produkte zur Anwendung kommen, die auch eine Verbesserung der Versorgung bewirken, erreicht.

Insofern lehnt die KBV die vorgesehene Änderung ab und schlägt vor, im laufenden Gesetzgebungsverfahren die Legaldefinition und die Gesetzesbegründung dem ursprünglichen Vorschlag des Referentenentwurfes anzupassen. Hiermit würde die gewünschte Abgrenzung „klassischer“ Verbandmittel (einschließlich der feuchten Wundversorgung) von Produkten mit darüber hinausgehenden Eigenschaften (z.B. antimikrobiell, desinfizierend, schmerzstillend) gewährleistet. Die sogenannten „klassischen Verbandmittel“, deren Wirkung eine abdeckende,

aufsaugende, feucht haltende oder stützende Funktion ist, wären weiterhin verordnungsfähig. Produkte, die weitere Eigenschaften beanspruchen, werden in einer Übergangsfrist vom G-BA hinsichtlich ihrer Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit bewertet. Dabei wird es Ziel sein, für Produkte mit belegten zusätzlichen Nutzeigenschaften die Erstattungsfähigkeit eindeutig kenntlich zu machen. Damit wird die gewünschte Rechts- und Verordnungssicherheit bei Verbandmitteln erreicht sowie eine qualitativ hochwertige, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten bundesweit einheitlich gewährleistet.

Änderungsvorschlag

Nach § 31 Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt (Änderungen und Ergänzungen sind fett markiert):

*„(1a) Verbandmittel sind Gegenstände einschließlich Fixiermaterial, deren **Hauptwirkung** darin besteht, oberflächengeschädigte Körperteile zu bedecken, Körperflüssigkeiten aufzusaugen oder beides zu erfüllen. Die Eigenschaft als Verbandmittel entfällt **insbesondere** nicht, wenn ein Gegenstand ergänzend eine Wunde feucht hält. Erfasst sind auch Gegenstände, die zur individuellen Erstellung von einmaligen Verbänden an Körperteilen, die nicht oberflächengeschädigt sind, gegebenenfalls mehrfach verwendet werden, um Körperteile zu stabilisieren, zu immobilisieren oder zu komprimieren. Das Nähere zur Abgrenzung von Verbandmitteln **nach Satz 1 und 2** zu sonstigen Produkten zur Wundbehandlung, **die über die oben genannten hinausgehende Eigenschaften besitzen**, regelt der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6; Absatz 1 Satz 2 gilt für diese sonstigen Produkte entsprechend. Bis zwölf Monate nach dem Wirksamwerden der Regelungen nach Satz 4 sind solche Gegenstände weiterhin zu Lasten der Krankenkassen zu erbringen, die vor dem ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 3 Absatz 1 dieses Gesetzes] erbracht wurden.“*

Nr. 3 (§ 37 Abs. 7 neu) Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden

Sachverhalt:

Nach § 37 Abs. 7 Satz 1 SGB V soll der G-BA in der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (HKP-RL) das Nähere zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden regeln. Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden soll auch in spezialisierten Einrichtungen außerhalb der Häuslichkeit der Versicherten erfolgen können (z.B. in sogenannten Wundzentren). Beabsichtigt ist damit, den Anforderungen an eine dem aktuellen Stand entsprechende und individuell angepasste Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden eine besondere Bedeutung beizumessen, sowie Krankenhausaufenthalte zu vermeiden.

Bewertung:

Grundsätzlich ist das Anliegen, den pflegerischen Versorgungsbedarf von Patienten mit chronischen Wunden im Rahmen der häuslichen Krankenpflege zu stärken, zu begrüßen. Bereits heute ist die Wundversorgung durch Pflegekräfte Bestandteil des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL des G-BA. Darüber hinaus gibt es gute Versorgungsansätze zur Versorgung verschiedener Wundarten, wie Dekubitus oder diabetisches Fußsyndrom, sowohl in der Vertragsärzteschaft als auch im Bereich der Pflege bzw. häuslichen Krankenpflege (spezialisierte Pflegedienste). Beispielhaft seien Vereinbarungen zur Versorgung des Diabetischen Fußsyndroms in Nordrhein, Westfalen-Lippe, Hamburg, Sachsen und Thüringen genannt. Ziel dieser Vereinbarungen ist u.a. eine Reduzierung der Wundbehandlungszeit durch eine effiziente, stadienadaptierte Wundbehandlung. Gerade diese Vereinbarungen zeigen, dass die Behandlung solcher Wunden nicht isoliert erfolgen kann, sondern immer auch im Kontext mit den zugrundeliegenden Erkrankungen erfolgen muss. Hierfür ist die ärztliche Expertise unverzichtbar.

Mit dem Gesetzesvorschlag sollen die Wundzentren als Leistungsort der häuslichen Krankenpflege in der Richtlinie des G-BA verankert werden. Charakteristisch für einen Leistungsort der häuslichen Krankenpflege ist, dass sich die Versicherten dort regelmäßig wiederkehrend aufhalten. Dies trifft z.B. auf Schulen, Kindergärten, betreute Wohnformen oder Arbeitsstätten, nicht aber auf Wundzentren zu. Wundzentren stellen demgegenüber ein Behandlungssetting, nicht aber eine Häuslichkeit oder einen sonstigen geeigneten Ort im Sinne der HKP-RL dar. Eine Öffnung der Wundzentren für die häusliche Krankenpflege würde die Frage aufwerfen, ob auch in anderen Behandlungssettings häusliche Krankenpflege erbracht werden kann.

Gemäß dem vorliegenden Vorschlag würde die Behandlung der Patienten in den Wundzentren durchgeführt, d.h., es handelt sich gerade nicht – wie im Fall der häuslichen Krankenpflege – um eine aufsuchende Leistung. Nur dann, wenn die Patienten nicht mobil sind, übernimmt externes Pflegepersonal die Versorgung, z.B. in der Häuslichkeit der Patienten. Die eigentliche Intention der häuslichen Krankenpflege, die Versorgung der Patienten in ihrer Häuslichkeit durchzuführen, wird damit nicht erfüllt und die Neuregelung würde einen Sonderfall darstellen. Voraussetzung einer solchen Regelung ist sowohl die Definition der konkreten Leistungserbringung als auch des Leistungsortes. Ebenso sind Anforderungen an die Qualifikation der Wundzentren zu stellen. Erfahrungen hierzu liegen bislang nicht in systematisierter Weise vor.

Änderungsvorschlag

Aufgrund der Vielgestaltigkeit der im Wundmanagement etablierten Ansätze (Behandlungssetting wie Therapieoptionen) bietet es sich deshalb aus Sicht der KBV an, im Rahmen von Erprobungsvorhaben zur Integration eines solchen Leistungsangebotes grundlegende Erfahrungen zu sammeln und dies mit dem Ziel der Überführung in die Regelversorgung. Mit dem Innovationsfonds sind hierfür erstmalig die Voraussetzungen geschaffen worden, auch kassenartenübergreifende Erprobungen einleiten zu können. Unbenommen davon steht es den Krankenkassen heute schon frei, jederzeit durch Vereinbarungen nach § 140a SGB V Wundzentren in die Leistungserbringung der GKV einbinden zu können.

Nr. 4 (§ 64d neu) Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung

Sachverhalt:

In jedem Bundesland sind zwischen Krankenkassen- und Heilmittelerbringerverbänden Modellvorhaben zur Heilmittelbehandlung zu vereinbaren. Auf Basis einer vertragsärztlich festgestellten Diagnose und der Indikation für eine Heilmittelbehandlung, bestimmt der Heilmittelerbringer selbst neben der Auswahl des Heilmittels auch Dauer (Menge) der Therapie und Frequenz der Behandlungseinheiten (sog. Modell der Blankoverordnung). Die Heilmittelerbringer sollen darüber hinaus auch von den Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie abweichen dürfen. In den Vereinbarungen sind auch die zukünftige Mengenentwicklung und die damit verbundene Wirtschaftlichkeitsverantwortung der Heilmittelerbringer sowie Anforderungen an deren Qualifikation zu berücksichtigen.

Bewertung:

Die KBV begrüßt die eindeutige gesetzliche Vorschrift, dass auch in den vorgesehenen Modellvorhaben Diagnose- und Indikationsstellung ausschließlich dem Vertragsarzt obliegen. Nur so kann sichergestellt werden, dass vor Einleitung einer Heilmitteltherapie im Rahmen der differenzialdiagnostischen Begutachtung alle relevanten medizinischen Aspekte sowie therapeutischen Optionen adäquat berücksichtigt werden. Die vorgesehenen gesetzlichen Regelungen greifen jedoch zu kurz und müssen nachgebessert werden, um auch weiterhin eine qualitativ hochwertige, sichere und wirtschaftliche Patientenversorgung zu gewährleisten. Folgende Punkte sollten aufgenommen werden:

1. Einbeziehung der Vertragsärzte und Stärkung der kooperativen Strukturen

Die Intention des Gesetzgebers, den Heilmittelerbringern ein höheres Maß an Verantwortung zuzusprechen, ist aus Sicht der KBV nachvollziehbar und könnte grundsätzlich zu einer sinnvollen Entlastung der Vertragsärzte beitragen. Die Vertragsärzte sind in die Modellvorhaben jedoch zwingend einzubeziehen. Sie tragen die Gesamtverantwortung für die Therapie des Patienten und müssen daher - auch unter haftungsrechtlichen Gesichtspunkten - kontraindizierte Heilmittel ausschließen, eine Therapiekontrolle durchführen und eine Heilmitteltherapie beenden können. Beispielsweise muss es aus Gründen der Patientensicherheit möglich sein, dass der Arzt nach einem operativen Eingriff, innerhalb der zur Verfügung stehenden Heilmittel, einzelne Heilmittel als kontraindiziert ausschließt.

Nach den vorliegenden Regelungen hätte der Vertragsarzt als verantwortlicher Gesamtkoordinator der Therapie jedoch keine Möglichkeit mehr, maßgeblich einzuwirken. Gerade im Rahmen von Modellen zur Blankoverordnung bedarf es daher einer Stärkung des kollegialen Zusammenwirkens zwischen Vertragsarzt und Heilmittelerbringer.

Zudem fehlt es an einer Regelung zur Rückmeldung vom Heilmittelerbringer an den Arzt, welche Abweichungen von der Verordnung erfolgt sind bzw. welche Therapie tatsächlich stattgefunden hat. Die nunmehr lediglich in der Gesetzesbegründung formulierte Vorgabe, wonach Regelungen zum Informationsaustausch zwischen Heilmittelerbringern und Vertragsärzten vorzusehen sind, ist aus Sicht der KBV unzureichend. Hierzu bedarf es einer klaren Regelung im Gesetzestext selbst.

Um die Kooperation zwischen den an der Behandlung Beteiligten zu verbessern, den Behandlungsprozess hierdurch zu optimieren sowie die Patientensicherheit nicht zu gefährden, müssen die Vertragsärzte in die Durchführung der Modellvorhaben einbezogen werden. Dies sollte dadurch erfolgen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen an den zu schließenden Vereinbarungen zur Durchführung von Modellvorhaben beteiligt werden.

2. Verbindliche Einhaltung der Heilmittel-Richtlinie

Die Regelung, nach der in den Vereinbarungen bestimmt werden kann, inwieweit die Heilmittelerbringer von den Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie abweichen dürfen, lehnt die KBV ab. Sofern die Heilmittelerbringer von den Vorgaben der ärztlichen Verordnung im Sinne einer Blankoverordnung abweichen, sind die Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie, wie beispielsweise die maximale Verordnungsmenge des Regelfalls, unbedingt einzuhalten.

Beschränkungen der Verordnungsmengen gemäß dem aktuellen Heilmittel-Katalog sind gerade deshalb zu berücksichtigen, um sicherzustellen, dass eine regelmäßige Begutachtung durch den Arzt erfolgt. Hierdurch können die durch die Heilmitteltherapie erzielten Fortschritte beurteilt sowie eine Entscheidung über Fortführung oder Beendigung der Therapie getroffen werden. Mit der nun geschaffenen Möglichkeit zur Abweichung z.B. von den durch die Richtlinie vorgegebenen Verordnungsmengen wird die kontinuierliche Betreuung und Therapiesteuerung durch den Vertragsarzt und damit auch die Patientensicherheit gefährdet.

3. Gesetzliche Klarstellung zur Übertragung der Wirtschaftlichkeitsverantwortung

Sofern im Rahmen der Modellvorhaben festgelegt wird, dem Heilmittelerbringer neben der Auswahl des Heilmittels auch die Entscheidung über Menge und Behandlungsfrequenz zu übertragen, hat der Arzt keinerlei Steuerungsmöglichkeit im Hinblick auf Verordnungsmenge und -kosten mehr. Demzufolge haben die Heilmittelerbringer in die-

sem Fall auch die Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit der Therapie zu übernehmen. Entsprechend kann der verordnende Arzt auch für die Wirtschaftlichkeit nicht mehr in Haftung genommen werden. Um dem Rechnung zu tragen, hat der Gesetzgeber nunmehr in der Gesetzesbegründung die Vorgabe aufgenommen, dass die im Rahmen der Modellvorhaben abgerechneten Heilmittelleistungen nicht der vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen, müsste jedoch, um die notwendige rechtliche Klarheit herzustellen, im Gesetzestext selbst formuliert werden.

In der Gesetzesbegründung wird ohne konkreten Rechtsverweis auf die „vertragsärztliche Wirtschaftlichkeitsprüfung“ Bezug genommen. Es ist davon auszugehen, dass sich dies lediglich auf Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106b SGB V bezieht. Allerdings haften die Vertragsärzte nicht nur individuell sondern auch kollektiv bei Überschreitung der nach § 84 Abs. 1 SGB V auf der Landesebene zu vereinbarenden Ausgabenvolumina. Um sicherzustellen, dass im Rahmen der Modellvorhaben abgerechnete Heilmittelleistungen auch keine Auswirkung auf die Ausgabenvolumina nach § 84 SGB V haben, bedarf es hierzu ebenfalls einer entsprechenden Klarstellung im Gesetzestext.

Die im Rahmen der Modellvorhaben abgerechneten Heilmittelleistungen, bei denen der Heilmittelerbringer von den Vorgaben des verordnenden Vertragsarztes abgewichen ist, müssen bei der Abrechnung identifiziert werden können, damit sie bei der individuellen Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106b SGB V und auch bei der Bestimmung des Ausgabenvolumens als nichtvertragsärztlich verursachte Therapiekosten berücksichtigt werden können. Hierzu bedarf es darüber hinaus einer bundeseinheitlichen Vorgabe zur Kennzeichnung der Verordnungen und entsprechenden Bereitstellung der Abrechnungsdaten durch die Krankenkassen.

4. Rahmenvorgaben zur Evaluation und Mindestanforderungen zu Inhalt und Durchführung der Modellvorhaben

In jedem Bundesland sind entsprechende Modellvorhaben umzusetzen. Gemäß Gesetzesbegründung ist es Ziel des Gesetzgebers, aus der Zusammenschau der Evaluationsergebnisse in den einzelnen Ländern einen Gesamtüberblick über die Situation im Bundesgebiet als Entscheidungsgrundlage für eine mögliche Überführung in die Regelversorgung zu bekommen. Hierfür bedarf es einer wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben. Die KBV begrüßt daher die neu aufgenommene Ergänzung, dass § 65 SGB V entsprechend gilt.

Vor diesem Hintergrund regt die KBV darüber hinaus auf der Bundesebene eine gemeinsame Rahmenempfehlung der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer, des GKV-Spitzenverbandes und der KBV an, um Mindestanforderungen zu Inhalt, Durchführung und Evaluation der Modellvorhaben festzulegen und dadurch eine einheitliche Grundlage zur Bewertung der Übertragbarkeit auf die Regelversorgung zu haben.

5. Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinie

Die geplante gesetzliche Vorschrift, den Heilmittelerbringern die Möglichkeit zur Abweichung von den Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie einzuräumen, könnte darauf schließen lassen, dass dem Gesetzgeber bewusst ist, dass die dortigen Regelungsinhalte einer Anpassung bedürfen. Die Vorgaben für die Vertragsärzte sind so komplex und bürokratisch, dass der Gesetzgeber bereits im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ein Zertifizierungsverfahren im Heilmittelbereich implementiert hat, damit bei der Verordnung weniger Fehler gemacht werden. All dies spricht dafür, dass die Heilmittel-Richtlinie des G-BA einer grundlegenden Überarbeitung bedarf. Dabei sollte insbesondere darauf hingewirkt werden, die Vorgaben des Heilmittel-Katalogs als Teil der Heilmittel-Richtlinie zu vereinheitlichen, um hierdurch die Komplexität zu verringern. Mit den Regelungen zu Regelfall- und Gesamtverordnungsmenge

gemäß Heilmittel-Katalog war ursprünglich intendiert, das Ordnungsverhalten des Vertragsarztes zu steuern. Parallel existieren jedoch weitere Steuerungselemente, die mit der Neuordnung der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106b SGB V ab 2017 passgenauer ausgerichtet werden können. Im Ergebnis führt das Nebeneinander mehrerer, unabhängig voneinander bestehender Steuerungsinstrumente zu einer bürokratischen Belastung und Ordnungsunsicherheit für die Vertragsärzte ohne zielführend zu sein.

Änderungsvorschläge

1) § 64d Abs. 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden nach den Worten „*einheitlich mit den*“ die Worte „*Kassenärztlichen Vereinigungen und den*“ eingefügt.
- b) In Satz 3 werden nach dem Wort „*Heilmittelbehandlung*“ die Worte „*unter Beachtung der vertragsärztlich angegebenen Kontraindikationen*“ ergänzt.
- c) Satz 4 wird umformuliert:

„Die Heilmittelerbringer haben bei der Leistungserbringung die Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zu berücksichtigen.“

- d) Nach Satz 4 werden folgende Sätze 5 bis 9 angefügt:

„Weicht der Heilmittelerbringer von der vertragsärztlichen Verordnung ab, ist der Vertragsarzt hierüber zu informieren. Das Nähere hierzu ist in der Vereinbarung nach Satz 1 zu bestimmen. Verordnungen, bei denen im Rahmen der Modellvorhaben nach Satz 1 von den ärztlichen Vorgaben abgewichen wird, sind nicht Teil der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106b SGB V. Die Ausgabenvolumina nach § 84 Abs. 1 SGB V sind um die auf Modellvorhaben nach Satz 1 entfallenden Verordnungskosten zu bereinigen. Entsprechende Verordnungen sind durch den Heilmittelerbringer zu kennzeichnen und im Zuge der Abrechnungsdaten nach § 302 SGB V gegenüber den Krankenkassen mitzuteilen. Bei Datenlieferungen nach § 296 SGB V sind diese Kennzeichen von den Krankenkassen ebenfalls gesondert auszuweisen.“

- e) Satz 5 wird zu Satz 10.

- f) Nach Abs. 1 wird ein neuer Abs. 2 eingefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren Rahmenempfehlungen zu Inhalt, Durchführung und Evaluation der Modellvorhaben nach Absatz 1.“

- g) Absatz 2 wird zu 3 und Absatz 3 wird zu 4.

Weitere Folgeänderungen:

1) § 32 SGB V wird wie folgt geändert:

Nach Abs. 1a wird folgender Absatz 1b eingefügt: *„Der Gemeinsame Bundesausschuss überarbeitet bis zum 31.12.2017 die Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 (Heilmittel-Richtlinie). Dabei ist insbesondere darauf hinzuwirken, die Vorgaben des Heilmittel-Katalogs zu vereinheitlichen.“*

2) § 296 SGB V wird wie folgt geändert:

- a) Nach Abs. 2 Nr. 4, wird folgende Nr. 5 neu eingeführt: „Art, Menge und Kosten der Verordnungen von Heilmittel, bei denen Heilmittelerbringer von den vertragsärztlichen Verordnung im Rahmen von Modellvorhaben nach § 64d SGB V abgewichen sind.“
- b) In Abs. 3 Satz 1 wird nach „Abs. 2 Nr. 3“ „und Nr. 5 (neu)“ eingefügt.

3) § 302 Abs. 2 SGB V wird wie folgt geändert:

Nach Satz 1 wird folgender neuer Satz eingefügt: „In den Verträgen nach Satz 1 ist festzulegen, dass Verordnungen von Heilmitteln, bei denen Heilmittelerbringer von den vertragsärztlichen Verordnungen im Rahmen von Modellvorhaben nach § 64d SGB V abgewichen sind, gesondert zu kennzeichnen und zu übermitteln sind.“

Nr. 5 (§ 73 Abs. 8 Satz 7) Verordnungssoftware**Sachverhalt:**

Mit der hier vorgenommenen Ergänzung „von Verbandmitteln und von Produkten, die gemäß der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können“ dürfen Vertragsärzte und -ärztinnen künftig - wie auch schon bei Arzneimitteln – bei der Verordnung dieser Leistungen nur solche Programme nutzen, die diese gemeldeten Informationen (nach Änderung des § 131 SGB V nunmehr auch ein Kennzeichen zur Verordnungsfähigkeit zu Lasten der GKV) auch enthalten. Damit soll bei entsprechenden Produkten künftig Verordnungssicherheit bei den verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzten hergestellt und außerdem ein bundesweit einheitliches Vorgehen sichergestellt werden.

Bewertung:

Die KBV begrüßt die vorgenommenen Änderungen. Der Arzt kann zukünftig zeitgleich zur Verordnung erkennen, ob das Verbandmittel oder auch ein Medizinprodukt (hierunter subsumiert auch die sogenannten Mittel zur modernen Wundversorgung) grundsätzlich zu Lasten der GKV verordnungsfähig ist. Dies trägt zur Verordnungssicherheit bei, wenngleich die Kritik an der nunmehr beabsichtigten Legaldefinition für Verbandmittel gemäß § 31 Absatz 1 a (neu) bestehen bleibt. Außerdem ist hierdurch gewährleistet, dass zukünftig ein bundesweit einheitliches Vorgehen sichergestellt ist.

Nr. 8 (§ 125) Heilmittelverträge**Sachverhalt:**

Für Vergütungsverträge zwischen Krankenkassen und Heilmittelerbringern sollen der Grundsatz der Beitragssatzstabilität für die Jahre 2017 bis 2019 aufgehoben und die Frist, in der streitige Vergütungsvereinbarungen von einer Schiedsperson festzulegen sind, auf drei Monate begrenzt werden. Für den Fall, dass die Aufsichtsbehörde eine Schiedsperson festlegen muss, wird diese Frist auf einen Monat begrenzt.

Bewertung:

Die vorgesehenen Regelungen zur Flexibilisierung der Vergütungsabschlüsse dürfen aus Sicht der KBV nicht dazu führen, dass Preiserhöhungen für Heilmittel den Vertragsärzten im Zuge von Wirtschaftlichkeitsprüfungen bzw. im Rahmen der Ausgabenverantwortung nach § 84 SGB V zum Nachteil gereichen. Grundsätzlich sind tatsächliche Preiserhöhungen in den für das jeweilige Folgejahr prospektiv zu verhandelnden Heilmittelvereinbarungen nach § 84 SGB V nicht abbildbar, da die Veränderungen unterjährig stattfinden und damit allenfalls geschätzt werden können. Damit kann eine Bemessung des Anpassungsfaktors „Veränderung der Preise der Leistungen“ nach § 84 Abs. 2 Nr. 2 SGB V bei der Fortentwicklung des Ausgabenvolumen

prospektiv kaum eingeschätzt werden. Allerdings ist es den Kassenärztlichen Vereinigungen auch im Zuge der retrospektiven Bewertung dieses Anpassungsfaktors nicht möglich, die tatsächlichen Auswirkungen auf das Ausgabenvolumen abzubilden, da die Höhe der tatsächlichen Preisentwicklung durch die Landesverbände der Krankenkassen nicht regelhaft mitgeteilt werden. Diese Problematik wird durch die gesetzliche Änderung für Vergütungsabschlüsse zwischen Krankenkassenverbänden und Heilmittelerbringerverbänden den Grundsatz der Beitragssatzstabilität für die Jahre 2017 bis 2019 aufzuheben, noch verschärft.

Wenn das Ausgabenvolumen nach § 84 Abs. 1 SGB V jedoch immer weniger die tatsächliche Ausgabenentwicklung abbildet, ist dieses Steuerungsinstrument zunehmend ungeeignet. Diese Problematik wird durch die Einführung flächendeckender Modellvorhaben nach § 64d SGB V (neu), die im Ergebnis ebenfalls zu einer Bereinigung des Ausgabenvolumens führen müssen, weiter verschärft. Zudem spielt die jährliche Anpassung des Ausgabenvolumens zum Zwecke der Weiterentwicklung der Richtgrößen vor dem Hintergrund des GKV-VSG und der Ablösung der Richtgrößenprüfung als Regelprüfart eine immer geringere Rolle. Aus diesen Gründen ist aus Sicht der KBV eine Streichung von § 84 Abs. 3 SGB V zu prüfen.

Sollte der Gesetzgeber dennoch an der Vereinbarung von Ausgabenvolumina nach § 84 SGB V festhalten, so schlägt die KBV zumindest eine gesetzliche Klarstellung vor, die sicherstellt, dass alle Vergütungsabschlüsse den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Kenntnis gegeben werden, um eine den tatsächlichen Preisveränderungen entsprechende Anpassung des Ausgabenvolumens nach § 84 SGB V zu ermöglichen.

Änderungsvorschlag

- 1) § 84 Abs. 8 SGB V wird wie folgt geändert:

„Die Absätze 1 bis 7 sind für Heilmittel unter Berücksichtigung der besonderen Verordnungs- und Abrechnungsbedingungen entsprechend anzuwenden. Dies gilt mit der Maßgabe, dass an die Stelle des Ausgabenvolumens eine Verordnungsmenge tritt. Die veranlasste Menge der verordneten Heilmittel im Sinne des Abs. 5 S. 1 betrifft die während der Geltungsdauer der Heilmittelvereinbarung mit den Krankenkassen abgerechneten Heilmittelleinheiten.“

Alternativvorschlag

- 2) § 125 Abs. 2 SGB V wird wie folgt geändert:

In Absatz 2 wird als letzter Satz angefügt: „Nach Abschluss der Vergütungsvereinbarung setzen die vertragsschließenden Landesverbände der Krankenkassen die Kassenärztlichen Vereinigungen unmittelbar über die vereinbarten Vergütungssätze in Kenntnis.“

Nr. 12 (§ 131 Abs. 4) Rahmenverträge mit pharmazeutischen Unternehmen

Sachverhalt:

Mit den unten aufgeführten Ergänzungen (fett markiert) in § 131 Absatz 4 werden neben pharmazeutischen Unternehmen auch Hersteller von Medizinprodukten gesetzlich verpflichtet, die für die Abrechnung erforderlichen Preis- und Produktangaben zu übermitteln. Zusätzlich gemeldet werden muss für Produkte nach § 31 Absatz 1 Satz 2 ein Kennzeichen zur Verordnungsfähigkeit zu Lasten der GKV.

Für die Abrechnung von Fertigarzneimitteln, von Verbandmitteln und von Produkten, die gemäß den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nummer 6 zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können übermitteln die pharmazeutischen Unternehmer und sonstigen Hersteller die für die Abrechnung nach § 300 erforderlichen Preis- und Produktangaben einschließlich der Rabatte nach § 130a an die in §

129 Abs. 2 genannten Verbände sowie an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Gemeinsamen Bundesausschuss im Wege elektronischer Datenübertragung und maschinell verwertbar auf Datenträgern; dabei ist auch der für den Versicherten maßgebliche Arzneimittelabgabepreis nach § 129 Abs. 5a sowie für Produkte nach § 31 Abs. 1 Satz 2 und Absatz 1a Satz 1 und 4 ein Kennzeichen zur Verordnungsfähigkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung anzugeben.

Bewertung:

Die KBV begrüßt diese Regelung, die unverzichtbare Voraussetzung dafür ist, entsprechende Informationen auch in die Praxisverwaltungssysteme der Ärzte aufzunehmen. Zusammen mit der vorgenommenen Ergänzung in § 73 Absatz 8 kann der Arzt künftig bereits bei der Verordnung eines entsprechenden Produktes erkennen, ob es zu Lasten der GKV verordnungsfähig ist. Dies trägt zur Verordnungssicherheit bei. Wichtig ist, dass nunmehr im Vergleich zur Regelung im Referentenentwurf bei Verbandmittel sowohl für die der Legaldefinition entsprechenden als auch für die sonstigen Produkte eine Kennzeichnung hinsichtlich ihrer Verordnungsfähigkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen ist.

Nr. 13 (§ 132a Abs. 1) Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

Sachverhalt:

GKV-Spitzenverband und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene sollen Regelungen zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung mit häuslicher Krankenpflege aufnehmen. Dies soll auch für die neu vorgesehene Einbeziehung von Wundzentren in die häusliche Krankenpflege gelten.

Bewertung:

Die Aufnahme von Regelungen zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit häuslicher Krankenpflege wird begrüßt. Die Einbeziehung der Wundzentren in die häusliche Krankenpflege als Behandlungssetting erachtet die KBV als nicht sachgerecht. Im Übrigen wird auf die Ausführungen unter Nr. 3 verwiesen.

C. Zusätzlicher Änderungsvorschlag der KBV zum Bereich der Heilmittelversorgung

Nr. 22 – neu (§ 302 SGB V) Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer

Sachverhalt:

Es gehört zu den gesetzlichen Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), ihre Mitglieder über die Wirtschaftlichkeit ihrer Verordnungen zu beraten. Ein Bezug der Abrechnungsdaten der Heilmittel-Leistungserbringer würde die KVen in die Lage versetzen, die Vertragsärzte zum frühestmöglichen Zeitpunkt über ihr Ordnungsverhalten zu informieren.

Die Rechenzentren der Heilmittel-Leistungserbringer dürfen den KVen die Abrechnungsdaten nach § 302 Absatz 1 bereits nach geltendem Recht übermitteln, sofern diese sie zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben verwenden. Allerdings besteht bislang kein Rechtsanspruch der KVen, die Daten übermittelt zu bekommen. Durch die Schaffung eines gesetzlichen Anspruches auf Übermittlung der Daten wird der finanzielle Aufwand für die KVen beim Bezug der Daten auf die Erstattung des tatsächlichen Aufwandes reduziert. Da derzeit nur rund 80% der Heilmittel-Leistungserbringer die Dienste eines Rechenzentrums nutzen, ist es erforderlich, die Möglichkeiten der Datenanforderung durch die KVen auch auf die Leistungserbringer auszuweiten, die kein Rechenzentrum nutzen.

Es wird weiterhin klargestellt, dass bei einer fallbezogenen Verarbeitung der Daten durch die KVen diese nur zulässig ist, sofern der Bezieher der Daten Sorge dafür trägt, dass der Versichertenbezug der übermittelten Daten zuvor von einer räumlich, organisatorisch und personell getrennten Stelle pseudonymisiert wird.

Änderungsvorschlag

§ 302 SGB V wird wie folgt geändert:

In Abs. 2 wird Satz 4 gestrichen und wie folgt ersetzt: „Die Leistungserbringer nach Absatz 1 übermitteln unentgeltlich auf Anforderung den Kassenärztlichen Vereinigungen monatlich die Daten nach Absatz 1, soweit diese Daten zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach §§ 73 Abs. 8, 84 und 305a erforderlich sind. Vor der Verarbeitung der Daten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen ist der Versichertenbezug durch eine von der Kassenärztlichen Vereinigung räumlich, organisatorisch und personell getrennte Stelle zu pseudonymisieren.“

D. Zusätzlicher fachfremder Änderungsvorschlag der KBV zu § 299 SGB V

In § 299 Abs. 1 SGB V wird der Satz 7 ergänzt:

Es ist auszuschließen, dass die Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen oder deren jeweilige Verbände Kenntnis von Daten erlangen, die über den Umfang der ihnen nach den §§ 295, 300, 301, 301a und 302 zu übermittelnden Daten hinausgeht; dies gilt nicht für die Kassenärztlichen Vereinigungen in Bezug auf die für die Durchführung der Qualitätsprüfung nach § 135b Abs. 2 erforderlichen Daten **oder wenn sie Aufgaben in ihrer Funktion als Datenannahmestellen oder sonstige Aufgaben der Qualitätssicherung aus Richtlinien nach §136 Absatz 1 Satz 1 wahrnehmen.**

Begründung:

Ziel dieses Gesetzesänderungsvorschlags ist es insbesondere, die Umsetzung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung durch eine Anpassung der datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen zu fördern und Rechtsklarheit herzustellen. Neben der Vereinfachung der Datenprüfung für Datenannahmestellen soll eine sichere Rechtsgrundlage geschaffen werden, die es den Kassenärztlichen Vereinigungen in begründeten Fällen ermöglicht, Webportale für Zwecke der Qualitätssicherung zur Verfügung zu stellen.

Die vorgeschlagene Ergänzung würde es zudem ermöglichen, die Datenprüfung im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens zur Dialyse *gemäß § 136 Abs. 1 SGB V (Qualitätssicherungsrichtlinie Dialyse (QSD-RL) effizienter zu gestalten und könnte im Rahmen zukünftiger Qualitätssicherungsverfahren von Nutzen sein, wie z. B. bei einem potenziellen Ausbau der Qualitätssicherung gemäß § 116b Abs. 4 (Ambulante spezialfachärztliche Versorgung)*. Gleiches gilt für die künftige Überprüfung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements: die Kassenärztlichen Vereinigungen müssten Einsichtsrechte in die übermittelten Daten haben, um ein Webportal technisch datenschutzkonform realisieren zu können sowie Rückfragen der Niedergelassenen zu beantworten und diese gezielt beraten zu können.

Hintergrund zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung

Die erste themenspezifische Bestimmung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung [„Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie“] ist im Juli 2015 in Kraft getreten. Die bisherigen Erfahrungen bei der Umsetzung dieses ersten sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zeigen, dass die fehlende Möglichkeit zur Einsichtnahme für Datenannahmestellen in die Daten der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, die sich aus den Vorgaben des § 299 SGB V ergibt, deren Aufgaben bei der Datenprüfung (Vollzähligkeit, Vollständigkeit, Plausibilität) deutlich erschwert. Zudem ist auch der Support durch Datenannahmestellen für die datenübermittelnden Leistungserbringer lediglich eingeschränkt möglich, da z. B. die Ursachen von Fehlermeldungen bei der Dateneingabe nur schwer oder gar nicht geklärt werden können, solange Datenannahmestellen keine Möglichkeit zur Einsichtnahme in die übermittelten Daten haben.

Bereits jetzt zeichnen sich auch für weitere Verfahren Hemmnisse für die erfolgreiche Umsetzung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung aufgrund der Vorgaben des § 299 SGB V ab. Beispielsweise beinhaltet das Konzept zum sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren zur Vermeidung postoperativer Wundinfektionen und nosokomialer Infektionen eine jährliche Einrichtungsbefragung zu Aspekten des Hygienemanagements in Praxen, Medizinischen Versorgungszentren und Krankenhäusern. Im niedergelassenen Bereich wird dies ca. 5500 Praxen und MVZ betreffen bei insgesamt mehr als 150 Praxisverwaltungssystemen. Für den einzelnen Softwarehersteller ist daher mit lediglich einer kleinen Anzahl potenzieller Abnehmer zu rechnen. Nach den bisherigen Erfahrungen im Bereich der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung ist anzunehmen, dass aufgrund des wirtschaftli-

chen Risikos der Investition in eine Programmierung durch den Softwarehersteller entsprechende Softwareangebote gar nicht oder zumindest nicht flächendeckend angeboten werden.

Vor dem Hintergrund bereits fehlender Angebote seitens der Softwareindustrie zur Implementierung der IT-Spezifikation des sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur PCI und Koronarangiographie in die Praxisverwaltungssoftware, bestehen derzeit Überlegungen in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses, die Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 136 Abs. 1 Satz 2 SGB V zu verpflichten, Webportale zur Eingabe der Einrichtungsbefragung vorzuhalten. Hiermit soll sichergestellt werden, dass überhaupt ein Angebot zur Dateneingabe zur Verfügung steht.

Eine Voraussetzung dafür wäre jedoch, dass der § 299 SGB V ergänzt wird. Die jetzige Formulierung verunmöglicht das Angebot und Betreiben eines Webportals durch Kassenärztliche Vereinigungen für den Zweck der Qualitätssicherung. Denn bei einer solchen Webportallösung wäre es grundsätzlich möglich, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen Einsicht in die im Webportal übermittelten einrichtungsbezogenen Daten nehmen könnten.

Um die sektorenübergreifende Qualitätssicherung praktikabel zu gestalten und die Kosten sowie die verbundenen Aufwände möglichst gering zu halten, hält die KBV eine klarstellende Regelung zur Einsichtnahme in medizinische Qualitätssicherungsdaten durch Kassenärztliche Vereinigungen, wenn sie beispielsweise Aufgaben als Datenannahmestellen für Richtlinien nach § 136 Absatz 1 Satz 1 wahrnehmen, für geboten.

Hintergrund zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement

Momentan gibt es zwar noch keinen Beschluss, wie künftig die Erhebungen zum Umsetzungsstand des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements aussehen werden, ein diesbezüglicher Auftrag ist jedoch bereits an das IQTIG erteilt worden. Für die Überprüfung auf der Grundlage einer elektronischen Erfassung und Übermittlung entsprechender Daten, z. B. über ein Webportal, müssten auch bei diesem Thema die Kassenärztlichen Vereinigungen Einsichtsrechte in die Daten haben, um ein Webportal überhaupt datenschutzkonform realisieren zu können.

Gerade beim Thema Qualitätsmanagement muss die Qualitätsförderung im Sinne lernender Organisationen im Vordergrund stehen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können aber Rückfragen der Niedergelassenen auch nur dann beantworten und diese gezielt beraten, wenn sie Einsichtsrechte haben.