

Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen – Stand 13.03.24

Die stationäre Versorgung leidet seit vielen Jahren unter der unzureichenden Investitionskostenfinanzierung der Länder. Dieses Versäumnis geht mit einer in weiten Teilen unambitionierten Krankenhausplanung einher. Es muss bezweifelt werden, ob die hoheitsrechtlich den Ländern zugewiesene Aufgabe der Investitionskostenfinanzierung, häufig durch Mittel des Gesundheitsfonds, also der Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung, substituiert werden darf und sollte. Diese Mittel fehlen zwangsläufig an anderer Stelle – etwa zur Entbudgetierung der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Zu **Artikel 1, 5.** (§§ 115g, h SGB V) und **7.** (§ 121 SGB V)

Ein sehr kleiner, jedoch perspektivisch größer werdender Teil der vertragszahnärztlich - insbesondere oralchirurgisch und präventiv – konservierend - zu behandelnder Patienten, bedarf ergänzender Betreuung, Nachsorge, einer pflegerischen Überwachung und/oder einer Behandlung unter Vollnarkose. Dabei handelt es sich um Hochrisikopatienten mit erheblichen Einschränkungen durch Allgemeinerkrankungen (Tumor-, Herz-Kreislauf-, ...), geistig und/oder körperlich stark eingeschränkte Personen sowie Klein(st)-Kinder.

Gemäß § 115h SGB V (neu) erbringen „Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115g Absatz 1 Krankenbehandlungen als medizinisch-pflegerische Versorgung, wenn für die Versicherten eine ambulante ärztliche Behandlung auf Grund ihrer individuellen Verfassung, der persönlichen Lebenssituation oder wegen bestehender Vor- oder Begleiterkrankungen nicht ausreichend ist, weil neben dem medizinischen Behandlungsanlass ein besonderer pflegerischer Bedarf besteht.“ Nichts anderes muss für diese Patientengruppen im Falle einer vertragszahnärztlichen Behandlung gelten. Der Berufsverband Deutscher Oralchirurgen regt deshalb die Aufnahme „belegzahnärztlicher Leistungen“ als optionale sektorübergreifende Leistung an sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen gemäß § 115g Abs. 2 Satz 1 SGB V (neu) an.

Auch wenn durch die Formulierung „insbesondere“ in § 115g Abs. 2 Satz 1 SGB V (neu) – bereits verdeutlicht wird, dass weitere, nicht aufgezählte sektorübergreifende Leistungen den Häusern grundsätzlich eröffnet sind, ist eine Klarstellung erforderlich. Bislang sind belegzahnärztliche Leistungen durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ausgeschlossen.¹ Entsprechend ist in § 121 SGB V ausschließlich von „nicht am Krankenhaus angestellten Vertragsärzten“ die Rede.

¹ Urteil vom 12.12.2012, B 6 KA 15/12 R. Das BSG begründete den Ausschluss der Vertragszahnärzteschaft damit, dass „die Übertragung der für Ärzte geltenden Vorschriften auf Zahnärzte nicht nur dann ausgeschlossen ist, wenn das Gesetz ausdrücklich von vertragsärztlichen bzw. vertragszahnärztlichen Regelungen spricht,

Da sektorübergreifende Leistungen an sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen gem. § 115g Abs. 1 SGB V (neu) keine "stationäre Behandlung" im engeren Sinne mehr darstellen werden (welche den Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität der Leistungsgruppen unterliegen sowie den Vorgaben zu Mindestvorhaltezahlen unterfallen), sollte diese besondere Form der Versorgung auch der vertragszahnärztlichen Behandlung – in Form von Kooperationen mit niedergelassenen Vertragszahnärzten - eröffnet werden.

In § 121 SGB V sollte die Überschrift wie folgt gefasst werden: „Belegärztliche und belegzahnärztliche Leistungen und sonstige ärztliche und zahnärztliche Leistungen im Krankenhaus“. In § 121 Abs. 7 SGB V (neu) sollte das "verringerte krankenhausindividuelle Tagesentgelt" für sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen auch vertragszahnärztliche Leistungen einbeziehen. Die Honorierung des Vertragszahnarztes müsste zwingend extrabudgetär erfolgen.

sondern immer schon dann, wenn sich aus dem Zusammenhang der maßgeblichen Vorschriften bzw. dem Sinngehalt der jeweils zu regelnden Materie ergibt, dass eine Anwendung auf den zahnärztlichen Bereich nicht in Betracht kommt.“ Es sei zwar „theoretisch möglich, jeweils über die Generalverweisung des § 72 Abs. 1 Satz 2 SGB V immer dort, wo in § 115 SGB V von KV und Vertragsärzten die Rede ist, auch die KZV, die Vertragszahnärzte einzubeziehen“, doch zeige sich „spätestens bei der Regelung des § 115 Abs. 3 SGB V über die erweiterte Schiedsstelle zur Festsetzung des Inhalts der sogenannten dreiseitigen Verträge zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten, dass eine Beteiligung der KZBV bzw. von Vertragszahnärzten nicht vorgesehen ist.“ Obwohl etwa in § 115b Abs. 1 SGB V bei den ambulanten Operationen bis heute (!) von „Kassenärztlichen Bundesvereinigungen“ die Rede ist, wird dem keine Rechnung getragen. Das BSG nahm 2012 an, dass der Plural fehlerhaft ins Gesetzblatt gelangt sei.