

Die schwarz-rote Koalition schwarz auf weiß

Mit diesem Sondernewsletter informieren wir über die Vorhaben der geplanten großen Koalition im Bereich „Gesundheit und Pflege“.

Die Pläne sind nun schwarz auf weiß benannt. Gestern haben CDU / CSU und SPD den abschließenden Entwurf ihres Koalitionsvertrages vorgelegt. Er umfasst 185 Seiten, davon befassen sich knapp 12 Seiten (ca. 6,5 %) mit dem Gesundheitswesen. Die wesentlichen Zielvereinbarungen im Bereich „Gesundheit und Pflege“ sind nachstehend zusammengefasst und nach Themenabschnitten gegliedert.

Dieser Newsletter dient der Information. Eine Wertung erfolgt noch nicht. Wir geben aber unter der Überschrift „Ausblick“ schon mal einige kommentierende Hinweise.

Ambulante Gesundheitsversorgung

An unterschiedlichen Stellschrauben des ambulanten Versorgungssektors wollen CDU / CSU und SPD Änderungen vornehmen (vgl. Koalitionsvertrag, S. 75 bis 78).

1) Grundsatz

Im Koalitionsvertrag wird klargestellt, dass die Freiberuflichkeit niedergelassener Leistungserbringer unverzichtbares Element für eine flächendeckende ambulante Versorgung sei. Die Freiberuflichkeit sei Garant für die Diagnose- und Therapiefreiheit sowie für die freie Arztwahl der Patienten.

2) Versorgungssituation

Die künftigen Regierungsparteien wollen die Anreize zur Niederlassung in unterversorgten Gebieten verbessern. Bürokratische Anforderungen sollen abgebaut, Zulassungsbedingungen

flexibilisiert werden. In unterversorgten Gebieten soll die Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung erleichtert werden. Zum Abbau von Überversorgung durch den Aufkauf von Vertragsarztsitzen soll die gesetzliche Regelung von einer „Kann“ in eine „Soll“-Vorschrift geändert werden. Zukünftig sollen also die Vertragsarztsitze in überversorgten Gebieten nicht nachbesetzt, sondern aufgekauft werden.

3) Wartezeiten – Terminservicestellen

Um Wartezeiten auf einen Arzttermin zu reduzieren, sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen, ggf. in Kooperation mit den Krankenkassen, Terminservicestellen einrichten.

Die Servicestelle solle die fachärztlichen Termine innerhalb einer Woche vermitteln. Hierbei soll die Wartezeit für den Termin von vier Wochen nicht überschritten werden. Ansonsten soll dem Patienten ein Termin zur ambulanten Behandlung in einem Krankenhaus angeboten werden. Die Behandlungskosten sollen zu Lasten des jeweiligen KV-Budgets erfolgen.

4) Gesamtvergütung der Haus- / Fachärzte

Die von Fachärzten erbrachten hausärztlichen Leistungen sollen nicht den hausärztlichen Teil der Gesamtvergütung mindern und umgekehrt. Es soll also keinen Ausgleich der Töpfe geben.

5) Hausarztzentrierte Versorgung

Vergütungsbeschränkungen bei der hausarztzentrierten Versorgung sollen gestrichen werden. Die hausarztzentrierte Versorgung soll weiterentwickelt und um „geeignete Instrumente“ zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und zur Qualitätssicherung ergänzt werden. Strukturierte und die Hausärzte betreffende Behandlungsprogramme sollen Vertragsbestandteil der hausarztzentrierten Versorgung sein.

6) Arztgruppengleiches MVZ

Die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren soll künftig erleichtert werden. Hierfür soll das Erfordernis zweier unterschiedliche Arztgruppen nicht mehr Zulassungsvoraussetzung sein. Damit sollen arztgruppengleiche MVZ möglich werden.

Neu ist, dass Kommunen die Möglichkeit erhalten sollen, MVZ zu gründen. Bei Nachbesetzungen behalten jedoch ärztliche Bewerber den Vorrang.

7) Benachteiligungsverbot von MVZ

Extra erwähnt wird, dass MVZ bei Vergütung und Zulassung „im Rahmen des bestehenden Rechts“ nicht benachteiligt werden dürfen (S. 76).

8) Delegation ärztlicher Leistungen

Die Delegation ärztlicher Leistungen auf nicht-ärztliches Personal bleibt ein Thema. Ihr Einsatz soll flächendeckend möglich und leistungsgerecht vergütet werden.

9) Substitution ärztlicher Leistungen

Gestalt annehmen soll die sogenannte Substitution (§ 63 Abs. 3c SGB V), d.h. die Übertragung originär ärztlicher Leistungen auf nichtärztliches Personal. Erste Modellvorhaben sollen praktiziert und evaluiert werden. Je nach Ergebnis sollen die Modellprojekte in die Regelversorgung überführt werden.

10) Besetzung der Vertreterversammlungen

Die Vertreterversammlungen von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Kassenärztlichen Vereinigungen sollen zu gleichen Teilen aus Haus- und Fachärzten besetzt sein. Es soll künftig einen beratenden Fachausschuss für angestellte Ärzte geben.

11) Gestaltungsspielräume der Krankenkassen

Die Gestaltungsspielräume der Krankenkassen beim Abschluss von Verträgen werden erweitert. Dies betrifft zum einen die hausarztzentrierte Versorgung, zum anderen die Selektivverträge und die integrierte Versorgung.

Sektorübergreifende Vorhaben

1) Neues Qualitätsinstitut

CDU / CSU und SPD wollen mit einem neu zu gründenden Institut die sektorübergreifende Qualitätssicherung verbessern. Dessen Ergebnisse

zur ambulanten und stationären Qualitätsermittlung sollen dem Gemeinsamen Bundesausschuss Entscheidungsgrundlagen liefern.

Die Krankenkassen sollen verpflichtet werden, pseudonymisierte Routinedaten an das Institut zu liefern.

Dieses soll Daten auswerten und einrichtungsbezogen veröffentlichen. Betreffend die Krankenhäuser soll das Qualitätsinstitut eine Vergleichsliste erstellen, führen und Zertifikate bewerten und einordnen.

2) Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen

Die Parteien des Koalitionsvertrages sind sich einig, einen neuen Straftatbestand der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen schaffen zu wollen.

3) Neuer „Innovationsfonds“

Geplant ist auch ein Innovationsfonds. Aus ihm sollen mit 225 Millionen Euro sektorübergreifende Versorgungsformen und mit 75 Millionen Euro Versorgungsforschung gefördert werden. Die insgesamt 300 Millionen Euro sollen die Krankenkassen zur Verfügung stellen. Im Gegenzug erhalten die Kassen 150 Millionen Euro aus dem Gesundheitsfonds.

Die Vergabekriterien für ein jährliches Ausschreibungsverfahren zum Erhalt der Gelder soll der Gemeinsame Bundesausschuss festlegen und das Ausschreibungsverfahren selber durchführen.

Stationäre Gesundheitsversorgung

Neuerungen sind auch für den Bereich des stationären Gesundheitssektors angedacht (vgl. Koalitionsvertrag, S. 78 bis 80).

1) Krankenhausplanung

Als weitere Voraussetzung für Entscheidungen zur Krankenhausplanung soll in § 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) der Begriff der Qualität verankert werden.

2) Unangemeldete MDK-Qualitätskontrolle

In Krankenhäusern soll der Medizinische Dienst der Krankenkassen ohne vorherige Anmeldung kontrollieren dürfen, ob die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zur internen und externen Qualitätssicherung eingehalten sind.

3) Modellhafte Qualitätsverträge

Zwischen den Jahren 2015 und 2018 sollen Krankenkassen modellhaft Qualitätsverträge mit einzelnen Krankenhäusern schließen können.

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll hierfür vier planbare Leistungen benennen. Die Kriterien für Qualitätsverträge sollen die Krankenkassen auf Landesebene einheitlich und gemeinsam festgelegt.

4) Qualität – Mehrleistungsabschlüsse

Das heute bestehende System der Mehrleistungsabschlüsse soll differenziert werden: Leistungen mit nachgewiesener hoher Qualität sollen von Mehrleistungsabschlüssen ausgenommen werden können, für besonders gute Qualität sollen Zuschläge möglich sein. Umgekehrt sollen bei unterdurchschnittlicher Qualität für einzelne Leistungen auch höhere Abschlüsse möglich sein. Die Qualität soll dabei risikoadjustiert und anhand wesentlicher Indikatoren gemessen werden. Die Degression des Landesbasisfallwertes bei landesweiten Mengensteigerungen wird entsprechend vermindert. Ziel ist es, dass sich künftig „gute Qualität ... für Krankenhäuser auch finanziell lohnen“ soll (S. 78).

5) Sicherstellungszuschläge

Die Versorgungsplanung der Länder soll künftig erreichbarkeits- und weniger standortorientiert sein. Hierfür möchten CDU / CSU und SPD die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen ermöglichen. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll hierfür künftig Kriterien festlegen. Werden diese erfüllt, soll nach Zustimmung des Landes ein Sicherstellungszuschlag zu zahlen sein.

6) Second Opinion-Modell

Ärzte sollen verpflichtet werden, bei Stellung einer OP-Indikation die Patienten darüber aufzuklären, dass sie sich für planbare Operationen eine Zweitmeinung bei einem weiteren Facharzt oder Krankenhaus einholen dürfen. Für welche Operationen diese Verpflichtung verbindlich gelten soll, ist noch zu definieren.

Die Aufklärung soll mindestens zehn Tage vor der Operation erfolgen. Die Kosten für die Zweitmeinung sollen die Krankenkassen tragen.

7) Medizinprodukte hoher Risikoklasse

Krankenhäuser, in denen neue Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse zum Einsatz kommen, sollen sich künftig in der Phase nach der

Markteinführung an Nutzen- und Sicherheitsstudien des Gemeinsamen Bundesausschusses beteiligen müssen.

8) Register

Offenbar aus den Erfahrungen mit diversen Skandalen der letzten Zeit ziehen die Koalitionäre die Konsequenz, Transplantations- und Implantatregister aufzubauen. Langfristig soll dies die Patientensicherheit und Qualität verbessern.

9) Notfallversorgung

Die ambulante Notfallversorgung konzentriert sich außerhalb der allgemeinen Praxisprechzeiten zunehmend auf die Krankenhäuser. Deshalb sollen gesetzlichen Rahmenbedingungen und die Vergütung angepasst werden. Angestrebt wird „eine regelhafte Kooperation der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenhäuser zur Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung“ (S. 80). Der Sicherstellungsauftrag soll allerdings bei den Kassenärztlichen Vereinigungen bleiben.

10) Spezialfachärztliche Versorgung

Möchte ein Krankenhaus an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (§116 b SGB V) teilnehmen, soll es Qualitätsnachweise erbringen müssen. Wie diese zu führen sind, soll künftig der Gemeinsame Bundesausschuss festlegen und dabei die Qualitätsdaten des neuen Qualitätsinstituts berücksichtigen.

11) Vergütungssystem Psychiatrie

Das zum 01.01.2013 erst eingeführte neue Vergütungssystem für Psychiatrie und Psychosomatik soll verbessert werden. Es soll die sektorenübergreifende Behandlung gefördert und die Verweildauer verkürzt werden, ohne „Drehtüreffekte“ zu erzeugen.

Ausblick

Welche Vorhaben in welcher Art und Weise umgesetzt werden, bleibt abzuwarten und ist erst dann zu beurteilen. Aus den zahllosen Gesetzen im Gesundheitswesen (allein zwei „Jahrhundertreformen“ 1989 und 1993) hat man gelernt, abzuwarten, was später in den Gesetzen wirklich drinsteht. Es wird jedenfalls keine Bürgerversicherung und keine Systemumbrüche geben noch – wie schon einmal im Jahre 1999 – in diesem Jahr ein Last-Minute-Gesetz zur Reform des Gesundheitswesens. Die Dinge werden sich entwickeln.

Die Bedeutung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung wird weiter zunehmen. Das ist u.a. angesichts der Veränderungen in der Demographie, auch bei den Ärzten und den gewandelten Vorstellungen an die Hingabe zum ärztlichen Beruf (u.a. Generation Y) bei Lichte betrachtet in immer mehr Landesteilen ein wesentlicher Baustein zur flächendeckenden Gesundheitsversorgung. Wer nicht weiter auf die Selbstaubeutung der Ärzteschaft setzt, muss sich mit Forderungen nach geregelten Arbeitszeiten, Familienbetreuung etc. auch im niedergelassenen Bereich anfreunden und die Konsequenzen der daraus resultierenden Verknappung akzeptieren. Davon werden Modelle wie AGNES und VERAH profitieren. Die Öffnung der Substitution wird spannende Fragen nach der haftungsrechtlichen Verantwortung und der Vergütung aufwerfen.

Wegen der geplanten Veränderungen bei der Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen in überversorgten Gebieten empfehlen wir, frühzeitig Alternativen einzuschlagen, damit der Vertragsarztsitz nicht von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung aufgekauft wird.

Interessant sind die geplanten erleichterten Voraussetzungen zur Gründung eines MVZ. Dass Kommunen MVZ gründen dürfen, wird im niedergelassenen Bereich auf ambivalente Gefühle stoßen. Je nach Angebot wird sich mancher Vertragsarzt überlegen, ob er seine Praxis nicht besser an die Gemeinde verkauft und als angestellter Arzt vom Investitions- und Tilgungsrisiko entlastet weiterarbeitet.

Diese Änderung und die Verpflichtung, in überversorgten Gebieten die Vertragsarztsitze „ein-

zukassieren“, sind die in ihren praktischen Auswirkungen vermutlich weitreichendsten Änderungen, die der Koalitionsvertrag für das Gesundheitswesen vorsieht.

Die neuen Vertragsfreiräume der Krankenkassen dürften auch Einschränkungen der Kompetenzen des Bundesversicherungsamtes mit sich bringen, unter dessen rigider Kontrollpolitik insbesondere die Ersatzkassen „ächzen“.

Dass ein neues Qualitätsinstitut erforderlich ist, muss man bezweifeln. Jedenfalls dürfte eine Angliederung an bestehende Institute sinnvoll sein, auch wenn man über die Qualität deren bisheriger Arbeit sehr geteilter Meinung sein kann.

Mit der angekündigten strafrechtlichen Verschärfungen für Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen, speziell für Vertragsärzte, war zu rechnen. Das wird dennoch weitreichende Konsequenzen haben, die wir jetzt schon in der Mandantschaft sehen.

*Daniel Gröschl, Sindelfingen
Rechtsanwalt*

*Dr. Berit Jaeger, Sindelfingen
Rechtsanwältin, Fachanwältin für Medizinrecht*

*Prof. Dr. Thomas Ratajczak, Sindelfingen
Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht,
Fachanwalt für Sozialrecht*

*Dr. Marc Sieper, Mag. rer. publ., Sindelfingen
Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht*

www.rpmed.de

Impressum:

Ratajczak & Partner, Rechtsanwälte
Posener Str. 1, 70165 Sindelfingen
AG Stuttgart (PR 240005), Sitz Sindelfingen
USt-Ident-Nr.: DE145149760

Verantwortlich im Sinne des Presserechts:
Dr. Detlef Gurgel

E-Mail der Redaktion: redaktion@rpmed.de
Die Mitteilungen dieses Newsletters enthalten allgemeine Informationen zu rechtlichen Themen. Eine rechtliche Beratung im Einzelfall können sie nicht ersetzen. Für die Richtigkeit der Information übernehmen wir keine Haftung.