

GKV – Wettbewerbsstärkungsgesetz Neue Perspektiven für vertragliche Gestaltung

8. Deutscher Medizinrechtstag
am 21. und 22. September 2007
in Hamburg

Referent:
Rechtsanwalt Dr. Hermann Plagemann
Fachanwalt für Sozialrecht und Medizinrecht in Frankfurt am Main
Honorarprofessor an der Universität Mainz

1. Gesundheitsreform - Ziele

- Krankenversicherungsschutz für alle Einwohner
- Zugang der Versicherten zu allen medizinisch notwendigen Leistungen unter Einbeziehung des medizinischen Fortschritts
- Qualitäts- und Effizienzsteigerung durch Intensivierung des Wettbewerbs
- Nachhaltigkeit der Finanzierung der GKV
- weniger Abhängigkeit des KV-Beitrags vom Faktor Arbeit

2. Versorgungsmanagement, § 11 IV

- Übergang zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen (stationär, Reha, ambulant, Pflege...)
- nur mit Einwilligung des Patienten nach vorheriger Information (schriftlich?)
- Unterstützung durch Krankenkassen (Auswirkung auf Prüfung wegen Fehlbelegung?)
- Wunsch- und Wahlrechte, § 9 SGB IX?

3. Pflichten der Leistungserbringer – Versorgungsmanagement

- Übermittlung der erforderlichen Information (Voraussetzung: Einwilligung des Patienten)
- „Einspruch“ des niedergelassenen Arztes gegen Vorschlag des Krankenhauses? Wer „haftet“ bei nicht sachgerechter Anschlussversorgung?

4. Patientenrechte – Versorgungsmanagement

- bindet „Einschreibung“ in IV-Vertrag Patienten auch dann, wenn Entfernung zum Nachbehandler sehr weit ist?
- Anspruch auf Kostenerstattung für selbstbeschaffte Leistungen gem. § 15 SGB IX bei Verzögerung?
- Zusatzkosten zu Lasten des Patienten, wenn er anderen Behandler wählt (entsprechend § 76 Abs. 2 SGB V)?

5. Versorgungsmanagement

- Haftungsansprüche gegen Krankenkasse, die ihrer Unterstützungspflicht nicht vollständig nachgekommen ist
- haftet für fehlerhafte Anschlussbehandlung auch Vorbehandler, der ihn vorgeschlagen hat?
- wer legt Psychotherapieverfahren (Analyse, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie) fest?

6. Versorgungsmanagement – Vereinbarungen

- Regelung in IV-Verträgen nach §§ 140 a ff., einschließlich Vergütung
- oder in Landes-Krankenhausvertrag, § 112 SGB V. **Ohne** Beteiligung des Patienten?
- dreiseitiger Vertrag (KK, Krankenhaus-Ges., KV) gem. § 115 SGB V
- Hilfsweise: Vertrag mit „sonstigen Leistungserbringern“ und KK zwingend?

7. Hausarztzentrierte Versorgung, § 73 b

- Pflichtleistung (Abs. 1)
- Qualitätsstandards (Abs. 2)
- Teilnahme der Versicherten **noch** freiwillig (ab 01.01.2009 wegen Hausarztpauschale Wechsel zu anderem Hausarzt im Quartal nur auf eigene Kosten!)

8. Kein Kontrahierungszwang

- Kein Anspruch des Arztes auf Vertragsschluss mit KK (Abs. 4 Satz 2)
- Aber öffentliche Ausschreibung und „diskriminierungsfreie Auswahl unter Berücksichtigung der flächendeckenden Sicherstellung“

9. (Hausarztzentrierte) Leistungen

- es gilt der medizinische Standard und es gelten die Richtlinien des GBA
- **Auch** Leistungen, über deren Eignung der GBA (noch) keine ablehnende Entscheidung getroffen hat (unabhängig von Antrag gem. § 135 Abs. 1)
- zusätzliche Vergütung für besondere Leistungsmerkmale
- Problem: Zusatzhonorare müssen ab 01.01.2009 aus Zusatzbeiträgen finanziert werden
- Vergütung hausärztlicher Leistungen auf Grundlage von Quartalspauschalen durch Kasse direkt möglich

10. Pflichten des Hausarztes

- Haftungsrisiken auch in Bezug auf die „richtige“ Überweisung?
- § 106 a Abs. 3 gilt, d.h. Plausi-Prüfung durch KK; keine Doppelabrechnung gem. Vertrag einerseits und HVM andererseits
- Kündigung des Vertrages, wenn Qualifikation nicht oder nicht mehr vorliegt. Rückforderung von Vertragsvergütung nur dann und insoweit als Vertragsgrundlage entfällt bzw. entfallen ist

11. Besondere ambulante Versorgung, § 73 c

- Ambulanter „Versorgungsauftrag“ betreffend
 - die versichertenbezogene gesamte ambulante ärztliche Versorgung oder
 - einzelne Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung
- Vertragsabschluss fakultativ („können“)
- z.B. dialysepflichtige Patienten; Diabetiker; Brustkrebspatientinnen (ggf. kombiniert mit DMP)

12. Patientennutzen?

- Bei Teilnahmeerklärung ggf. Prämie oder Befreiung von der Zuzahlung
- Folge: Patient ist an Versorgung durch die anderen Teilnehmer gebunden, insoweit Einschränkung des Wunsch- und Wahlrechts gem. § 9 SGB IX
- Inanspruchnahme eines Spezialisten einschließlich Zweitmeinung gem. § 73 b muss – auf Kosten der KK – möglich sein
- Für KK gilt § 53 Abs. 9: Keine Quersubventionierung

13. Vertragsgestaltung

- Vertragspartner: Leistungserbringer (auch Gemeinschaften), Träger von Einrichtungen, KV und KK
- Kein Anspruch auf Vertragsschluss (aber Ausschreibung und diskriminierungsfreie Auswahl)
- Drittwiderspruch des abgelehnten Bewerbers?
- Gilt Berufsordnung oder ist sie vertragsdispositiv? Betrifft u.a. „Zuweisung gegen Entgelt“
- Kombination mit Vertrag nach § 73 b möglich

14. Verordnung besonderer Arzneimittel, § 73 d

Besondere Arzneimittel i.S. § 73 d:

- Spezialpräparate mit hohen Jahrestherapiekosten
- Oder mit erheblichem Risikopotential
- Bei denen aufgrund ihrer besonderen Wirkungsweise zur Verbesserung der Qualität ihrer Anwendung, insbesondere hinsichtlich der Patientensicherheit sowie des Therapieerfolgs besondere Fachkenntnisse erforderlich sind
- Klagefähiger Anspruch der Pharmaindustrie oder „Definitionshoheit“ des GBA?

15. Arzt für besondere Arzneimitteltherapie

- Besondere Fachkenntnisse, die über das Übliche hinausgehen
- Regelung durch GBA
- „Bestimmung“ durch KV im Einvernehmen mit KK, sofern Arzt seine
 - Beziehungen zur pharmazeutischen Industrie einschließlich Art und Höhe von Zuwendungen offen gelegt hat (entspricht § 139 a Abs. 6: Rechtsfolge?)
- Hilfsweise: Einzelvertrag KK mit Arzt gem. Abs. 2 Satz 2 und mit Ärzten gem. §§ 116 b, 117

16. „Abstimmung mit Zweitmeinung“ wird vor Verordnung eingeholt

- Wer trägt Haftungsrisiko für fehlerhafte Zweitmeinung (ggf. auf Basis unzureichender Vorinfo)
- Abstimmung **keine** Voraussetzung für Wirksamkeit der VO durch Erstbehandler gegenüber Patient und Apotheker
- „Widerspruch“ des Patienten und/oder des Erstbehandlers gegen anders lautende Zweitmeinung? (Entsprechend Gesundheitschreibung MDK)
- Anhörungsrechte und Pflichten vor Ablehnung; Begründungspflicht betreffend Zweitmeinung?

17. Verordnung nur durch Zweitarzt

- Wenn und soweit dies
 - zur Gewährleistung der Patientensicherheit, des Therapieerfolges oder der Wirtschaftlichkeit der VO erforderlich ist
- Entsprechend Richtlinien GBA
- Gem. obligatorischer „Überweisung“ i.S. § 24 BMV-Ä?
- Mit Einwilligung des Erstbehandlers (oder hat er Widerspruchsrechte?)

18. Besondere Arzneimittel – Folgen der Verordnung?

- Wie erfolgt Vergütung des Zweitbehandlers?
- Wer beobachtet die Anwendung des Arzneimittels und ist dafür verantwortlich?
- Besondere Arzneimittel = Praxisbesonderheiten i.S. § 106, soweit nach Abs. 1 verordnet
- Einhaltung der Richtlinien GBA ist bei Einzelvertrag mit KK durch KK direkt zu prüfen und nicht Gegenstand einer Wirtschaftlichkeitsprüfung

19. Zweitmeinung – Fristen

- Verordnung nach Abs. 1 „sobald in Zuständigkeitsbereich einer KK die Versorgung sichergestellt“ ist
- Spätestens: 31.12.2008
- Bekanntgabe im Mitteilungsblatt der KV betr. Beginn des Verfahrens nach Abs. 1

20. Integrierte Versorgung (IV) – neu

- IV-Verträge sollen „bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen“, d.h.
 - in einer größeren Region wird die Behandlung einer versorgungsrelevanten Volkskrankheit (z.B. Diabetes, Schlaganfallprävention oder Bandscheibenerkrankung) umfassend in einer IV angeboten oder
 - in einer auch kleineren Region wird das gesamte oder ein Großteil des Krankheitsgeschehens der Versicherten in einer IV ermöglicht
- IV ohne bevölkerungsbezogene Flächendeckung erhält keine Mittel aus Anschubfinanzierung

21. IV – neu II

- Krankenhäuser erhalten auch im Rahmen von IV-Verträgen die Möglichkeit, Leistungen nach § 116 b Abs. 3 zu erbringen
- Unabhängig davon, ob ein Vertragsarzt an der IV teilnimmt und einen entsprechenden Zulassungsstatus in den Vertrag einbringt
- Konkurrentenklage niedergelassener Ärzte gegen Einbeziehung eines Krankenhauses? Widerspruch einer an der IV beteiligten Praxis gegen Aufnahme?

22. IV – neu III

- Weitere Vertragspartner: Pflegekassen/Pflegeeinrichtungen
- Anschubfinanzierung darf nur für voll- oder teilstationäre Leistungen der Krankenhäuser bzw. ambulante Leistungen der Vertragsärzte verwendet werden (140 d Abs. 1)
- Anschubfinanzierung befristet bis 2008; Meldepflicht hinsichtlich Verwendung der einbehaltenen Mittel (§ 140 d Abs. 5)
- Ab 01.01.2009 wird Gesamtvergütung entspr. Zahl + Morbiditätsstruktur der an der IV teilnehmenden Versicherten „bereinigt“!

23. IV – offene Fragen

- LSG Thüringen vom 24.08.2007 – L 4 KA 362/06 (ebenso LSG Baden-Württemberg): keine IV durch Beteiligung von Apothekern
- Was gilt, wenn es bei dabei bleibt, dass Barmer-Vertrag von 12/2005 kein Vertrag nach §§ 140 a ff. ist?
- Kündigung; Anpassung; Umdeutung; Rückabwicklung?
- Dispensiert § 140 b Abs. 4 vom „Arztvorbehalt“ (z.B. Fachkrankenschwester in kardiologischem Netz, Köln)?

24. (unechter) Belegarzt

- Vergütungsanpassung gem. § 121 Abs. 4 i.V.m. Beschluss Bewertungsausschuss vom 08.02.2007, Bundesempfehlung KBV/Spitzenverbände
- Tätigkeit des Vertragsarztes im Krankenhaus zulässig mit Abrechnung nach höheren stationären DRG-Pauschalen (arg. § 20 II Ärzte-ZV, so u.a. Orlowski, GKV-WSG 123)? Das „Kooperationsfeld zwischen stationärer und ambulanter Versorgung soll sich weiterentwickeln“

Prof. Dr. Hermann Plagemann

Rechtsanwalt und
Fachanwalt für Sozialrecht und für Medizinrecht
Myliusstraße 15
60323 Frankfurt am Main
☎ 069/971 20 60
📠 069/72 55 86
www.plagemann-rae.de