Gesundheitspolitik

Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz – Herausforderungen und Risiken (Teil 2/3)

Das in 2012 in Kraft getretene Versorgungsstrukturgesetz soll vor allem dem Problem der lokalen Über- und Unterversorgung im ambulanten Bereich begegnen sowie den Weg für eine Neuordnung der Bedarfsplanung ebnen. Es beinhaltet darüber hinaus eine Reihe von Neuregelungen in verschiedenen Bereichen des Vertragsarztrechts. Teil 2 dieses Beitrags bietet einen Überblick über die wesentlichen Änderungen des Vergütungssystems, die Flexibilisierung der vertragsärztlichen Versorgung und die ambulante spezialärztliche Versorgung.

Neuregelung des Vergütungssystems

Zuschüsse für Praxen in unattraktiven Regionen

Der Unterversorgung in strukturschwachen Regionen versucht der Gesetzgeber durch finanzielle Anreize zu begegnen. Wesentliche Instrumente des GKV-VStG sind die Aufhebung der Fallzahlenbegrenzung und -minderung (sog. Abstaffelung) für die betroffenen Arztgruppen in unterversorgten Gebieten einerseits, sowie mögliche Zuschläge auf den Orientierungspunktwert für „besonders zu fördernde Leistungserbringer" andererseits (§ 87b Abs. 3 Satz 1 und Abs. 2 Satz 3 SGB V neue Fassung).

Damit wird es regional möglich sein, bspw. Hausbesuche oder besonders anspruchsvolle Leistungen wie Diabetikerversorgung etc. mit Preiszuschlägen zu versehen. Diese Anreize werden flankiert von der Möglichkeit der KVen, Strukturfonds einzurichten. Mit ihnen können sie insbesondere Zuschüsse gewähren zu den Investitionskosten bei Neuniederlassungen oder der Gründung von Zweigpraxen in unterversorgten Gebieten (§ 105 Abs. 1a SGB V n. F.).

Ob diese Maßnahmen tatsächlich dazu beitragen werden, ausreichend viele Ärzte zur Niederlassung in unterversorgten Gebieten zu bewegen, mag angesichts der bisherigen Erfahrungen bezweifelt werden. Jedenfalls werden die vergünstigenden Regelungen (regional und insgesamt) zu Mehrausgaben führen, die bei der Verteilung der Honorarbudgets zu berücksichtigen sind. Das GKV-VStG führt hier zu grundsätzlichen Änderungen im vertragsärztlichen Vergütungssystem, die sich mit den beiden Stichworten Regionalisierung und Monopolisierung umschreiben lassen.

Das Gegenteil einer Honorarvereinheitlichung

Im Zuge der Regionalisierung wird der (in den letzten drei Jahren praktisch gescheiterte) Versuch einer bundesweit einheitlichen Honorierung und pauschalierenden Steuerung durch differenzierende Regelungen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses (EBA) ersetzt. So entfallen bspw. die pauschalen Zu- oder Abschläge in über- und unterversorgten Gebieten (§ 87 Abs. 2e SGB V a.F). Bei der Ermittlung und Anpassung des Behandlungsbedarfs im jeweiligen KV-Bezirk werden die regionalen Besonderheiten, wie u. a. die Morbiditätsstruktur, berücksichtigt (§ 87a Abs. 4 SGB V n. F.). Die Vorgaben durch den EBA werden entsprechend zurückgenommen. So war die bisherige Kombination aus bundeseinheitlichen Kernvorgaben und einer Vielzahl an dispositiven Regelungen wenig praktikabel; nahezu monatliche Änderungen der Beschlüsse des EBA zwangen die Partner der Gesamtverträge, ihre Vereinbarungen ständig anzupassen. Dies ist mit der Neuregelung nicht mehr zu erwarten.

Die KVen verteilen die Vergütung in ihrem Bezirk nunmehr gemäß § 87b nach einem Verteilungsmaßstab, den sie jeweils selbst im eigenen Satzungsrecht erlassen – lediglich noch im Benehmen und nicht mehr wie bislang mit Einverständnis der Krankenkassen. Die bisherigen Honorarverteilungsverträge (HVV) werden also wieder durch die früheren Honorarverteilungsmaßstäbe (HVM) ersetzt. Die KBV bestimmt Vorgaben zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens (§ 87b Abs. 4 SGB V n. F.). Damit steht die Verteilung der Honorare nahezu allein im Ermessen der KVen und der KBV.

Nach der Änderung des § 87b Abs. 2 Satz 2 SGB V n. F. können die KVen nunmehr mit vernetzten Praxen gesonderte Vergütungsregelungen treffen; das Praxisnetz muss von der KV anerkannt werden, wofür die KBV allgemeine Vorgaben entwickeln soll. Noch ist allerdings sehr unklar, wie derartige Netze aussehen müssen und unter welchen Voraussetzungen sie als „förderungswürdig" anzusehen sind. Nicht unwahrscheinlich ist, dass hierüber zuletzt die Sozialgerichte entscheiden (müssen).

Berufsausübung flexibler gestaltet

Eine der zentralen Verbesserungen des GKV-StVG liegt in der Flexibilisierung der vertragsärztlichen Berufsausübungsregelungen. So wird die in § 24 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV enthaltene Residenzpflicht komplett aufgehoben mit der Folge, dass die Gründung von Zweigpraxen bzw. die Eröffnung einer Praxis auch in einem vom Wohnort entfernter liegenden Ort erleichtert wird. So kann ein Vertragsarzt z. B. seine Praxis im ländlichen Raum Brandenburgs eröffnen und zugleich seinen 1. Wohnsitz in Berlin behalten. Auf diese Weise müssen Ärzte, die sich „aufs Land" locken lassen, die Vorzüge ihres städtischen Wohnumfelds nicht ganz aufgeben.

Mindestpräsenz bleibt, Teilzeitmodelle werden besser

Es bleibt aber nach § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV beim Erfordernis von Mindestpräsenzzeiten, d. h. Sprechstunden zu den üblichen

Zeiten anzubieten, und es bleibt auch die Pflicht zur Teilnahme am Notdienst. Starre Zeitgrenzen, wie sie die Rechtsprechung bislang für die vertragsärztliche Tätigkeit forderte, wird es nach § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV ausweislich der Begründung des Gesetzesentwurfs jedoch nicht mehr geben. Zwar bleibt es grundsätzlich dabei, dass die vertragsärztliche Tätigkeit bei einem vollen

©Westend61

Flexiblere vertragsärztliche Arbeitsmodelle sollen die Vereinbarkeit von Familie und Beruf verbessern. Es bleibt zu hoffen, dass der Gesetzgeber den Weg der Flexibilisierung weiter beschreitet, um den Ärzten eine ausgeglichenere Work-Life-Balance zu ermöglichen.

Versorgungsauftrag als Vollzeittätigkeit angelegt ist, allerdings wird die Möglichkeit von Job-Sharing und Teilzeitmodellen weiter verbessert, etwa in einer Praxis mit einer Vertragsärztin und einem angestellten Arzt. Dies entspricht einem allgemeinen Trend der Gesetzgebung, der mit Regelungen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf korrespondiert. So ermöglicht das GKV-StVG den Vertragsärztinnen, sich aufgrund ihrer Entbindung nun 12 statt 6 Monate vertreten zu lassen (§ 32 Abs. 1 Satz 3 Ärzte-ZV n. F.).

Positiv zu bewerten ist auch die erweiterte Möglichkeit zur Delegation von ärztlichen Leistungen auf sog. Hilfspersonen nach § 28 Abs. 1 Satz 3 SGB V n. F. Dabei legen die Partner der Bundesmanteltarifverträge „beispielhaft" fest, bei welchen Tätigkeiten eine solche Delegation möglich ist. Da nur eine beispielhafte Festlegung erfolgen soll, gibt es für die Praxis hier zwar einerseits eine deutliche Orientierung, aber andererseits auch einen gewissen Spielraum, der im Rahmen des rechtlich Vertretbaren den praktischen Bedürfnissen angepasst werden kann. In jedem Fall bleibt es bei der Letztverantwortung des Arztes, der die Assistenten instruieren, anleiten und kontrollieren muss.

Honorarärzte in Krankenhäusern, ambulante Versorgung und MVZ

Sektorenübergreifende Kooperationsformen zwischen Vertragsärzten haben mit Unterstützung durch die Gesetzgebung zugenommen. Zu nennen sind vor allem die schon lange bestehende Belegarzttätigkeit, die 2007 durch das GKV-WSG eingeführte Öffnung der Krankenhäuser für ambulantes Operieren, die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus sowie die Integrierte Versorgung als „neue" Versorgungsform sowie verschiedene weitere ambulante Behandlungsformen im Krankenhaus.

Honorararzttätigkeit umstritten

Eine bislang nicht ausdrücklich geregelte aber seit Jahrzehnten praktizierte Form der Kooperation zwischen Krankenhaus und Vertragsarzt ist die honorarärztliche Tätigkeit im Rahmen der stationären Versorgung. Hier verpflichtet sich ein niedergelassener Arzt i. d. R. durch einen Dienstvertrag zu Tätigkeiten im Krankenhaus, ohne dort angestellt zu sein. Gegenüber dem Belegarzt nach § 121 Abs. 2 SGB V, der als Niedergelassener die eigenen Patienten im Krankenhaus stationär behandelt, verpflichtet sich der Honorararzt nur zur Leistung gegenüber dem Krankenhaus.

Die Frage der Zulässigkeit solcher Honorarärzte – auch „unechte" Belegärzte oder „schwarze" Konsiliarärzte genannt – in der Rechtsprechung und Literatur ist streitig. Die eine Meinung geht dahin, dass dieser honorarärztlichen Tätigkeit weder ein Verbot noch ein gesetzlicher „numerus clausus" der erlaubten Kooperationsformen entgegensteht. Andere wollen aus § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntG eine Begrenzung von Leistungen Dritter auf lediglich unterstützende Tätigkeiten entnehmen. Eine klarstellende Regelung, die die Koalition im Gesetzgebungsverfahren zunächst angekündigt hatte, wurde jedoch nicht in das GKV-StVG aufgenommen.

Ausbau der vertragsärztlichen Versorgung

Ärzte einer stationären Einrichtung erhalten erweiterte Möglichkeiten für eine vertragsärztliche Versorgung (§ 116 SGB V n.F). Ärzte, die im Krankenhaus, in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen i.S.d. § 111 Abs. 2 SGB V oder nach § 119b Satz 3 SGB V in einer Pflegeeinrichtung tätig sind, können künftig an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (§ 95 Abs. 1 SGB V). Das kann besonders für Ärzte in Reha- und Pflegeeinrichtungen attraktiv sein. Voraussetzung für derartige Ermächtigungen ist die Zustimmung des Trägers sowie eine besondere fachliche Qualifikation des Arztes, die einen konkreten Versorgungsbedarf abzudecken hilft.

Auch Krankenhäuser sind zur ambulanten Versorgung ermächtigt (§ 116a SGB V n. F.) und das fortan nicht nur – wie bisher – in unterversorgten Planungsbereichen, sondern auch dann, wenn der Landesausschuss in einem Planungsbereich einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf nach § 100 Abs. 3 SGB V festgestellt hat.

Nicht jeder darf ein MVZ gründen

Wichtige Einschränkungen ergeben sich für die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren. Ein MVZ kann nur noch von zugelassenen Ärzten oder Krankenhäusern sowie gemeinnützigen Trägern gegründet werden, die aufgrund von Zulassungen oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Ausgeschlossen sind damit auch andere Leistungserbringer, d. h. Apotheker, Pflegedienste, Heil- und Hilfsmittelversorger.

Zur Begründung führt der Gesetzesentwurf an, dass in den letzten Jahren gerade in kapitalintensiven Bereichen wie der operierenden Augenheilkunde MVZs von Investoren gegründet worden seien, die keinen fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung haben, sondern allein Kapitalinteressen verfolgen. Die angeordnete Rechtsformbeschränkung auf die Gesellschaft als Partnerschaftsgesellschaft und die GmbH soll ebenso die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidung von Kapitalinteressen gewährleisten. Die bestehenden MZVs genießen Bestandsschutz.

Ambulante spezialärztliche Versorgung – ASV

Für den meisten „Zündstoff" im Gesetzgebungsverfahren hat wohl die Neufassung

des § 116b SGB V gesorgt. Bereits die 2007 durch das GKV-WSG eingeführte Regelung, die den Krankenhäusern die ambulante Behandlung mit hochspezialisierten Leistungen sowie von seltenen Erkrankungen und solchen mit besonderen Krankheitsverläufen ermöglichte, hatte für eine Welle von Klagen konkurrierender Vertragsärzte geführt.

Der ursprüngliche Kabinettsentwurf zur Neufassung des § 116b SGB V sah nun eine sehr weitgehende Regelung zur Einführung eines neuen „dritten" Versorgungssektors der ambulanten spezialärztlichen Versorgung (ASV) vor. Zugang sollten nach dem Prinzip „Wer kann, der darf" gleichermaßen Krankenhäuser nach § 107 SGB V, Vertragsärzte sowie ermächtigte Ärzte und Einrichtungen haben. Dabei war vor allem der Leistungskatalog weit gesteckt. Neben Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (u. a. HIV/Aids, Multiple Sklerose), seltenen Erkrankungen sowie hochspezialisierten Leistungen sah § 116b Abs. 1 Satz 2 SGB V-E die Einbeziehung ambulanter Operationen und stationsersetzender Eingriffe aus dem Katalog nach § 115b Abs. 1 Satz 1 SGB V vor.

Für die Zulassung sollte es dabei ausreichen, dass der Leistungserbringer seine Qualifikation gegenüber der zuständigen Behörde anzeigt; eine Zulassung sollte automatisch erfolgen, wenn die Landesbehörde nicht innerhalb von 2 Monaten Widerspruch erhob. Betrachtet man die von verschiedener Seite gegen diese Ausweitung vorgebrachten Kritikpunkte, verwundert es nicht, dass die Regelung das Gesetzgebungsverfahren in ihrer ursprünglichen Konzeption nicht überstand.

So wurde bemängelt, dass aufgrund des relativ einfachen Zugangs der Leistungserbringer zur ASV eine deutliche Zunahme entsprechender Angebote zu erwarten sei. Da die ASV keiner Bedarfsplanung unterfällt, erfolgt keine Steuerung, mit deren Hilfe einerseits verhindert werden könnte, dass sich die Leistungen in den heute bereits gut versorgten Regionen konzentrieren und andererseits Unterversorgung abgebaut würde. Vertragsärzte und Krankenhäuser könnten ihr Leistungsspektrum zugunsten der ASV verändern, da die in diesem Bereich erbrachten Leistungen keiner Budgetierung unterliegen, also für Leistungsausweitungen attraktiv sind. Durch den Entfall der Budgetierung ist im Rahmen einer auch angebotsinduzierten Nachfrage zudem mit einem deutlichen Anstieg der Leistungsmenge und damit der Ausgaben zu rechnen.

Die Erfahrung zeigt, dass gerade Krankenhäuser die Möglichkeiten, ambulant tätig zu werden, intensiv nutzen. Dadurch können sie einerseits die abnehmende Auslastung im stationären Bereich kompensieren und andererseits im ambulanten Bereich weitere Marktanteile gewinnen, ggf. auf Kosten der praktizierenden Vertragsärzte, die hier in einer klar schwächeren Position sind. Zwar besteht auch ein Potenzial, dass bisher stationär durchgeführte Eingriffe von den Krankenhäusern ambulant zu günstigeren Kosten vorgenommen werden. Da die Krankenkassen aber keine Möglichkeit haben, bei Verlagerung von Leistungen in die ASV gleichzeitig das Krankenhausbudget zu reduzieren, ist eher mit dem folgenden Szenario zu rechnen: Die stationären Ausgaben bleiben tendenziell gleich, Ausgaben für ASV kommen hinzu, ergo steigen die Leistungsausgaben insgesamt.

Gefahr der doppelten Abrechung

Durch die direkte Abrechnung mit den Krankenkassen wird im System der ASV zudem nicht nur die ärztliche Selbstverwaltung geschwächt. Es besteht auch die Gefahr, dass Leistungen zumindest teilweise doppelt abgerechnet werden, da die ambulante Versorgung weiterhin über die KVen abgerechnet wird und ein Datenabgleich nicht stattfindet. Durch die Verlagerung der Abrechnung und Wirtschaftlichkeitsprüfung von den KVen zu den Krankenkassen werden zudem bürokratische Parallelstrukturen aufgebaut, auf die die Krankenkassen nicht bzw. nur unzureichend vorbereitet sind.

Zusammenfassend lässt sich bez. der spezialärztlichen Versorgung festhalten: Die Ausbildung einer sektorenübergreifenden ASV wurde zwar grundsätzlich und allgemein begrüßt. Ihre vorgesehene Ausweitung war im Einzelnen aber möglicherweise noch nicht vollständig durchdacht und auf eine sinnvolle Koexistenz mit dem bisherigen zweigeteilten Versorgungssystem abgestimmt. Der Bundesrat hatte daher vorgeschlagen, die Thematik aus dem Gesetzgebungsverfahren des GKV-StVG komplett auszuklammern und in einer gesonderten Gesetzesinitiative weiter zu verfolgen. Entgegen diesem Vorschlag sieht die Neuregelung des § 116b Abs. 1 SGB V nunmehr zumindest einen begrenzten Anwendungskatalog der ASV vor, der beschränkt ist auf „schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen". Gegenüber der bisherigen Regelung des § 116b SGB V sind also vor allem die schweren Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen hinzugekommen.

GBA wählt Erkrankungen für ASV

Der GBA kann den Katalog des § 116b Abs. 1 Satz 2 SGB V n. F. um weitere Erkrankungsarten ergänzen, wenn diese die genannten Voraussetzungen erfüllen (vgl. § 116b Abs. 5 SGB V n. F.). Er hat außerdem in einer Richtlinie bis zum 31. Dezember 2012 „das Nähere" zur ASV zu regeln, d. h. u. a. die Erkrankungsarten zu konkretisieren bzw. zu klassifizieren sowie die sachlichen und personellen Anforderungen festzulegen, die von den Leistungserbringern zu beachten sind (vgl. § 116b Abs. 4 SGB V n. F.). Die berechtigten Leistungserbringer haben ihre Teilnahme an der ASV gegenüber dem Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen anzuzeigen, der die Anforderungen und Voraussetzungen binnen 2 Monaten zu prüfen hat. Der Landesausschuss wird um Vertreter der Krankenhäuser in der gleichen Zahl erweitert, wie sie jeweils für die Vertreter der Ärzte und Krankenkassen vorgesehen ist (§ 116b Abs. 3 Satz 1 SGB V n. F). D.h. zu den je 8 Ärzte- und Krankenkassenvertretern kommen 8 Vertreter der Krankenhäuser hinzu. Damit wird zumindest ein erster Schritt in Richtung eines sektorenübergreifenden Planungs- und Genehmigungsgremiums auf Landesebene getan.

Die Auswirkungen der ASV auf die Kostenträger, die Leistungserbringer sowie auf die Patientenversorgung muss nach fünf Jahren evaluiert werden (§ 116b Abs. 9 SGB V n. F.). Erst dann wird sich also voraussichtlich entscheiden, ob und wie sich dieser neue Versorgungssektor auf weitere Leistungsbereiche erstrecken wird.

Der vorliegende Beitrag ist der 2. Teil einer 3-teiligen Reihe, die in der nächsten Ausgabe fortgesetzt wird.

RA Dr. Ralph Steinbrück, Fachanwalt für Medizinrecht und Wirtschaftsmediator, Rechtsanwälte Ulsenheimer und Friederich, München

Korrespondenz: steinbrueck@uls-frie.de