

Überblick über die für Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken relevanten Inhalte des GKV-VStG

Leistungen bei lebensbedrohlichen Erkrankungen (§ 2 SGB V)

- Bei Vorliegen einer lebensbedrohlichen Krankheit oder einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung haben die Versicherten Anspruch auf abweichende Leistungen, wenn keine allgemein anerkannte, dem wissenschaftlichen Stand entsprechende Leistung zur Verfügung steht (Anpassung an das sogenannte Nikolausurteil).
- Eine Kostenübernahmeerklärung kann vor Behandlungsbeginn bei der GKV beantragt werden.

Versorgungsmanagement / Entlassmanagement (§ 11 SGB V, § 39 SGB V)

- Das Entlassmanagement wird Bestandteil der Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V.
- Die Krankenhäuser werden außerdem verpflichtet, bei einer Anschlussbehandlung des Patienten beim Facharzt für einen zeitnahen Behandlungstermin beim Facharzt Sorge zu tragen.

Zusätzliche Satzungsleistungen im Bereich der medizinischen Vorsorge und Reha (§ 11 Abs. 6 SGB V)

- Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung zusätzliche vom G-BA nicht ausgeschlossene Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität im Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation (§§ 23,40) vorsehen.

Kostenerstattung bei Schwangerschaftsabbrüchen (§24b SGB V)

- Klarstellung zur Kostenerstattung durch die Länder bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen.

Ärztlicher Notdienst (§ 75 SGB V)

- Die KVen können den Notdienst auch durch Kooperationen und eine organisatorische Verknüpfung mit Krankenhäusern sicherstellen.
- Die KBV richtet mit den KVen eine einheitliche Notdienstnummer ein.

Sektorenübergreifende Versorgung (§ 90a SGB V)

- Die Länder erhalten die Möglichkeit zur Bildung eines gemeinsamen Gremiums auf Landesebene zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen.

- Die gemeinsamen Landesgremien erhalten die Möglichkeit zur Nutzung der § 21-Daten.
- Die Entscheidungen der Landesgremien haben lediglich Empfehlungscharakter.

Gemeinsamer Bundesausschuss (§§ 91 und 92 SGB V)

a) Berufungsverfahren:

- Das Berufungsverfahren der Unparteiischen und deren Stellvertreter wird neuregelt. Demnach dürfen die Unparteiischen nur für eine Amtsperiode (6 Jahre) berufen werden. Eine Beschäftigung bei einer der G-BA Trägerorganisationen bzw. deren Mitglieder etc. im vorangegangenen Jahr ist ausgeschlossen. Die Trägerorganisationen des G-BA haben die Kandidatenvorschläge dem BMG vorzulegen und von diesem an den Gesundheitsausschuss zu übermitteln. Er kann innerhalb von sechs Wochen bei Vorliegen einer Zweidrittelmehrheit widersprechen.
- Für die am 01. Juli 2012 beginnende Amtszeit sind die Vorschläge dem BMG bis zum 15. Januar 2012 vorzulegen.

b) Änderung der Abstimmungsverhältnisse und Mehrheitserfordernisse

- Änderung der Stimmrechtsverhältnisse bei Beschlüssen, von denen nicht alle Sektoren betroffen sind.
- Geänderte Mehrheitserfordernisse bei Leistungsausschlüssen (9 statt 7 Stimmen).

c) Bürokratiefolgekostenabschätzung

- Der G-BA wird verpflichtet, die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten spätestens ab dem 01. September 2012 zu ermitteln und in der Begründung des jeweiligen Beschlusses nachvollziehbar darzustellen.

d) Berücksichtigung erweiterter Stellungnahme-/Beteiligungsrechte

- Der G-BA wird verpflichtet, weitere Stellungnahmerechte zu berücksichtigen. Dies betrifft insbesondere die künftige Gelegenheit, auch mündliche Stellungnahmen abzugeben; Stellungnahmerechte des Bundesbeauftragten für Datenschutz und die Informationsfreiheit bei Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten; Stellungnahmerechte der einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften zu methodenbewertenden Verfahren sowie zur Erprobungsregelung; Stellungnahmerechte der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Medizinproduktehersteller und jeweils betroffener Medizinproduktehersteller bei Methodenbewertungen, deren technische

Anwendung maßgeblich auf den Einsatz eines Medizinproduktes beruht;
Mitberatungsrecht der Länder hinsichtlich der Bedarfsplanung sowie
Stellungnahmerechte des Robert-Koch-Instituts.

Medizinische Versorgungszentren (§§ 95 und 103 SGB V)

- Die Gründung von MVZ ist durch zugelassene Krankenhäuser und zugelassenen Ärzten möglich, nicht mehr durch Rehabilitationskliniken. Die Gründung darf nur noch in Rechtsform einer Personengesellschaft, einer GmbH oder einer eingetragenen Genossenschaft erfolgen (§ 95 SGB V).
- Der ärztliche Leiter des MVZ muss in diesem selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein.
- Für zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des GKV-VStG bereits bestehende MVZ gibt es einen umfassenden Bestandsschutz. Voraussetzung dafür ist die Übertragung der ärztlichen Leitung auf einen im MVZ tätigen Arzt innerhalb von sechs Monaten ab Inkrafttreten (§ 95 SGB V).
- Bei Beendigung einer vertragsärztlichen Zulassung in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, durch Tod, Verzicht oder Entziehung, entscheidet der Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung nunmehr darüber, ob ein Nachbesetzungsverfahren für den Vertragsarztsitz durchgeführt werden soll (§ 103 Abs. 3a SGB V).
- Vertragsärzte können weiterhin auf ihre Zulassung verzichten (gilt nicht als „Praxisnachfolge“), um bei einem anderen Vertragsarzt oder in einem MVZ als angestellter Arzt tätig zu werden. Der Zulassungsausschuss kann diesen Wechsel nun allerdings untersagen, wenn hierdurch die bedarfsgerechte Versorgung am bisherigen Sitz gefährdet wird (§ 103 Abs. 4a SGB V).
- Im Rahmen des Praxisnachbesetzungsverfahrens wird freiberuflich tätigen Ärzten ein Vorrang gegenüber MVZ in Krankenhausträgerschaft eingeräumt. Diese Regelung tritt an die Stelle des zunächst vorgesehenen Vorkaufsrechts der Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 103 Abs. 4c SGB V).
- § 103 Abs. 3a SGB V sowie die sich auf diesen beziehenden weiteren Änderungen des § 103 SGB V treten nicht schon zum 01.01.2012, sondern erst zum 01.01.2013 in Kraft.

Versorgungsverträge über ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Möglichkeit der Anrufung der Reha-Schiedsstelle für ambulante Reha-Einrichtungen (§§ 111b und c SGB V)

- Gesetzliche Regelung über den Abschluss von Versorgungsverträgen über ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in einem eigenen Paragraphen § 111c.
- Bei Einrichtungen, die vor dem Inkrafttreten des Gesetzes ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht haben, gilt ein Versorgungsvertrag nach § 111c in dem Umfang der bis dahin erbrachten Leistungen als

abgeschlossen. Dies gilt nicht, wenn die Einrichtung die Anforderungen nach Absatz 1 nicht erfüllt und die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam dies bis zum 31. Dezember 2012 gegenüber dem Träger der Einrichtung schriftlich geltend machen.

- Möglichkeit zur Anrufung der Reha-Schiedsstelle nach §111b Abs. 5 bei Vergütungsstreitigkeiten zwischen Krankenkassen und ambulanten Rehabilitationseinrichtungen.

Kooperation bei vor- und nachstationären Leistungen und ambulanten Operationen (§§ 115a und 115b SGB V)

- Sowohl bei der Erbringung von vor- und nachstationären Leistungen im Krankenhaus nach § 115a SGB V als auch bei ambulanten Operationen nach § 115b SGB V im Krankenhaus sollen Kooperationen mit niedergelassenen Vertragsärzten zukünftig möglich sein. Beim ambulanten Operieren setzt dies eine entsprechende Anpassung des AOP-Vertrages voraus.

Ambulante Behandlung durch Ärzte einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 116 SGB V)

- Ärzte, die in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 besteht, oder nach § 119b Satz 3 in einer stationären Pflegeeinrichtung tätig sind, können, soweit sie über eine abgeschlossene Weiterbildung verfügen, mit Zustimmung des jeweiligen Trägers der Einrichtung, in der der Arzt tätig ist, vom Zulassungsausschuss (§96) zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden.

Zulassung von Krankenhäusern zur Deckung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs (§§ 116a und 100 Abs. 3 SGB V)

- Die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen dürfen zugelassene Krankenhäuser zukünftig auch dann zur ambulanten Behandlung ermächtigen, wenn in einem nicht unterversorgten Planungsbereich zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht.

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V)

- Leistungen aus dem Bereich der Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (u. a. onkologische und rheumatologische Erkrankungen) sollen nur noch bei „schweren Verlaufsformen“ zur spezialfachärztlichen Versorgung gehören. Die konkrete Abgrenzung der Leistungen erfolgt weiterhin durch den G-BA.

- Der G-BA hat für Leistungen, die sowohl ambulant spezialfachärztlich als auch teilstationär oder stationär erbracht werden können, allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine ambulante Leistungserbringung ausnahmsweise nicht ausreichend ist und eine teilstationäre oder stationäre Durchführung erforderlich sein kann.
- Die Zulassung erfolgt über den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, der zu diesem Zweck um Vertreter der Landeskrankenhausgesellschaften erweitert wird. Zulassungsvoraussetzung ist die Erfüllung der weiterhin vom G-BA zu definierenden Anforderungen.
- Je nach Regelung durch den G-BA kann die Versorgung von Patienten mit schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen an das Erfordernis einer Kooperationsvereinbarung geknüpft werden; bei der Versorgung von Patienten mit schweren Verlaufsformen onkologischer Erkrankungen ist dies zwingend. Eine entsprechende Regelung durch den G-BA vorausgesetzt, wäre das Vorliegen einer Kooperationsvereinbarung dann in beiden Fällen Voraussetzung für die Leistungserbringung, es sei denn, es sind im relevanten Einzugsbereich keine geeigneten Kooperationspartner vorhanden oder es konnte trotz ernsthaften Bemühens keine Kooperation abgeschlossen werden.
- Eine Zuordnung ausgewählter Leistungen aus dem AOP-Katalog nach § 115b SGB V in den spezialfachärztlichen Versorgungsbereich ist - entgegen der ursprünglichen Ankündigung - nicht vorgesehen.
- Bei schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen ist eine Überweisung durch einen Vertragsarzt notwendig. Dies gilt jedoch nicht bei einer Zuweisung aus dem stationären Bereich. Für die restlichen Bereiche regelt der G-BA, in welchen Fällen eine Überweisung durch den behandelnden Arzt erforderlich ist.
- Die Vergütung erfolgt weiterhin unmittelbar durch die Kassen, zunächst auf Basis des EBM (bei öffentlich geförderten Krankenhäusern mit Investitionskostenabschlag von fünf Prozent), später auf einem gemeinsam zwischen GKV, KBV und DKG vereinbarten Vergütungssystem.
- Bis Ende 2012 soll der G-BA die Leistungen in neue Richtlinien überführt haben. Ab Regelung einer Leistung in einer neuen Richtlinie läuft eine zweijährige Übergangsfrist, in der die Länder die Zulassungen aufheben können. Bis zur Aufhebung gilt der 5-prozentige Vergütungsabschlag nicht.
- Der Spitzenverband Bund, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft gemeinsam haben die Auswirkungen der ambulant spezialfachärztlichen Versorgung fünf Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes zu bewerten und dem Bundesministerium für Gesundheit zum 31. März 2017 vorzulegen.

Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (§ 137c und e SGB V)

- Die Voraussetzungen zum Ausschluss einer Methode im Rahmen einer Krankenhausbehandlung zu Lasten der GKV werden verschärft.
- Der G-BA wird verpflichtet, bei Methoden, bei denen der Nutzen noch nicht hinreichend belegt ist, sich aber das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, eine Richtlinie zur Erprobung zu beschließen.
- Die Medizinprodukteindustrie erhält ein Antragsrecht auf Erprobung.

Disease-Management-Programme (§ 137f SGB V)

- Die Inhalte der Disease-Management-Programme werden künftig nicht mehr über eine Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit, sondern durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt.

Abrechnung ambulanter Leistungen / PIA-Prüfauftrag (§ 295 SGB V)

- Selbstverwaltungspartner werden beauftragt, für die Dokumentation der PIA Leistungen bis zum 30.04.2012 einen bundesweit einheitlichen Katalog sowie das Nähere zur Datenübermittlung zu regeln.
- Darüber hinaus soll vereinbart werden, ob der PIA-Prüfauftrag nach § 17d KHG auf der Datengrundlage einer Vollerhebung oder einer repräsentativen Stichprobe zu erfüllen ist.
- Bei Nichteinigung sind alle drei beschriebenen Sachverhalte innerhalb von sechs Wochen von der Schiedsstelle zu klären.

Datentransparenz (§ 303e SGB V)

- Die DKG wird als weiterer Empfänger, der bei der Datenaufbereitungsstelle gespeicherten Daten, benannt.

Entgeltbindung bei Ausgründung von Privatkliniken (§ 17 KHG)

- Eine Einrichtung, die in räumlicher Nähe zu einem Krankenhaus liegt und mit diesem organisatorisch verbunden ist, darf für allgemeine Krankenhausleistungen keine höheren Entgelte verlangen, als sie nach dem KHEntgG und der BpflV zu leisten wären.