

# Tragende Gründe



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

## **zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Geschäftsordnung: Änderung der Anlage I zur Bestimmung der Stimmrechte nach § 91 Absatz 2a Satz 3 SGB V**

Vom 21. Januar 2016

### **Inhalt**

<b>1. Rechtsgrundlage .....</b>	<b>2</b>
<b>2. Eckpunkte der Entscheidung .....</b>	<b>2</b>
<b>3. Bürokratiekostenermittlung.....</b>	<b>5</b>
<b>4. Verfahrensablauf .....</b>	<b>6</b>

## **1. Rechtsgrundlage**

Die Geschäftsordnung (GO) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist gemäß § 91 Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 SGB V zu beschließen und bedarf gemäß § 91 Absatz 4 Satz 2 SGB V der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG).

Anlage I der GO legt die stimmberechtigten Organisationen der Leistungserbringer gemäß § 91 Absatz 2a SGB V fest.

## **2. Eckpunkte der Entscheidung**

Gemäß § 91 Abs. 2a Satz 1 SGB V werden bei Beschlüssen, die allein einen der Leistungssektoren wesentlich betreffen, alle fünf Stimmen der Leistungserbringerseite anteilig auf diejenigen Mitglieder übertragen, die von der betroffenen Leistungserbringerorganisation benannt worden sind. Gemäß § 14a Abs. 3 Satz 1 der Geschäftsordnung des G-BA (GO G-BA) ergeben sich die Stimmberechtigten der Leistungserbringerseite und die Anzahl ihrer Stimmen bei Beschlüssen, die allein einen oder zwei der Leistungssektoren wesentlich betreffen, je nach Richtlinie oder nach Art der Entscheidung aus der Anlage I der Geschäftsordnung. Gemäß § 14a Abs. 3 Satz 7 GO G-BA ist jedoch eine von der Anlage I abweichende Stimmrechtsverteilung möglich, wenn eine Leistungserbringerorganisation von der Norm oder von einem Abschnitt der Norm wesentlich betroffen ist. In einem solchen Fall ist vom Plenum zeitnah eine Beschlussfassung zu der von Anlage I der Geschäftsordnung abweichenden Stimmrechtsverteilung herbeizuführen.

Gemäß § 14a Absatz 3 Satz 4 der GO des G-BA ist bei neuen Richtlinien und neuartigen Entscheidungen, welche nicht einer bestehenden Richtlinie zuzurechnen und ihrer Art nach neu sind, bei Einleitung der entsprechenden Beratungen über eine Aufnahme in die Anlage I der GO zu entscheiden.

Mit dem Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) vom TT.MM.JJJJ, in Kraft getreten am TT.MM.JJJJ, wurde die Neu-Regelung des § 136c SGB V ergänzt. Dieser sieht unter anderem vor, dass der G-BA nach Absatz 4 Regelungen zur stationären Notfallversorgung sowie nach Absatz 3 Regelungen zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen trifft. Durch Nummer I. 1. werden die Bezeichnungen der neuen Richtlinien und die Stimmrechtsverteilung geregelt.

Außerdem werden durch die Nummer I. 2. redaktionelle Anpassungen in der Anlage I vorgenommen.

Hierzu im Einzelnen:

### **2.1. Zu Nummer I.1:**

1) Zu Zeile 59: Richtlinie zum gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern  
Nach § 136c Abs. 4 Satz 2 SGB V i. d. F. des KHSG soll der G-BA für jede Stufe der Notfallversorgung insbesondere Mindestvorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfalleistungen differenziert festlegen.

Der Brückenschlag von dieser Festlegung des Stufensystems insbesondere im Hinblick auf die Ausstattung und zeitliche Verfügbarkeit zum ambulanten Leistungsgeschehen ist über die tatsächliche praktische Inanspruchnahme der stationären Versorgung gegeben. Die

stationäre Notfallversorgung dürfte sich regelmäßig an die Einlieferung in die Notaufnahme des Krankenhauses anschließen. Hier kommt - neben dem Rettungsdienst - auch eine Einlieferung durch den Vertragsarzt (sowohl direkt während der Sprechstundenzeiten oder außerhalb der Sprechstundenzeiten im vertragsärztlichen Notdienst) in Betracht. Natürlich ist die Notaufnahme auch direkte Anlaufstelle für Patienten, was ggf. ebenfalls sich anschließende stationäre Notfallversorgung erfordert. Damit ist eine direkte Verknüpfung der stationären Notfallversorgung mit dem ambulanten Notdienst gegeben.

Zudem lässt sich die Betroffenheit der Vertragsärzte aus den Portalpraxen ableiten. Im Hinblick auf die ambulante Notfallversorgung hat der Gesetzgeber bereits durch das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) in § 75 Abs. 1b SGB V die Rahmenbedingungen der ambulanten Notfallversorgung weiterentwickelt und die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Kooperation mit nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern verpflichtet. Mit der geplanten Einführung der Portalpraxen wird diese Kooperationsverpflichtung konkretisiert.

Mit der Regelung in § 75 Abs. 1b SGB V i. d. F. des KHSG hat der Gesetzgeber festgelegt, dass die ambulante und die stationäre Notfallversorgung unter anderem durch die – allerdings nicht verpflichtend geregelte – Einrichtung von Portalpraxen stärker verknüpft werden soll. In der Gesetzesbegründung wird ausdrücklich darauf verwiesen, dass durch diese Maßnahme die Regelungen zum Notdienst weiterentwickelt werden sollen: Sei an einem Krankenhaus eine Notdienstpraxis eingerichtet worden, müssen Patientinnen und Patienten, die außerhalb der Sprechstundenzeiten von sich aus das Krankenhaus aufsuchen, grundsätzlich zunächst die Notdienstpraxis in Anspruch nehmen. Dort sei dann zu entscheiden, ob die betreffende Person ggf. einer unmittelbaren stationären Behandlung im Krankenhaus oder einer weitergehenden Untersuchung im Krankenhaus bedarf oder nach einer Stabilisierung der gesundheitlichen Situation auf die Weiterbehandlung im Rahmen der regulären Öffnungszeiten der vertragsärztlichen Praxen verwiesen werden kann. Damit soll offenbar durch die Einbettung der Portalpraxen die Struktur und die Häufigkeit der Inanspruchnahme von ambulantem Notdienst und stationärer Notfallversorgung verändert werden.

Dies ergibt sich auch aus dem Auftrag des Gesetzgebers an den ergänzten Bewertungsausschuss (GKV, KBV und DKG), die Vergütung im EBM nach dem Schweregrad des Notfalls bis zum 31. Dezember 2016 zu differenzieren (§ 87 Abs. 2a Satz 14 SGB V i. d. F. des KHSG). Insgesamt soll offenbar nach dem Willen des Gesetzgebers mit der Einrichtung der Portalpraxen eine stärkere Einbettung des ambulanten Notdienstes und eine Neuordnung der Abgrenzung ambulanter Notdienst/ Rettungsdienst erreicht werden. Vor diesem Hintergrund betrifft die vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu treffende Stufenabfolge auch den ambulanten Sektor in wesentlichem Umfang.

Für diese Auffassung spricht schließlich, dass das gemeinsame Landesgremium in § 90a Abs. 1 Satz 2 SGB V i.d.F. des KHSG Empfehlungen auch zu einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung abgeben kann; ferner ist nach § 115 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V die Zusammenarbeit bei der Gestaltung und Durchführung eines ständig einsatzbereiten Notdienstes durch dreiseitige Verträge zwischen Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Landeskrankenhausesgesellschaften zu regeln.

## 2) Zu Zeile 60: Richtlinie zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen

Eine qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten kann unter den Rahmenbedingungen der faktischen und auch politisch gewollten Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgungsangebote nur in einer sektorenübergreifenden Sicht erreicht werden. Die Sicherstellung der Versorgung, welche mit der finanziellen Unterstützung der Krankenhäuser in bestimmten Leistungsbereichen erreicht werden soll, betrifft immer dann auch die Vertragsärzte, wenn diese ebenfalls diese Leistungen zur Verfügung stellen könnten, aber für ihr Angebot keine finanzielle

Unterstützung erfahren. Vor dem Hintergrund des Vorrangs von ambulanten vor stationären Leistungen kann die Frage, in welchem Umfang Krankenhäuser Leistungen sicherstellen sollen, erst nach Feststellung eines bestehenden Defizits der ambulant zur Verfügung gestellten Leistungen beantwortet werden. Die wesentliche Betroffenheit der Vertragsärzte durch Richtlinien nach § 136c Abs. 3 SGB V tritt somit bei im Wettbewerb mit Krankenhäusern erbrachten Leistungen ein.

Dabei kann die Richtlinie des G-BA nicht auf ihre ökonomischen Auswirkungen begrenzt werden. Denn mit den auf Basis der Regelungen des G-BA zu vereinbarenden Zuschlägen, soll die Schließung defizitärer Leistungsbereiche des Krankenhauses vermieden werden. Sowohl die Schließung als auch die Weiterführung eines in der lokalen Versorgung oft langjährig etablierten Krankenhauses hat unmittelbare und wesentliche Rückwirkungen auf die ambulante Versorgung und dies nicht nur auf die Bereitschaftsdienstversorgung. Dies wird unterstützt durch die gesetzlich gebotene Berücksichtigung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, welche nach § 91 Abs. 7 S. 2 SGB V in der Regel sektorenübergreifend zu beschließen sind. Die Auswirkungen solcher Standortschließungen auf den ambulanten Bereich zeigen sich besonders deutlich bei der gesetzlichen Regelung in § 116a SGB V i.d.F. des GKV-VSG. Danach muss der Zulassungsausschuss (früher Kann-Regelung) zugelassene Krankenhäuser auf Antrag in Planungsbereichen, für die eine ärztliche Unterversorgung oder ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht, zu dessen Beseitigung zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen. Der Bestand eines Krankenhauses in unterversorgten Regionen hat somit unmittelbare Auswirkungen auf die ambulante Versorgung. Ein weiteres Indiz für einen sektorenübergreifenden Ansatz enthält die Krankenhausstrukturfonds-Verordnung vom 17. Dezember 2015, nach der eine Umwandlung einer stationären Einrichtung bzw. Abteilung in eine Einrichtung der ambulanten Versorgung finanziell gefördert werden kann. Hiermit wird die Verzahnung zwischen stationärer, insbesondere defizitäre Versorgung und ambulanter Versorgung nochmals besonders deutlich.

Darüber hinaus ist der vertragsärztliche Bereich auch bei der zunehmenden Zahl von Leistungen betroffen, bei denen Krankenhäuser und Vertragsärzte zusammenwirken sollen. Das bundesdeutsche Recht kennt inzwischen fast zwei Dutzend unterschiedliche Rechtsformen für ambulante Krankenhausleistungen (u.a. PIA, Hochschulambulanz, AOP, vor-, nach- und teilstationär). In all diesen Fällen ist die ambulante „Zulassung“ direkt an den stationären Standort gekoppelt. Insofern gibt es eine direkte Auswirkung der stationären Sicherstellung auf die ambulante Versorgung – also eine Auswirkung, die nicht nur über den mittelbaren Zusammenhang zwischen ambulantem und stationärem Sektor besteht.

Nach § 136c Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 SGB V i.d.F. des KHSG hat der G-BA außerdem Vorgaben zur Frage, für welche Leistungen die notwendige Vorhaltung für die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist, zu beschließen. Ausweislich der Gesetzesbegründung ist bei dieser Festlegung ein enger Maßstab anzuwenden. Neben Leistungen der Notfallversorgung (im Sinne der rettungsdienstlichen Definition) können Leistungen einbezogen werden, bei denen unmittelbare diagnostische oder therapeutische Versorgung erforderlich ist (vgl. BT-Drs. 18/5372, S. 91). Ist der vertragsärztliche Notdienst auf die Anschlussversorgung angewiesen, ist er im Hinblick auf Erreichbarkeiten betroffen.

Weiterhin ist der vertragsärztliche Versorgungsbereich bezogen auf die belegärztlichen Leistungen unmittelbar vom Vorhandensein eines Krankenhauses abhängig. Die Schließung eines Krankenhauses hat deshalb auch unmittelbare Auswirkungen auf die entsprechenden belegärztlichen Versorgungsangebote.

Als übergeordnetes Argument ist zuletzt anzuführen, dass der Gesetzgeber durch das KHSG anstelle der bisherigen Vereinbarung von Maßstäben durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene nach § 17b Abs. 1 S. 6 KHG die Voraussetzungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen durch den G-BA beschließen lassen will. Daraus ergibt sich, dass die Festlegung der Voraussetzungen der alleinigen Verantwortung von DKG und GKV (und

PKV) entzogen werden sollte. Hingegen würde eine Verkürzung der wesentlichen Betroffenheit auf eine unmittelbare Adressierung der vom G-BA zu beschließenden Norm gegen die Systematik des § 91 Abs. 2a SGB V und auch die bisherige Genehmigungspraxis des BMG verstoßen. Denn auch bei der Methodenbewertung stimmt – wie gesetzlich in § 91 Abs. 2a Satz 4 SGB V vorgesehen – die DKG bei Beschlüssen nach § 135 Abs. 1 SGB V und die KBV bei Beschlüssen nach § 137c Abs. 1 SGB V mit. Dies hat der Gesetzgeber des GKV-VStG vor dem Hintergrund der Annäherung der Sektoren und der notwendigen Abstimmung zwischen ambulantem und stationärem Leistungsbereich als sachgerecht angesehen (vgl. BT-Drs. 17/6906, S. 68). Demgemäß ist die vom G-BA vorzunehmende Ausfüllung und Konkretisierung des Begriffs „wesentliche Betroffenheit“ in der bisherigen Beschlusspraxis eher offen für sektorenübergreifende Stimmrechtsverteilung erfolgt und von der Rechtsaufsicht auch so genehmigt worden. So ist die DKG beispielsweise auch bei der „Richtlinie über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung“ einschließlich der frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln sowie der „Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung“ stimmberechtigt. Bei den aktuell getroffenen Entscheidungen wurde diese Beschlusspraxis im Sinne einer einheitlichen Anwendung der gesetzlichen Vorgaben und einer gleichmäßigen Ausfüllung des Begriffs „wesentliche Betroffenheit“ fortgeführt.

## **2.2. Zu Nummer I.2.:**

Bei diesen Änderungen handelt es sich lediglich um redaktionelle Anpassungen von Bezeichnungen der in Anlage I der Geschäftsordnung genannten Richtlinien aus dem Bereich Veranlasste Leistungen, welche aufgrund inzwischen erfolgter Überarbeitung oder Neufassung der Richtlinien anzupassen sind.

## **2.3. zu Nummer II.:**

Aufgrund des Beschlusses vom 20. November 2014 zur Änderung der Geschäftsordnung werden Änderungen der Zeilennummern in Anlage I durch das Aufheben der Zeilen 26 bis 28 mit Inkrafttreten der Qualitätsmanagement-Richtlinie in Kraft treten. Da diese Richtlinie am 17.12.2015 beschlossen wurde, ist mit einem Inkrafttreten der Verschiebung vor Veröffentlichung dieses Beschlusses zu rechnen. Sollte es zu Verzögerungen kommen, wird ein Inkrafttreten der vorliegenden Regelung durch die Bestimmung unter II. wonach die Qualitätsmanagement-Richtlinie vor dieser in Kraft treten muss, gehemmt.

## **3. Bürokratiekostenermittlung**

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel Verfo und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

#### 4. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
10.12.2015	AG GO-VerfO	Beratung zur Stimmrechtsverteilung und Namensänderung. Die weitere Abstimmung der Beschlussunterlagen erfolgte im schriftlichen Verfahren.
21.01.2016	Plenum	Abschließende Beratungen und Beschluss
TT.MM.JJJJ		Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit gemäß § 91 Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 SGB V
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

Berlin, den 21. Januar 2016

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken