



01. Dezember 2011

Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG)

Am 1. Dezember 2011 hat der Deutsche Bundestag das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) verabschiedet. Das Gesetz tritt am 1. Januar 2012 in Kraft.

Welche Änderungen ergeben sich für Ärzte, Patienten und die Branche der Leistungserbringer?

Zukunftssichere Versorgung – Unter dieser Überschrift teilt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf seiner Homepage mit, dass sich die Versorgung der Patientinnen und Patienten maßgeblich verbessern wird. Arztpraxen und Krankenhäuser werden schrittweise miteinander verzahnt und der Zugang zu Innovationen soll erleichtert werden.

In gewohnt bürgerfreundlicher Art und Weise werden wir auf die zum 1. Januar 2012 in Kraft tretende Gesundheitsreform (GKV-VStG) vorbereitet, mit dem ausdrücklichen Hinweis, dass es „keine Nachteile für Patienten geben wird. Denn die gute ärztliche Versorgung der Patienten in allen Regionen von Deutschland sei das Ziel.“

Eckpunkte des GKV-VStG im Überblick:

1. Bessere Betreuung nach einem Klinikaufenthalt; 2. Krankenkassen können mehr Leistungen anbieten, auch Hilfsmittel!
3. Besserer Schutz bei Kassenschließungen;
4. Reform des vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Vergütungssystems;
5. Ambulante spezialärztliche Versorgung;
6. Innovative Behandlungsmethoden;
7. Vergrößerung der wettbewerblichen Handlungsspielräume der Krankenkassen;
8. Stärkung der ambulanten Rehabilitation, indem die ambulante mit der stationären Rehabilitation gleichgestellt wird.

Skeptische Bürger

Patienten und Leistungserbringer der Branche sind skeptisch geworden, da sich die Lage nach den letzten vier großen Gesundheitsreformen für sie nicht verbessert hat. Weder das GKV-WSG (1. 4. 2007), das GKV-OrgWG (1. 1. 2009), die AMG-Novelle (23. 7. 2009) noch das AMNOG (1. 1. 2011) brachten ihnen spürbare Vorteile. Die breite Masse der Leistungserbringer hat immer weniger Zeit für ihre Patienten, da die jetzt notwendige Teilnahme an Verträgen, die oft geforderte Zertifizierung, die Dokumentation der Leistungen und auch die Präqualifizierung wertvolle Zeit binden. Die Patienten können nur noch von Vertragspartnern der Krankenversicherungen versorgt werden und vermissen immer öfter ihren vertrauten und persönlichen Kontakt zu ihrem Orthopädie(schuhmacher)meister ihres Vertrauens. Die großen Hilfsmittellieferanten pflegen in erster Linie den Kontakt zu den gesetzlichen Krankenkassen und den Ärzten. Sie können aufgrund ihrer niedrigen Vertragspreise langfristig nur dann wirtschaftlich überleben, wenn sie hohe Umsätze machen und dabei ihre Kosten niedrig halten. Für die oft notwendige zeitaufwändige individuelle Beratung der Patienten steht immer weniger qualifiziertes Personal zur Verfügung.

Die jetzige Entwicklung zeigt zunehmend, dass viele Patienten nicht mehr im Mittelpunkt der Versorgung stehen, sondern eher einen Kosten-, Wirtschafts- oder Umsatzfaktor darstellen. Doch mit der nächsten Gesundheitsreform dem GKV-VStG soll ja nun alles besser werden.

Entwarnung

Zumindest kann für den Hersteller von Hilfsmitteln Entwarnung gegeben werden. Nachdem der gesamte Hilfsmittelmarkt bei den letzten Reformen immer im Visier von Einschränkungen und Neuerungen war, sind es beim GKV-VStG im Wesentlichen die Ärzte und die Krankenhäuser. Das kommende GKV-Versorgungsstruktur-Gesetz (GKV-VStG) schont diesmal die Branche der Leistungserbringer für Hilfsmittel, bringt ihr jedoch auch keine finanziellen Verbesserungen.

Kosten des GKV-VStG

Für die Krankenversicherungen wird das GKV-VStG spürbare finanzielle Auswirkungen haben. Nach den Angaben des Bundesgesundheitsministeriums belaufen sich die Kosten jährlich auf 320 Millionen Euro. Davon fließen zirka 200 Millionen Euro an vertragsärztliche Leistungserbringer in strukturschwachen Gebieten und bis zu 120 Millionen Euro sind für die „Neujustierung der vertragsärztlichen der Honorarstrukturen bei den Ärzten vorgesehen.“ Zudem wurde beschlossen die Auswirkungen des Gesetzes bis zum 30. April 2014 zu evaluieren. Mit dem neuen Absatz 2 in § 221 b SGB V-E beabsichtigt der Bund eine Begrenzung beziehungsweise eine Kürzung seiner Beteiligung am Sozialausgleich. Dieser Ausgleich soll zukünftig für die Versicherten gezahlt werden, welche die unbegrenzten Zusatzbeiträge nicht mehr aufbringen können. Diese neue Klausel wird von der Vorstandsvorsitzenden des GKV-Spitzenverband Doris Pfeiffer heftig kritisiert, da nicht geklärt sei, woher das Geld für den Sozialausgleich bei einer Begrenzung der Steuergelder und bei ungeplanten Folgekosten kommen solle. Bei den Krankenkassen wird zudem bezweifelt, ob es bei den geschätzten Mehrkosten in Höhe von 320 Millionen Euro bleibt. Bei einem Presseseminar sagte Uwe Deh, seit dem 1. Oktober 2011 Vorstand beim AOK-Bundesverband, „das Gesetz berge Ausgabenrisiken von jährlich 1,4 Milliarden Euro.“

Flächendeckende medizinische Versorgung in Wohnortnähe

Die Bundesregierung will mit dem zusätzlichen Geld Anreize für Ärzte schaffen, sich in strukturschwachen Gebieten anzusiedeln. In wenig besiedelten Gebieten herrscht Ärztemangel und in den Städten gibt es so viele Ärzte wie noch nie. Es bleibt abzuwarten, ob die finanziellen Anreize ausreichen einen Arzt zum Umzug und zur Praxisgründung auf dem Land zu bewegen. Vermutlich werden die finanziellen Anreize zu gering sein, um städtische Ärzte in die unterversorgten Gebiete aufs Land zu locken.

Über kurz oder lang wird das Versorgungsproblem nur durch eine tiefgreifende Strukturreform des Studienganges Medizin zu beseitigen sein, mit der bereits Studenten verpflichtet werden könnten, eine gewisse Zeit nach dem Studium als Landarzt oder in einem Krankenhaus auf dem Land tätig zu sein.

Hilfsmittelversorgung

Der elektronische Kostenvoranschlag (eKV) und die elektronische Abrechnung gehören für die Leistungserbringer zum Alltag. Trotz – oder vielleicht auch wegen – der oligopolistisch geprägten Marktstruktur der Leistungsanbieter gibt es verschiedene elektronische Systeme, die für eine Vereinfachung der Abläufe zu harmonisieren sind. Deshalb wird es ab Januar 2012 auch einen neuen Absatz 6 zu § 127 SGB V geben der wie folgt lauten wird: *„(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene geben gemeinsam Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln ab. In den Empfehlungen können auch Regelungen über die in § 302 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 genannten Inhalte getroffen werden. Die Empfehlungen nach Satz 1 sind den Verträgen nach den Absätzen 1, 2 und 3 zu Grunde zu legen.“* Es bleibt abzuwarten, ob die künftigen gemeinsamen Rahmenempfehlungen auch ein wesentliches Augenmerk auf den zukünftigen Wettbewerb richten. Nur ein tatsächlich funktionierender Wettbewerb ermöglicht marktgerechte Kosten für den „eKV“. Deshalb sollten die gemeinsam zu entwickelnden Rahmenempfehlungen auch von der gesamten Branche umzusetzen sein. Keinesfalls sollten die neuen Vorgaben dazu führen, dass nur einer oder nur wenige Anbieter die Empfehlungen umsetzen können. Derartige Rahmenempfehlungen wären wettbewerbsrechtlich angreifbar und hätten keinen langen Bestand vor deutschen Gerichten und dem Europäischen Gerichtshof. Das gilt auch für den unvorstellbaren Fall, dass die gesetzlichen Krankenkassen die gesamten Kosten für den „eKV“ übernehmen.

Entlassungsmanagement

Zukünftig soll das *Entlassungsmanagement* fester Bestandteil der Krankenhausbehandlung sein und verbindlich von den Krankenhäusern angeboten werden. Krankenversicherungen und Krankenhäuser haben die Einzelheiten des Entlassungsmanagements in zweiseitigen Verträgen zu konkretisieren. Dazu werden die §§ 39 und 112 SGB V überarbeitet. Dem § 39 Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt: *„Die Krankenhausbehandlung umfasst auch ein Entlassungsmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung. Das Entlassungsmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten dürfen nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. § 11 Abs. 4 Satz 4 gilt.“* In § 112 Absatz 2 Satz 1 Nr. werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Wörter angefügt: *„7. das Nähere über Voraussetzungen, Art und Umfang des Entlassungsmanagements nach § 39 Absatz 1 Satz 4 bis 7.“* Die Krankenversicherungen haben nun die Aufgabe umgehend Verträge mit den Krankenhäusern für ein funktionsfähiges Entlassungsmanagement zu schließen. Viele Krankenhäuser bieten dieses Überleitungsmanagement bereits heute erfolgreich an. Dabei wurden eigens Gesellschaften gegründet die diese Aufgaben wahrnehmen. Nicht selten sind an diesen Firmen auch Leistungserbringer für Hilfsmittel beteiligt, wobei die Krankenhäuser die Mehrheit der Gesellschaftsanteile besitzen. Interessierte Leistungserbringer führen derzeit auch Gespräche mit Krankenhäusern zur gemeinsamen Errichtung von Entlassungsmanagementgesellschaften.

Abgrenzung Pflegehilfsmittel

Bis zum 30. April 2012 muss der *GKV Spitzenverband* Richtlinien beschließen, um eine Abgrenzung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln zu ermöglichen. *„Künftig soll der angegangene Leistungsträger nach den für die Krankenversicherung und die soziale Pflegeversicherung geltenden Rechtsvorschriften, das heißt auch den für den jeweils anderen Leistungsträger geltenden Regelungen, über die Bewilligung der Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel abschließend entscheiden.“* „Die Neuregelung des § 40 SGB XI ist sehr sinnvoll, um zukünftigen Streit um finanzielle Zuordnung der Leistungen zwischen den Trägern zu vermeiden. Hier gab es in der Vergangenheit zahlreiche Zuordnungs-Streitigkeiten die zukünftig hoffentlich der Vergangenheit angehören.

Ambulante spezialärztliche Versorgung, 116b SGB V

Zur Förderung einer sektorverbindenden Versorgung sollen zukünftig, im spezialärztlichen Bereich, niedergelassene Fachärzte und Krankenhäuser unter gleichen Voraussetzungen und Bedingungen bei der medizinischen Versorgung im Wettbewerb stehen. Hier bieten sich zukünftig auch Kooperationschancen für Ärzte. § 116 SGB V wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung können“ durch die Wörter „Ärzte, die in einem Krankenhaus, einer Vorsorge oder Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 besteht, oder nach § 119b Satz 3 in einer stationären Pflegeeinrichtung tätig sind, können, soweit sie über eine abgeschlossene Weiterbildung verfügen,“ sowie das Wort „Krankenhausärzters“ durch die Wörter „jeweiligen Trägers der Einrichtung, in der der Arzt tätig ist,“ ersetzt.

b) In Satz 2 wird das Wort „Krankenhausärzten“ durch die Wörter „Ärzten der in Satz 1 genannten Einrichtungen“ ersetzt. In § 116a SGB V werden vor dem Wort „festgestellt“ die Wörter „oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf nach § 100 Absatz 3“ und vor dem Wort „erforderlich“ die Wörter „oder des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs“ eingefügt.

Unzulässige Kooperationen

Ärzte, Sanitätshäuser, *Orthopädieschuhmacher*, HomeCare und Pflege Unternehmen, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Krankenhäuser werden zukünftig den neuen § 73 Abs. 7 SGB V beachten müssen. Dieser regelt zukünftig, dass es Vertragsärzten nicht gestattet sein wird, für die Zuweisung von Versicherten ein Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile sich versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren. § 128 Abs. 2 Satz 3 SGB V gilt entsprechend. § 73 Abs. 7 wird wie folgt gefasst:

„(7) Es ist Vertragsärzten nicht gestattet, für die Zuweisung von Versicherten ein Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile sich versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren. § 128 Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.“

Strafbarkeit von Ärzten

Mit dem Thema „Compliance“ befasst sich derzeit auch der Bundesgerichtshof (BGH). Nachdem der Dritte als auch inzwischen der Fünfte Strafsenat beim BGH sich entschlossen haben den Großen Senat in Strafsachen beim BGH anzurufen, steht auch hier noch eine bedeutende Entscheidung für die Ärzte und die Leistungserbringer an, über die der Autor zeitnah berichten wird.

Vermeidung von unzulässiger Zusammenarbeit

Nachdem immer mehr Leistungserbringer wegen unzulässiger Zusammenarbeit mit Ärzten im Fokus von staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren stehen, wird das auch das GKV-VStG dazu beitragen, dass Ärzte die notwendige Sensibilisierung für das Thema „Compliance“ erfahren. Zusammenarbeit zum Wohle der Gesundheit der Patienten ist wichtig und wird gesetzlich auch in den §§ 8 und 9 der Hilfsmittelrichtlinie zwischen dem Ärzten und dem Leistungserbringer für Hilfsmittel gefordert. Das Gewähren oder die Annahme von Vorteilen – gleich welcher Art – ist für die Zuweisung von Versicherten untersagt und kann zur Entziehung der Zulassung/ Approbation beziehungsweise der Versorgungsberechtigung/Präqualifizierung führen.



Burkhard Goßens
- Rechtsanwalt -
Ahornallee 10 | 14050 Berlin
Telefon: + 49 – (0)30 – 30 61 41 42

