



RECHTSANWÄLTE WIGGE

BERATUNG IM MEDIZINRECHT

RAe Wigge · Scharnhorststraße 40 · 48151 Münster

Herrn Christian Leber

Leiter Referat 226 – Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen

Bundesministerium für Gesundheit

53107 Bonn

Kanzlei Münster

Prof. Dr. jur. Peter Wigge
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht

Jonas Kaufhold
Angestellter Rechtsanwalt

Philip Steuer
Angestellter Rechtsanwalt

Scharnhorststraße 40
48151 Münster
Telefon: +49 251 53595-0
Telefax: +49 251 53595-99

Kanzlei Hamburg

René T. Steinhäuser
Rechtsanwalt

Tilman Kirsch
Angestellter Rechtsanwalt

Christina Feldmeier
Angestellte Rechtsanwältin
Fachwältin für Medizinrecht

Of Counsel
Dr. jur. Horst Bonvie
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht

Großer Burstah 42
20457 Hamburg
Telefon: +49 40 3398705-90
Telefax: +49 40 3398705-99

Kanzlei Lüdinghausen

Birgit Baumgarten-Wigge
Rechtsanwältin

Mühlenstraße 55
59348 Lüdinghausen
Telefon: +49 2591 94765-7
Telefax: +49 2591 94765-8

Internet: www.ra-wigge.de
E-Mail: kanzlei@ra-wigge.de

Bankverbindungen

Deutsche Apotheker-
und Ärztebank eG
IBAN: DE42 3006 0601 0005 1747 40
BIC: DAAEDEDXXX

Sparkasse Westmünsterland
IBAN: DE61 4015 4530 0020 0421 64
BIC: WELADE3WXXX

Münster/Hamburg, den 26.03.2020

Reg.-Nr.: 1001-20/PW-AD

COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz, ambulante Leistungserbringer

Sehr geehrter Herr Leber,

zu dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz haben wir hinsichtlich der geplanten Änderungen unter dem Abschnitt Art. 1 „Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ durch Einführung eines § 21 KHG n.F. und unter dem Abschnitt Art. 3 „Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ durch Einführung eines § 87b Abs. 2a SGB V n.F. nachstehende Anmerkungen, da die beabsichtigten Unterstützungsmaßnahmen nicht greifen oder nicht ausreichend greifen können.

1. Art. 1 „Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“, § 21 KHG n.F.

Die Regelung berücksichtigt nicht, dass Dritte als externe Leistungserbringer an den stationären Behandlungen in den Krankenhäusern beteiligt sein können und daher die Einnahmeausfälle nicht vollständig bei den Krankenhäusern entstehen. Es gibt zahlreiche radiologische oder nuklearmedizinische Praxen, die für die Krankenhäuser die radiologische oder nuklearmedizinische Versorgung

sicherstellen. Nach der vorgesehenen Regelung des § 21 KHG n.F. erhalten die Krankenhäuser über die Referenzwerte nach § 21 Abs. 2 KHG n.F. eine Ausgleichszahlung in der Leistungsanteile von radiologischen oder nuklearmedizinischen Praxen als externer Leistungserbringer enthalten sind. Es fehlt daher an einem direkten Partizipieren der externen ärztlichen Dienstleister an den Ausgleichszahlungen nach § 21 KHG n.F. hinsichtlich der Leistungen, die die Krankenhäuser nur hätten erbringen können, weil sie zivilrechtliche Verträge mit niedergelassenen radiologischen oder nuklearmedizinischen Praxen einschließlich Medizinischer Versorgungszentren abgeschlossen haben. Eine mittelbare Einbindung der externen ärztlichen Dienstleister fehlt daneben. Es ist keine gesetzliche Verpflichtung vorgesehen, dass die Krankenhäuser anteilig die Ausgleichszahlungen an die externen ärztlichen Dienstleister weiterleiten müssen.

2. Art. 3 „Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“, § 87b Abs. 2a SGB V n.F.

Es bedarf nach diesseitiger praktischer Erfahrung konkreter Vorgaben des Gesetzgebers, was mit dem unbestimmten Rechtsbegriff *„in einem die Fortführung der Arztpraxis gefährdenden Umfang“* gemeint ist. Die diesseitige Empfehlung lautet: Der Gesetzgeber sollte eine prozentuale Grenze vorsehen, die ab einem bestimmten Wert X für die Kassenärztlichen Vereinigungen und gesetzlichen Krankenkassen zwingend davon ausgeht, dass eine Gefährdung der Fortführung der Arztpraxis vorliege. Die Regelung sollte zulassen, dass auch bei einem geringeren Wert die Annahme einer Fortführungsgefährdung nicht ausgeschlossen ist. Die Möglichkeit einer Einzelfallprüfung soll daher unbedingt erhalten bleiben. Die Regelung führt in der aktuellen Fassung dazu, dass die Praxis sämtliche Einnahmen offenlegen müsste. Dies schließt Einnahmen aus privatärztlichen Tätigkeiten einschließlich der Tätigkeiten für stationäre Leistungserbringer ein. In der Regel dürfen diese weiteren Einkünfte nicht offengelegt werden. Im Falle, dass eine Kassenärztliche Vereinigung die Annahme einer Fortführungsgefährdung ablehnen würde, bestünde in der Regel aufgrund der DSGVO und bereits bestehender vertraglicher Vereinbarungen mit den Krankenhäusern keine Berechtigung zur Offenlegung der Daten. Unbürokratisch ist dies in keinem Fall, daneben außerordentlich konfliktträchtig und erschwert den Zugang zu dringend erforderlichen Hilfen erheblich. Hinsichtlich der prozentualen Grenze sollte der Gesetzgeber nicht wie in der neuen Regelung § 87a Abs. 3b SGB V n.F. auf eine zehnprozentige Abweichung abstellen. 10 Prozent des Gesamtumsatzes in einer Radiologie machen ca. 30 Prozent des Gewinnes aus – vor Tilgungsleistungen und Steuern. In der Regel setzen die Kassenärztlichen Vereinigungen ab 5 Prozent Abweichung der Praxisvergütung gegenüber dem Durchschnitt der Fachgruppe auf Konvergenzregelungen, um Härten zu vermeiden oder abzumildern.

In Anknüpfung dieses Ansatzes könnte ein fünfprozentiger Fallzahlrückgang zu einer zwingenden Kompensation durch die Kassenärztlichen Vereinigungen führen.

Die Lage der Radiologie und anderer stark medizinisch-technischer Fächer ist nicht alleine aufgrund der SARS-CoV-2/COVID-19, sondern bereits aufgrund der Umsetzung der EBM-Reform in den Honorarverteilungsmaßstäben zum 01.04.2020 extrem angespannt.

Die medizinisch-technischen Fächer verlieren ab dem 01.04.2020 durch die Umsetzung der EBM-Reform in den jeweiligen Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen, mit Ausnahme der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, 10 bis 13 Prozent des GKV-Umsatzes (Radiologie) gegenüber dem entsprechenden Vorjahresquartal und daher ca. 30 bis 40 % des Gewinns. Der Fixkostenanteil beiträgt in der Regel 70% in diesen radiologischen Praxen, so dass sich die Umsatzrückgänge ausschließlich auf den verbleibenden Gewinnanteil von 30 bis 40 % auswirken.

Mit Ausnahme der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg setzen die meisten Kassenärztlichen Vereinigungen die EBM-Reform derart um, dass eine fiktive Neuberechnung der Abrechnung des Quartals 2/2019 auf der Grundlage der neuen EBM-Werte erfolgt und diese fiktive Abrechnung Grundlage für die Budgetzuweisung des Quartals 2/2020 sein wird. Entsprechend verfahren wird für die späteren Quartale. Dabei wird sich im Quartal 1/2021 eine Kumulation der Faktoren „EBM-Reform“ und „SARS-CoV-2/COVID-19“ ergeben, so dass eine wirtschaftliche Planung des Quartals nicht möglich sein wird. So heißt es etwa in dem Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg in der aktuellen Fassung in § 27 Abs. 8:

„Zur Berücksichtigung der ab dem Quartal 2/2020 geänderten EBM-Bewertungen wird bei den Kontingentberechnungen nach § 8 VM sowie den ILB-/PLB-Berechnungen nach § 16 VM für die Quartale 2/2020 bis 1/2021 bezüglich der Ermittlung der Leistungsbedarfsanteile im Vorjahresquartal eine Simulationsberechnung mit den ab dem Quartal 2/2020 geltenden Leistungsbewertungen durchgeführt. Dabei wird im fachärztlichen Vergütungsvolumen zunächst der Vergütungsanteil der Leistungskontingente nach § 8 Abs. 1 Satz 2 (a) bis (h) VM einerseits und der übrigen Arztgruppen- und Leistungskontingente nach § 8 Abs. 3 Satz 3 VM andererseits vor Simulationsberechnung errechnet. Sodann wird bezogen auf den Gesamtleistungsbedarf der übrigen Arztgruppen- und Leistungskontingente nach § 8 Abs. 3 Satz 3 VM für die sich aus der Simulationsberechnung ergebende Leistungsbedarfsveränderung ein Prozentfaktor ermittelt, mit dem das Vergütungsvolumen der übrigen Arztgruppen und Leistungskontingente nach § 8 Abs. 3 Satz 3 VM erhöht wird. Die dafür benötigten Mittel werden den nach § 8 Abs. 3 Satz 2 VM berechneten Leistungskontingenten „CT/MRT Radiologen“ und „MRT Nuklearmediziner“ anteilig entsprechend dem Umfang der Kontingente basiswirksam entnommen, maximal bis zu den durch die Simulation in diesen Kontingenten berechneten Veränderungen. Die weitergehenden Kontingentberechnungen nach § 8 Abs. 3 Satz 3 VM werden mit simulierten Leistungsbedarfsanteilen und dem nach Satz 3 erhöhten Vergütungsvolumen durchgeführt.“

Ein weiterer Umsatzverlust durch eine Fallzahlabenkung führt zu einem weiteren Rückgang des bisherigen Gewinns als Umsatz abzgl. der Fixkosten. Dabei haben die Radiologen aus dem verbleibenden Gewinn in der Regel ihre fremdfinanzierten Investitionen zu begleichen. Mit Abnahme der Fallzahlen und einer einhergehenden Reduzierung der Leistungsanforderung verlieren die medizinisch-technischen Fächer den bisherigen Besitzstand hinsichtlich eines überdurchschnittlichen

Honorarbudgets. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Leistungserbringer aufgrund eines Moratoriums um diesen Besitzstand zu erreichen, vier Quartale Leistungen erbracht haben, die nicht als Leistungen innerhalb eines Budgets erbracht wurden, sondern abgestaffelt. Je nach Honorarverteilungsmaßstab besteht aber in der Folgezeit keine planmäßige Möglichkeit für den ambulanten Leistungserbringer wieder auf ein früheres überdurchschnittliches Budget zu wachsen. Honorartechnisch handelt es sich um eine bergabführende Einbahnstraße.

Daneben haben Änderungen im Bereich des Sprechstundenbedarfs bzgl. der Kontrastmittel zu wirtschaftlichen Folgen in den Radiologien geführt bzw. führen zu solchen Änderungen, sofern es sich um einen Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung handelt, die eine pauschale Erstattung von Kontrastmittel vorsieht bzw. vorsah. Im Bezirk der Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein findet die pauschale Kostenerstattung in der Zwischenzeit nicht mehr statt und ab dem 01.04.2020 erfolgt der Bezug des Sprechstundenbedarfs per Verordnung. Losgelöst von der Frage, ob die Höhe der Pauschalen angemessen war oder ist oder ob Fehlanreize gesetzt werden, erfolgte in jüngster Vergangenheit oder erfolgt in naher Zukunft eine sehr kurzfristige Änderung der wirtschaftlichen Lage in den radiologischen Praxen.

Insgesamt bildet die Regelung des SGB V n.F. diese Folgen in der vorgesehenen Fassung nicht ab.

Daneben kann die Fortführung einer Arztpraxis auch durch eine Fallwertabsenkung entstehen und dies gerade bei einer steigenden Fallzahl. In diesem Fall steigt der Kostenanteil der Praxis aufgrund des erhöhten Patientenaufkommens und führt zugleich aufgrund der Budgetierung zu einem Fallwertverlust. Der Effekt ist für die Praxis identisch, weil die Leistungen entwertet werden.

Zwar erfolgt seit einiger Zeit im SGB V die Verwendung des Begriffes „Arztpraxis“, aus Gründen der Rechtssicherheit wäre es aber empfehlenswert, wenn eine Klarstellung erfolgt, dass mit „Arztpraxis“ auch Medizinische Versorgungszentren gemeint sind. Dabei sollte auf eine generelle Gleichstellung verzichtet werden, weil dies zu Konflikten im Kontext der Regelungen §§ 73b Abs. 2 Ziffer 4, 87a Abs. 3 Satz 5 Ziffer 5; 103 Abs. 3a Satz 13 und Abs. 5 Satz 2, 106 Abs. 2 Satz 3 SGB V und in weiteren Regelungen des SGB V führen würde.

Für Rückfragen und weitergehende Erläuterungen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Aus der konkreten Anwendung der Regelungen des SGB V sowie der Honorarverteilung auf der Ebene der ambulanten Leistungserbringer verfügen wir über eine langjährige umfangreiche und praktische Expertise.

Nach unserem aktuellen Kenntnisstand ist ein weiteres Entlastungsgesetz vorgesehen, das stärker auf die ambulanten Leistungserbringer zugeschnitten sein soll. Sofern die o.g. Vorschläge nicht mehr in dem laufenden Gesetzgebungsverfahren aufgegriffen werden können, mögen diese Vorschläge zur Gestaltung eines weiteren Gesetzes einen Beitrag leisten.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Peter Wigge
Fachanwalt für Medizinrecht
Rechtsanwalt



René T. Steinhäuser
Rechtsanwalt