

MEDIZINRECHT

GKV-Versorgungsstärkungsgesetz: Überblick über den Kabinettsentwurf

von RAen, FAen für MedR, Wirtschaftsmediatoren Michael Frehse und Dr. Tobias Scholl-Eickmann, www.kanzlei-am-aerztehaus.de

┆ Nachdem der im Oktober 2014 bekannt gewordene Referentenentwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) bereits für einige Unruhe gesorgt hatte, hat der Gesetzgeber im Dezember 2014 zwischenzeitlich den Kabinettsentwurf veröffentlicht. Der Beitrag gibt einen Überblick über die maßgeblichen Ergänzungen und greift zudem zentrale Neuerungen im Überblick auf. ┆

1. Ziele des Gesetzgebers

Der Gesetzgeber formuliert die Zielsetzung des GKV-VSG u.a. wie folgt:

- Flächendeckende, gut erreichbare medizinische Versorgung sichern
- Vertragsärztliche Tätigkeit flexibilisieren, u.a. durch versorgungsorientierte Vergütung und angemessene Vergütung der Hochschulambulanzen
- Schnellen und sektorenübergreifenden Zugang zur medizinischen Versorgung, u.a. durch Verkürzung von Wartezeiten verbessern
- Innovationen in der Versorgung und Versorgungsforschung fördern
- Leistungsansprüche der Versicherten erweitern
- Mehr Gestaltungsspielraum für Krankenkassen bei Verträgen im Wettbewerb

2. Die Maßnahmen im Überblick

Diese Ziele sollen durch verschiedene Maßnahmen umgesetzt werden, von denen ohne Anspruch auf Vollständigkeit die aus Sicht der Verfasser bedeutsamen Regelungen im Überblick näher beleuchtet werden.

2.1 Zweitmeinungsverfahren

In § 27b SGB V soll ein neuer Rechtsanspruch für Versicherte auf eine Zweitmeinung verankert werden, wenn die Indikation zu einem planbaren Eingriff gestellt wird, bei dem die Gefahr einer Indikationsausweitung im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung nicht auszuschließen ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird entsprechend mengenanfällige Eingriffe bestimmen und Vorgaben für die Abgabe der Zweitmeinung und qualifizierte Leistungserbringer machen. Der indikationsstellende Arzt muss über die Option auf die Zweitmeinung so rechtzeitig, in der Regel zehn Tage vor dem Eingriff, aufklären, dass der Versicherte „wohl überlegen“ kann. Zum Kreis potenziell in Betracht kommender Zweitmeiner zählen zugelassene Ärzte, MVZ, Krankenhäuser sowie ermächtigte Ärzte und Einrichtungen. Zudem betont der Kabinettsentwurf, dass zusätzliche Zweitmeinungsangebote als Satzungsleistungen einer Krankenkasse auch diesen Anforderungen genügen müssen.

Es geht mal wieder um die Verbesserung der Versorgung

Zweitmeinung bei planbaren Eingriffen mit Risiko von Mengenausweitung

2.2 Ausweitung des Entlassmanagements

Das Entlassmanagement nach Krankenhausbehandlung wird durch § 39 Abs. 1a SGB V ergänzt. So sollen Krankenhäuser künftig in einem Entlassplan die medizinisch unmittelbar erforderlichen Anschlussleistungen festlegen und insoweit ein eingeschränktes Verordnungsrecht z.B. für Arzneimittel kleinster Packungsgröße erhalten. Die Einlösung erfolgt in Offizin-Apotheken. Der Rückgriff auf die Krankenhausapotheke für Überbrückungsarznei bleibt unberührt. Im Übrigen können Leistungen wie häusliche Krankenpflege oder Heilmittel für eine Dauer von maximal sieben Tagen verordnet werden.

Entlassplan durch Krankenhäuser nebst Recht zu Verordnungen

2.3 Aufgabe der Beitragssatzstabilität bei zahntechnischen Leistungen

Wie bisher auch werden die Preise für zahntechnische Leistungen bei Zahnersatz in einem zweistufigen Verfahren ermittelt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der Zahntechniker-Innungen vereinbaren bis zum 30. September für das jeweilige Folgejahr die „Bundesmittelpreise“. Abweichend von der bisherigen Gesetzeslage soll der Grundsatz der Beitragssatzstabilität allerdings bei den Vereinbarungen auf Landesebene nicht mehr gelten, da dies in der Vergangenheit dazu geführt hatte, dass mit dem bislang vorgesehenen Preiskorridor von 10 % die Flexibilisierung und Anpassung der Preise nicht erreicht werden konnte.

2.4 Fahrten zur ambulanten Versorgung nur mit vorheriger Genehmigung

Krankentransporte zu einer ambulanten Behandlung sollen künftig nur noch mit einer vorherigen Genehmigung der Krankenkasse möglich sein. Zu dieser erneuten Klarstellung sah sich der Gesetzgeber durch ein Urteil des BSG (12.9.12, B 3 KR 17/11) veranlasst.

2.5 Hausarztzentrierte Versorgung

Aufgrund von Rechtsunsicherheit wird u.a. klargestellt, dass auch Leistungen Inhalt eines Vertrags über die hausarztzentrierte Versorgung sein können, die keine GKV-Leistung sind. Hierzu zählen etwa nach den Vorstellungen des Gesetzgebers innovative Leistungen oder auch die Verordnung nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel, soweit keine anderweitigen Regelungen (z.B. Ausschlüsse durch Gemeinsamen Bundesausschuss) entgegenstehen.

HzV-Verträge dürfen auch Nicht-GKV-Leistungen zum Gegenstand haben

2.6 Terminservicestellen

In § 75 Abs. 1a SGB V soll verankert werden, dass der Sicherstellungsauftrag auch eine angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung fachärztlicher Versorgung umfasst. Dazu müssen die KVen Terminservicestellen einsetzen, die Versicherten bei Überweisung zum Facharzt binnen einer Woche einen Termin bei einem Vertragsarzt vermitteln sollen. Für Termine bei Augen- oder Frauenärzten bedarf es keiner Überweisung. Die Wartezeit auf einen Termin darf höchstens vier Wochen betragen, der Arzt muss in zumutbarer Entfernung zum Wohnort des Patienten tätig sein. Steht fristgerecht kein Termin zur Verfügung, muss ein ambulanter Termin in einem Krankenhaus angeboten werden.

Arzttermin innerhalb von vier Wochen und in angemessener Entfernung

PRAXISHINWEIS | Näheres wird noch im Bundesmantelvertrag konkretisiert werden, etwa auch zu der (spannenden) Frage, in welchen Fällen keine Terminvermittlung indiziert ist.

2.7 Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin

Die Weiterbildung Allgemeinmedizin soll stärker gefördert werden, um mehr junge Ärzte für die Tätigkeit als Hausärzte zu gewinnen. Dazu wird in § 75a SGB V u.a. fixiert, dass Kassen und KVen die Weiterbildung finanziell fördern müssen, wobei die Förderung so bemessen sein soll, dass damit eine der tarifvertraglichen Vergütung im Krankenhaus entsprechende Vergütung geleistet werden kann. Wie bislang soll der Weiterbilder einen geringen Anteil übernehmen. Es wird klargestellt, dass der Weiterbilder verpflichtet ist, die Förderung ungekürzt an den Weiterzubildenden durchzureichen. In der Praxis war es hier vereinzelt zu rechtswidrigen Einbehalten gekommen. Bedeutsam ist die Neuerung, dass die Weiterbildung entgegen bisher (§ 32 Abs. 3 Ärzte-ZV) künftig zu einer Ausweitung des Praxisumfangs führen darf.

2.8 Stimmenverteilung in KV-Vertreterversammlung

In den Vertreterversammlungen der KVen sitzen meist weniger Haus- als Fachärzte. Daher konnten bislang Hausärzte auch in Themenbereichen überstimmt werden, die allein ihre Interessen betrafen (z.B. auch Honorarfragen). Künftig sollen in diesen Fällen entweder allein die Haus- oder Fachärzte entscheiden, bei Betroffenheit beider soll eine Gewichtung der Stimmen erfolgen (§ 79 Abs. 3a SGB V).

2.9 Pflicht zur Verhandlung über einmalige basiswirksame Honorarerhöhung

Aus der Praxis ist bekannt, dass auf Länderebene unterschiedliche morbiditätsbedingte Gesamtvergütungen pro Patient durch die Krankenkassen geleistet werden. Einmalig mit Wirkung zum 1.1.17 muss nun über eine einmalige basiswirksame Erhöhung verhandelt werden, wenn die durchschnittliche Vergütung bundesweit unterschritten wird. Der Aufsatzwert ist in dem Umfang zu erhöhen, wie er im Jahr 2014 unbegründet zu niedrig war; beweisbelastet ist insoweit die jeweilige KV.

2.10 Praxisnetze werden weiter gefördert

Von den KVen anerkannte Praxisnetze müssen auch künftig gefördert werden. Neben den auf Bundesebene vorgegebenen Kriterien können die KVen auch auf Landesebene Praxisnetze ergänzend mit Mitteln des Strukturfonds fördern.

2.11 Innovationsfonds

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll künftig neue Versorgungsformen fördern, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen. Der Gesetzgeber hat dabei vor allem sektorenübergreifende Konzeptionen im Sinn, z.B. im Bereich von Telemedizin, Versorgungsmodelle in strukturschwachen Regionen, Auf- und Ausbau geriatrischer Versorgung etc. Erforderlich ist eine wissenschaftliche Begleitung. In gleicher Weise kann auch Versorgungsforschung, z.B. zu gesundheitsrelevanten Produkten, gefördert werden. Für den Innovationsfonds werden 2016 bis 2019 je 300 Mio. EUR bereitgestellt.

2.12 Fachgruppengleiche MVZ, Verlegung einer MVZ-Anstellungsgenehmigung

Das bisherige Tatbestandsmerkmal „fachübergreifend“ soll entfallen. Es wären so künftig z.B. reine Hausarzt-MVZ oder auch Zahnarzt-MVZ zulässig. Der MVZ-Gründerkreis wird zudem um Kommunen ergänzt, die diese auch als Eigen- oder Regiebetrieb öffentlich-rechtlich führen dürfen.

Hausärztlicher
Weiterbildungs-
assistent darf nun
Praxis vergrößern

Weitere Anreize für
Gestaltungen von
Praxisnetzen

300 Mio. EUR jährlich
für neue Versor-
gungsformen

Künftig MVZ auch mit
nur einer Arztgruppe

Ferner wird in § 24 Abs. 7 Ärzte-ZV ergänzt, dass die Verlegung einer Arztstelle, also eines „Angestelltensitzes“, unter gleichen Voraussetzungen möglich ist wie die Verlegung eines Vertragsarztsitzes, nämlich stets dann, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung nicht entgegenstehen. Künftig werden somit auch Verlegungen von einem MVZ z.B. in ein anderes MVZ oder einen anderen Standort des gleichen MVZ-Trägers (unstreitig) möglich sein; bislang bestanden hier erhebliche Probleme in der Praxis.

2.13 KV muss prüfen, ob Versorgungsauftrag erfüllt und eingehalten wird

Weitgehend unbemerkt geblieben ist diese für die Praxis bedeutsame Ergänzung in § 95 Abs. 3 SGB V. Danach müssen die KVen künftig prüfen, ob Vertragsärzte ihrem Versorgungsauftrag nachkommen. Die Zielrichtung des Gesetzgebers ist zwar auf eine zeitnahe Versorgung der Versicherten gerichtet. Risiken bestehen aber vor allem für Ärzte, die mit hälftiger Zulassung – wie in der Praxis häufig anzutreffen – de facto vollzeitig tätig sind oder umgekehrt für Ärzte, die trotz voller Zulassung kaum vertragsärztlich tätig werden. Es drohen disziplinarrechtliche Sanktionen bis hin zur Zulassungsentziehung.

2.14 Wachstum für unterdurchschnittlich abrechnende Jobsharingpraxen

Wird in gesperrten Planungsbereichen ein weiterer Arzt in eine Praxis im Rahmen des Jobsharing aufgenommen, wird eine Honorarobergrenze fixiert, die nur unwesentlich über dem bisherigen Praxisumfang liegt. Dies gilt selbst dann, wenn die Praxis zuvor unterdurchschnittlich abgerechnet hat. Dies wird künftig geändert, sodass jede Praxis zumindest bis zum Fachgruppendurchschnitt wachsen kann. Dies birgt Optionen für Einstiegsgestaltungen.

2.15 Praxisaufkauf durch KV - aus „kann“ wird „soll“

Trotz aller Widerstände durch Vertragsärzte hält der Gesetzgeber daran fest, dass Zulassungsausschüsse künftig Ausschreibungsanträge nicht nur ablehnen können, sondern „sollen“, wenn die Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. Versorgungsgründe sind nach Vorstellung des Gesetzgebers etwa dann gegeben, wenn ein besonderer lokaler oder qualifikationsbezogener Versorgungsbedarf besteht (damit ist wohl ein Bezug zu den Voraussetzungen des Sonderbedarfs gemeint) oder ein Arztsitz mit spezieller Fachrichtung weiterhin benötigt wird. Zudem können auch Mitversorgungsaspekte, Bedürfnisse behinderter Menschen oder der Erhalt eines besonderen Versorgungsangebotes in einem MVZ oder einer Praxis eine Rolle spielen. Ergänzt wurden die bestehenden Ausnahmeregelungen (z.B. für Ehegatten, Kinder oder Praxispartner) um Fälle, in denen Ärzte sich verpflichten, den Sitz in ein schlechter versorgtes Gebiet des Planungsbereichs zu verlegen. Die KV soll den Zulassungsausschuss über insoweit bestehende Versorgungsumstände informieren. Findet sich kein verlegungswilliger Arzt, bleibt es beim Einzug des Sitzes.

PRAXISHINWEIS | Weiter wird einer bisher möglichen Nachbesetzungsgestaltung ein Riegel vorgeschoben: Die gemeinschaftliche Tätigkeit, etwa durch eine Jobsharing-Anstellung oder auch eine Jobsharing-Gesellschaft, führt nicht mehr zwingend zur Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens in Umgehung der zuvor dargestellten „Soll-Vorschrift“, sondern nur noch dann, wenn die gemeinsame Tätigkeit mindestens drei Jahre erfolgt ist. Vertrauensschutz genießen Gestaltungen, die vor der 1. Lesung im Bundestag umgesetzt wurden.

Verlegung von Arztstellen ebenso wie Verlegung von Vertragsarztsitzen

Risiken vor allem für Gestaltungen mit zwei hälftigen Zulassungen

Jobsharing wird für unter Durchschnitt abrechnende Praxen interessante Option

Vertrauensschutz für Anstellungen nur bis zur 1. Lesung im Bundestag geplant

2.16 Auswahlentscheidung: Vorteil bei Nachbesetzung durch Barrierefreiheit

Im Rahmen einer Nachbesetzung wird der Auswahlkatalog des § 103 Abs. 4 SGB V ergänzt. Berücksichtigt wird künftig auch, ob ein Nachfolger bereit ist, den Zugang von behinderten Menschen zur Versorgung zu verbessern, etwa durch barrierefreien Umbau der Praxis.

2.17 Plausibilitätsprüfung - Zeitprofile angestellter Ärzte

Dem Vorgehen einzelner Kassenärztlicher Vereinigungen (u.a. Hessen, Berlin), die angestellten Ärzten geringere Zeitprofile als freiberuflich tätigen Vertragsärzten zugewiesen hatten, wird eine deutliche Absage erteilt. Dieser „pauschalen Benachteiligung“ wird ein gesetzlicher Riegel vorgeschoben.

2.18 Neuordnung der Wirtschaftlichkeitsprüfung

Der Gesetzgeber hält an der beabsichtigten Regionalisierung der Wirtschaftlichkeitsprüfung fest; die euphemistisch als „Nachforderung“ umschriebenen Regresse bleiben aber erhalten. Das Prüfverfahren muss künftig auf regionaler Ebene zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkassen vereinbart werden. Dies ist den Kassenärztlichen Vereinigung (zu Recht) ein Dorn im Auge. Bundeseinheitlich wiederum sind besondere Versorgungsbedarfe festzulegen, quasi als „Bundes-Praxisbesonderheiten“.

Mit dem Kabinettsentwurf korrigiert der Gesetzgeber immerhin die zuvor – ebenfalls weitgehend unbeachtete – Streichung der erst durch die vorangehende Regierung eingeführten Schutzwälle zugunsten der Ärzte. So ist nun immerhin in § 106b SGB V verankert, dass auf Landesebene sicherzustellen ist, dass Vertragsärzte vor einer „Nachforderung“ zunächst individuell zu beraten sind bei erstmaliger Auffälligkeit. Die Regresslimitierung auf 25.000 EUR für die ersten beiden „Nachforderungen“ hat der Gesetzgeber aber nicht wieder verankert. Eine Erläuterung dieser unpopuläre Streichung sucht man in der Gesetzesbegründung vergebens.

2.19 Gebührenminderung für Zulassungen in unterversorgten Gebieten

Die Zulassungsausschüsse sollen für Zulassungen in unterversorgten Gebieten keine Gebühren mehr erheben. Im Übrigen kann aus Versorgungsgründen auf die Gebührenerhebung verzichtet werden. Bei der Nachbesetzung einer genehmigten Anstellung sind die Gebühren zu halbieren. Entsprechende Anpassungen in § 46 Ärzte-ZV sind vorgesehen.

2.20 Fortgeltung alter Bestimmungen nach § 116b SGB V a.F.

Einen wichtigen Sieg kann die Krankenhauslobby verbuchen: Entgegen der ursprünglichen Überlegungen sollen die Bestimmungen nach § 116b SGB V a. F. nicht auslaufen, sondern nur dann widerrufen werden (können), wenn ein Krankenhaus die Voraussetzungen nicht mehr erfüllt. Diese Regelung macht an entsprechenden Häusern eine Umsetzung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach § 116b SGB V n.F. uninteressant.

2.21 Regressbeschränkung für Hebammen

Hebammen sind nach Landesrecht jeweils verpflichtet, eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung vorzuhalten. Die Prämien sind in den vergangenen Jahren gravierend angestiegen. Daher wird in § 134a Abs. 5 SGB V

Pauschale
Benachteiligung
durch einzelne KVen
hat ein Ende

Rückkehr der
individuellen
Beratung, aber keine
Regresslimitierung

ASV für Kliniken mit
Altbestimmungen
nicht von Interesse

künftig ausgeschlossen, dass Kranken- bzw. Pflegekassen Ansprüche, die gemäß § 116 SGB X auf sie übergegangen sind, gegen freiberuflich tätige Hebammen geltend machen, soweit der Schaden nicht grob schuldhaft herbeigeführt wurde. Nicht erfasst sind hingegen Ärzte oder Krankenhäuser.

2.22 Frühe Nutzenbewertung in Einzelfällen für Innovationen

Nach bisherigem Recht gilt in der stationären Versorgung das Prinzip der grundsätzlichen Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt. Innovative Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können somit bereits bislang stationär erbracht werden, ohne dass es (wie im vertragsärztlichen Bereich) einer positiven Beschlussfassung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss bedarf. Für neue Methoden, deren technische Anwendung maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinprodukts mit hoher Risikoklasse beruht, wird künftig eine vorangehende frühe Nutzenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vorgesehen. Krankenhäuser, die insoweit ein gesondertes sog. „NUB-Entgelt“ anstreben, werden künftig zuvor den Gemeinsamen Bundesausschuss bemühen (müssen). Reichen die Erkenntnisse für die Beurteilung der Methode (noch) nicht aus, kann eine Erprobung vorgegeben werden, an der das Krankenhaus sodann teilnehmen muss.

Gesondertes
NUB-Entgelt

2.23 Neuregelung der „Besonderen Versorgung“

Die bislang (wenig systematisch) in §§ 73a, 73c und 140a SGB V geregelten Möglichkeiten von Strukturverträgen und Verträgen integrierter Versorgung werden künftig im neuen § 140a SGB V zusammengeführt. Betont wird dabei, dass in jedem Fall zugelassene ärztliche Leistungserbringer zu beteiligen sind. Ferner wird klargestellt, dass auch Leistungen, die nicht Umfang der Regelversorgung sind, Gegenstand von Verträgen der „besonderen Versorgung“ sein können, soweit nicht ein ausdrücklicher Ausschuss gesetzlich fixiert ist (z.B. Lifestyle-Arzneimittel). Beispielhaft benennt der Gesetzgeber etwa Früherkennung, Palliativversorgung oder neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden als zulässige Elemente.

In einem neuen
§ 140a SGB V

3. Fazit

Nach bisherigen Verlautbarungen soll das Gesetz Mitte 2015 in Kraft treten. Die jeweiligen Interessengruppen werden noch versuchen, im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens Änderungen zu erwirken.

Der Gesetzgeber hat eine Vielzahl von Regelungen vorgesehen, die in der Praxis nachhaltige Probleme nach sich ziehen werden. Während die Krankenhauträger jedenfalls in diesem Gesetzesentwurf keine größeren Eingriffe zu befürchten haben, trifft es die Vertragsärzteschaft mit den Anpassungen der Nachbesetzungsregelungen, der Neuordnung der Wirtschaftlichkeitsprüfung, der Prüfung der Einhaltung des Versorgungsauftrags und der Einführung von Terminservicestellen gleich in mehreren Bereichen nachhaltig. Mehr als nachvollziehbar erfolgen ungewöhnlich deutliche Proteste. Die KV Nordrhein etwa hat eine Resolution gegen den Entwurf veröffentlicht. Ein bekannter ärztlicher Kolumnist äußerte, der Gesetzgeber habe sich im Titel geirrt; zutreffend müsse es nicht GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, sondern Sorgenverstärkungsgesetz heißen. Positiv könnte man äußern: Es bleibt spannend.

Gravierende
Veränderungen
bringen Sorgen für
Vertragsärzteschaft