

Das GKV-Modernisierungsgesetz und die neuen Versorgungsstrukturen

I. Die Dezemberversammlung des Dresdner Medizinrechtsforum für Ärzte stand unter dem Thema „Rechtliche Auswirkungen der bevorstehenden Gesundheitsreform für die niedergelassenen Ärzte“. Am 25. 2. 2004 veranstaltet das Forum in Dresden eine Fortbildungsveranstaltung zum Thema „Die Tätigkeit des niedergelassenen Arztes an der Schnittstelle ambulanter und stationärer Versorgung“. Die Gesundheitsreform ist auch Gegenstand dieses Artikels.

Das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz-GMG) ist am 1. 1. 2004 in Kraft getreten. Das Gesetz verändert ein ganzes Paket von Vorschriften. Am deutlichsten werden die Novellierungen beim SGB V. Die folgenden Ausführungen konzentrieren sich auf die Erläuterung der im Gesetz genannten neuen Versorgungsstrukturen.

II. Im Kern geht es um folgende gesetzgeberische Weiterentwicklungen:

a) Künftig werden medizinische Versorgungszentren zugelassen:

In den medizinischen Versorgungszentren können freiberuflich tätige und angestellte Ärzte tätig sein. Nach der Legaldefinition des § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V handelt es sich dabei um fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, als Angestellte oder als Vertragsärzte tätig sind. Das Angebot von Gesundheitsleistungen hat mithin interdisziplinären Charakter in einheitlicher Trägerschaft. Medizinische Versorgungszentren können sich aller zulässigen Organisationsformen bedienen. Neben Personengesellschaften und Partnerschaftsgesellschaften ist auch die GmbH oder Aktiengesellschaft als Trägerform mög-

lich. Den für die niedergelassenen Ärzte stattlichen Gesellschaftsformen wird künftig die Rechtsform der juristischen Person des privaten und des öffentlichen Rechts als Träger zur Seite gestellt. Neben die freiberufliche Form der Leistungserbringung tritt künftig die durch eine juristische Person als Träger, die – ähnlich wie bei Krankenhäusern – überwiegend mit angestellten Ärzten arbeiten wird (1).

Der Gesetzeswortlaut besagt, dass medizinische Versorgungszentren nur von Leistungserbringern, die an der medizinischen Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung teilnehmen, gegründet werden dürfen. Diese Gründungsvoraussetzungen müssen auch später beibehalten werden, ansonsten droht Zulassungszug. Die Leistungserbringer nehmen an der medizinischen Versorgung teil im Status der Zulassung (Vertragsärzte, Krankenhäuser, Heilmittelbringer), im Status der Ermächtigung oder über Verträge (zum Beispiel häusliche Krankenpflege, Apotheken). Krankenkassen oder andere Sozialversicherungsträger können keine medizinischen Versorgungszentren errichten (2). Darüber hinaus sind pharmazeutische Hersteller und Großhändler keine zugelassenen Leistungserbringer. Insbesondere zugelassene Vertragsärzte (Ärzte-GmbH) sowie alle stationären Leistungserbringer sollen für die Trägerschaft eines medizinischen Versorgungszentrums prädestiniert sein, gegebenenfalls kombiniert mit einem Integrationsvertrag in Form einer Managementgesellschaft (3). Medizinische Versorgungszentren müssen unternehmerisch geführt werden. Die Vergütung der ärztlichen Leistungen, die durch angestellte Ärzte des Versorgungszentrums erbracht werden, erfolgt bis 2006 aus der Gesamtvergütung und ab 2006 auf der Grundlage der arztgruppen- bzw. arztbezogenen Regelleistungsvolumina.

Die medizinischen Versorgungszentren werden wie niedergelassene Vertragsärzte im Rahmen der vertragsärztlichen Bedarfsplanung zugelassen. Um angestellten Ärzten von medizinischen Versorgungszentren den Weg in die eigene Niederlassung nicht zu erschweren ist geregelt, dass sie auf Antrag nach fünfjähriger Tätigkeit im medizinischen Versorgungszentrum eine Zulassung als niedergelassener Arzt erhalten, und zwar unbeschadet dort bestehender Zulassungsbeschränkungen(4).

Zu beachten ist, dass in Sachsen eine ärztliche Praxis in der Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts nicht zulässig ist. (§ 16 Abs. 4 SächsHKaG – Sächsisches Heilberufekammergesetz). Man wird nicht abstreiten können, dass ein medizinisches Versorgungszentrum eine Sonderform der ärztlichen Praxis darstellt, so dass zumindest gegenwärtig die GmbH oder Aktiengesellschaft als Träger ausscheidet. Es ist durchaus problematisch, dass der Bundesgesetzgeber den Bundesländern vorschreibt, welche Organisationsstrukturen zu schaffen sind. Letztlich wird hier jedoch die Macht des Faktischen siegen, so dass ein Wegfall des GmbH-Verbotes in Sachsen absehbar sein dürfte. Darüber hinaus werden die Berufsordnungen der einzelnen Ärztekammern an die neue Gesetzeslage anzupassen sein. Es ist davon auszugehen, dass der Landesgesetzgeber und die Sächsische Landesärztekammer für diesen Fall Regelungen schaffen werden die sicherstellen, dass die Rechte der beteiligten Ärzte angemessen gewahrt werden, indem beispielsweise dafür gesorgt wird, dass solche Gesellschaften durch Ärzte geführt werden, Ärzte in ihrer ärztlichen Entscheidung keinen Weisungen von Nichtärzten unterliegen und Dritte nicht am Gewinn beteiligt werden. Darüber hinaus muss im Patienteninteresse als auch im Interesse der Ärzte abgesichert sein, dass für jeden in

einer Gesellschaft privaten Rechts tätigen Arzt eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung besteht.

b) Die Krankenkassen werden verpflichtet, flächendeckend hausärztlich zentrierte Versorgungsformen anzubieten:

Die Krankenkassen haben zur Sicherstellung der hausarztzentrierten Versorgung mit besonders qualifizierten Hausärzten Verträge abzuschließen. Die Verträge können sowohl mit niedergelassenen Vertragsärzten abgeschlossen werden als auch mit den unter a) vorgestellten medizinischen Versorgungszentren (§ 73 b SGB V). In den Gesamtverträgen ist das Nähere über den Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung zu regeln. Ausweislich der Gesetzesbegründung müssen die Krankenkassen nicht jeden Hausarzt unter Vertrag nehmen. Die Kassen haben nur mit so vielen Hausärzten diskriminierungsfrei einen Vertrag zu schließen, wie für an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmende Patienten notwendig ist. Es kommt also nicht jeder Hausarzt in Frage, sondern nur ein solcher, der durch Einzelvertrag mit einer Krankenkasse in das System der hausarztzentrierten Versorgung einbezogen ist. Die Hausärzte, mit denen Verträge abgeschlossen werden, müssen besondere Anforderungen an die Qualität der hausärztlichen Versorgung erfüllen. (§ 73 b Abs. 2 Satz 1 SGB V). Als Beispiele werden in der Gesetzesbegründung genannt: hausärztliche Behandlung auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien, Teilnahme an Qualitätszirkeln sowie Einführung eines zertifizierten praxisinternen Qualitätsmanagements. Die Verträge werden von den Krankenkassen öffentlich ausgeschrieben.

Für die Patienten ist die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung freiwillig. Sie können sich also freiwillig in schriftlicher Form gegenüber ihrer gesetzlichen Krankenkasse verpflichten, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung des von ihnen gewählten und an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Der Patient ist an diese Verpflichtung für mindestens ein Jahr gebunden. Ein Hausarztwechsel während der Bindungsfrist ist nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes möglich. Das Nähere zur Teilnahme der Patienten an der hausarztzentrierten Versorgung regeln die Krankenkassen in

ihren Satzungen. Die Kassen können künftig in ihren Satzungen Boni für Patienten gewähren, die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, die in Form von ermäßigten Zahlungen, aber auch in Form von Beitragsermäßigungen gewährt werden können. In den Gesamtverträgen sind Regelungen zu treffen, wie die hausarztzentrierte Versorgung zu vergütet ist sowie ob und wie diese Vergütung auf die in den Gesamtverträgen nach § 85 oder 85 a vereinbarten Vergütungen anzurechnen ist.

c) Krankenkassen können auf der Grundlage von Gesamtverträgen auch mit einzelnen Vertragsärzten Versorgungsverträge abschließen:

Voraussetzung hierfür ist, dass die Durchführung derartiger Verträge besondere qualitative oder organisatorische Anforderungen an die Vertragsärzte stellt. Vergütungen für diese Versorgungsformen können auch zusätzlich zur Gesamtvergütung gezahlt werden. Darüber befinden die Partner in den Gesamtverträgen. Durch die Neuregelung des § 73 c SGB V wurde das Kollektivvertragssystem mit besonders für die fachärztliche Versorgung bedeutsamen neuen vertraglichen Elementen weiterentwickelt. Nunmehr können Krankenkassen mit einzelnen (Fach-) Ärzten und mit medizinischen Versorgungszentren im Rahmen kollektivvertraglicher Regelungen besondere Versorgungsaufträge vereinbaren. Dies gilt zum Beispiel für die Versorgung von Dialysepatienten oder Patienten mit Diabetes Typ II (5).

d) Die integrierte Versorgung wird weiterentwickelt:

Hier versuchte der Gesetzgeber, juristische und ökonomische Hemmnisse zu beseitigen. Um weitere Anreize zur Vereinbarung integrierter Versorgungsverträge zu geben, stehen zwischen 2004 und 2006 bis zu 1 % der jeweiligen Gesamtvergütung sowie der Krankenhausvergütungen in den KV-Bezirken zur Anschubfinanzierung zur Verfügung. Apotheken können ebenfalls in die integrierte Versorgung einbezogen werden (6). Krankenkassen können Verträge zur integrierten Versorgung auch mit den Trägern von medizinischen Versorgungszentren abschließen. Die Krankenkassen können künftig sogar Verträge mit Trägern schließen, die nicht selbst Versorger sind, sondern eine Versorgung durch dazu be-

rechtigte Leistungserbringer anbieten, sogenannte Managementgesellschaften.

Als Vertragspartner der Krankenkassen kommen neben oben genannten medizinischen Versorgungszentren auch die Träger zugelassener Krankenhäuser (soweit sie zur Versorgung der Patienten berechtigt sind), Träger von stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (soweit mit ihnen ein Versorgungsvertrag besteht) sowie Trägern von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen in Frage. Hinzu kommen natürlich auch die einzelnen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzte und Zahnärzte oder deren Gemeinschaften. (§ 140 b SGB V).

Für die Schaffung von Einrichtungen der integrativen Versorgung stehen wiederum sämtliche Rechts- und Gesellschaftsformen zur Verfügung, insbesondere Personengesellschaften und die juristischen Personen des Privatrechts (zum Beispiel GmbH) einschließlich Vereine (7).

Der Grundgedanke der integrierten Versorgung besteht darin, sektorenübergreifende und/oder interdisziplinäre (fachübergreifende) Versorgungsangebote zu vereinbaren. Interdisziplinäre/fachübergreifende Versorgung ist die verschiedene vertragsärztliche Fachrichtungen zusammenfassende Tätigkeit. Sektorenübergreifend ist insbesondere eine Versorgung, in der verschiedene Leistungssektoren (zum Beispiel ambulant und stationär) zu einem Versorgungsangebot zusammengefasst werden (8). Um die Chancen der Umsetzung der integrierten Versorgung zu erhöhen wurden die Vorschriften über die auf Bundesebene vorgesehene Rahmenvereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aufgehoben. Darüber hinaus sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen an der integrierten Versorgung nicht mehr beteiligt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind mithin auch nicht mehr potentielle Vertragspartner einer integrierten Versorgung.

In der Gesetzesbegründung wird unter Bezugnahme auf § 140 b SGB V ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der Grundsatz der Beitragsstabilität bis zum 31. 12. 2006 durchbrochen wird. Dies geschieht mit Rücksicht auf das unternehmerische Risiko, das die Vertragspartner der Krankenkassen eingehen. Darüber hinaus wird in der Gesetzesbegründung darauf aufmerksam gemacht, dass für die Durchführung der integrierten Versorgung

davon abgesehen wurde, die Leistungserbringung an den Zulassungs-, Ermächtigungs- oder sonstigen Berechtigungstatus der beteiligten Leistungserbringer zu binden (9).

Hier ist jedoch folgendes zu beachten: Speziell bei Krankenhäusern war die bisherige Regelung so, dass diese Leistungen nur im Rahmen ihres bisherigen Zulassungsstatus erbringen konnten. Ambulante Leistungen konnten grundsätzlich nicht erbracht werden, da die Krankenhäuser auf den Status ihrer stationären Zulassung begrenzt waren. Der Gesetzgeber hat für die integrierte Versorgung basierend auf der ab 1. 1. 2004 geltenden Rechtslage keine uneingeschränkte Öffnung der Krankenhäuser im Rahmen von Integrationsverträgen zugelassen. Die Öffnung im Zuge der Integrationsversorgung sieht so aus, dass ein Krankenhaus dann im Rahmen eines Integrationsvertrages über seinen Zulassungsstatus hinaus ambulante Leistungen erbringen darf, wenn Teilnehmer der Integrationsvereinbarung auch zur ambulanten Versorgung zugelassene Vertragsärzte sind, mit denen die Öffnung für die ambulante Versorgung vereinbart wird (10).

e) Für bestimmte Indikationen und hochspezialisierte Leistungen und schwerwiegende Erkrankungen erfolgt eine Teilöffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung:

Die hier maßgebliche Bestimmung ist § 116 b SGB V, wobei die wichtigste Neuerung im Abs. 2 geregelt wurde. Danach können die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen oder die Verbände der Ersatzkassen mit zugelassenen Krankenhäusern Verträge über die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen sowie zur Behandlung seltener Erkrankungen und von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen schließen. Die oben genannten hochspezialisierten Leistungen (CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen sowie Brachytherapie) sowie die seltenen Erkrankungen und Krankheiten mit besonderen Krankheitsverläufen (zum Beispiel Diagnostik und Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen, Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Multipler Sklerose) wurden im Gesetz abschließend festgelegt. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat den Katalog bis 31. 3. 2004 zu ergänzen.

Die Vergütung wird unmittelbar zwischen der Krankenkasse oder dem Verband der Kasse und dem Krankenhaus vertraglich vereinbart. Die Vergütung erfolgt nicht auf der Grundlage von DRGs; sie muss der Vergütung einer vergleichbaren vertragsärztlichen Leistung entsprechen.

f) Eine Teilöffnung zur ambulanten Versorgung kann bei Unterversorgung in dem entsprechenden Fachgebiet erfolgen:

Sofern durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für ein bestimmtes ärztlichen Fachgebiet im Planungsbereich Unterversorgung festgestellt wird, kann der Zulassungsausschuss zugelassene Krankenhäuser für das entsprechende Fachgebiet auf dessen Antrag hin zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, soweit und solange dies zur Deckung der Unterversorgung erforderlich ist. (§ 116 a SGB V).

In der Gesetzesbegründung wird darauf verwiesen, dass ein Anspruch auf Ermächtigung nicht eingeräumt würde. Es sei beispielsweise möglich, dass mehrere Krankenhäuser einen Ermächtigungsantrag stellen würden oder dass die persönliche Ermächtigung eines Krankenhausarztes zur Behebung der Unterversorgung ausreichend sei.

Die Vergütung des Krankenhauses als ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung richtet sich nach § 120 Abs. 1 SGB V, also den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen und erfolgt aus der Gesamtvergütung.

Literatur bei den Verfassern

Dr. med. Michael Kirsch und
RA Dr. Jürgen Trilsch
Dresdner Medizinrechtsforum für Ärzte,
Erna-Berger-Str. 3
01097 Dresden