

Spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V)

Wettbewerb zur Beseitigung von Schnittstellenproblemen?

Rechtsanwalt Dr. Roland Flasbarth
Sozietät Schmidt, von der Osten & Huber
Essen

I. Problemlage

- An Schnittstellen zwischen den Versorgungssektoren entstehen Reibungsverluste und damit Unwirtschaftlichkeiten;
- Es existieren eine Reihe von Erkrankungen, die durch hochfrequenten Wechsel des Sektors durch den Patienten gekennzeichnet sind;
- Für diese Erkrankungen ist eine Lösung zur Vermeidung der Schnittstellenprobleme zu gestalten.

II. Entwicklung

1. Konzept des GMG

- Einführung einer ambulanten Behandlungsmöglichkeit für Krankenhäuser durch das GMG zum 1.1.2004;
- Zulassung erfolgte durch Vertrag mit den Krankenkassen;
- Praktisch ohne Bedeutung, da die Krankenkassen von der Möglichkeit keinen Gebrauch gemacht haben.

2. Konzept des GKV-WSG

- Zulassungslösung durch die Krankenhausplanungsbehörden ab dem 1.4.2007;
- Ambulante Tätigkeit ist zulässig wie für vertragsärztliche Leistungserbringer;
- Schleppende Umsetzung durch Konkurrentenrechtsmittel und Unsicherheiten bei der tatsächlichen und rechtlichen Bewertung.

III. Konzept des GKV-VStG

1. Es wird ein völlig neuer „sektorenübergreifender Versorgungsbereich“ geschaffen;
 - Beschränkt auf schwere Verlaufsformen der bislang im § 116b SGB V enthaltenen Erkrankungen;
 - Dadurch ein geringer Umfang als bislang;
 - Keine Bedarfsplanung wegen des eingeschränkten Anwendungsbereichs;
 - Auswirkungen auf die Fortgeltung der bisherigen Bestimmungen.
 - Den genauen Umfang hat der Gemeinsame Bundesausschuss zu definieren;
 - Ergänzungen sind auf Antrag eines Mitglieds des G-BA möglich;
 - Einschränkungen zur Geeignetheit der Leistungserbringer bleiben möglich (Mindestmengen).

III. Konzept des GKV-VStG

2. Leistungserbringer des neuen Versorgungsbereichs

- Teilnehmen können zugelassene Krankenhäuser und
- zugelassene oder ermächtigte Leistungserbringer des vertragsärztlichen Versorgungsbereichs.

Es muss also ein Primärstatus vorliegen!

III. Konzept des GKV-VStG

3. Zulassungsverfahren

- Zulassung erfolgt durch den „Erweiterten“ Landesausschuss (30 Mitglieder);
- Der Teilnahmewille ist unter Nachweis der erforderlichen Unterlagen beim Erweiterten Landesausschuss anzuzeigen;
- Erfolgt keine Beanstandung hinsichtlich unzureichender oder fehlender Unterlagen, gilt die Zulassung zwei Monate nach Anzeigeeingang als erteilt (fingierter Zulassungsbescheid);
- Den Landesverbänden der Krankenkassen ist die Teilnahme ergänzend anzuzeigen.

III. Konzept des GKV-VStG

4. Vergütung

- Die Vergütung erfolgt durch die Krankenkassen unmittelbar;
- Vertragsärztliche Leistungserbringer können die KV als „Zahlungsmittler“ wählen.
- Die Höhe der Vergütung richtet sich zunächst nach dem EBM;
- Krankenhäuser haben einen Investitionskostenabschlag von 5 % hinzunehmen;
- Es soll perspektivisch eine DRG-ähnliche Systematik als eigener Abschnitt des EBM entwickelt werden (durch DKG, KBV und SpiBU GKV).

III. Konzept des GKV-VStG

5. Sektorenverbindung durch Kooperationsverpflichtung

- Alle Teilnehmer des Versorgungsbereichs haben in noch vom G-BA festzulegenden Indikationen eine Kooperationsvereinbarung abzuschließen.
- Für die Onkologie ist dies bereits durch den Gesetzgeber zwingend vorgesehen.
- Die Kooperationsvereinbarung soll die Schnittstellenprobleme beseitigen und strukturelle Nachteile von Leistungserbringern ausgleichen.
- Sie regelt insbesondere Überweisungserfordernisse bei der Fortführung der Behandlung durch das Krankenhaus (keine Selbsteinweisungen).
- Nur bei Härtefällen (keine Vertragspartner vorhanden oder keine akzeptable Vereinbarung möglich) ist eine Kooperationsvereinbarung nicht erforderlich.

III. Konzept des GKV-VStG

5.1 Kompetenzen des G-BA

- Der G-BA soll die Erkrankungen definieren, in denen Kooperationsvereinbarungen zur Zulassung erforderlich sind;
- Er kann die Inhalte ausgestalten, soweit sie die Zusammenarbeit fördern.
- Zwingend vorzusehen ist ein Überweisungsvorbehalt für die Fortführung der Behandlung.
 - Dadurch soll der strukturelle Nachteil der Vertragsärzte ausgeglichen werden, die häufig nicht primär in die Diagnostik und Therapie eingebunden sind und
 - den Patienten nicht über alle Sektoren (also auch im stationären Umfeld) betreuen können, wie dies für Krankenhäuser durch § 116b SGB V ermöglicht wird.

III. Konzept des GKV-VStG

5.2 Potenzielle (geeignete) Vertragspartner

- Grundsätzlich erforderlich ist eine intersektorale Zusammenarbeit.
- Nicht ausreichend ist danach ein Kooperationspartner aus dem gleichen Sektor (intrasektoral).
- Eine tatsächliche Kooperationsmöglichkeit ist erforderlich; nicht ausreichend ist also ein Vertragspartner, mit dem sich keine oder kaum räumliche und indikationsbezogene Überschneidungen ergeben.
- Die Zahl der Kooperationspartner ist nicht beschränkt; es können also auch mehr als nur eine Kooperationsvereinbarungen geschlossen werden.

III. Konzept des GKV-VStG

5.3 Kontrahierungszwang

- Der Gesetzgeber hat einen Kontrahierungszwang nicht vorgesehen.
- Insbesondere ist die Zulassung auch zu erteilen, wenn kein geeigneter Vertragspartner vorhanden oder trotz ernsthaftem Bemühen gefunden worden ist.
- Es ist eine Einzelfallbewertung erforderlich, ab wann das ernsthafte Bemühen zu bestätigen ist.
 - Verlangt der potenzielle Kooperationspartner strengere Bedingungen, als bei anderen Leistungserbringern, ist das ernsthafte Bemühen zu unterstellen;
 - Anderes kann aber etwa dann gelten, wenn es sich um konzernverbundene Leistungserbringer handelt.

III. Konzept des GKV-VStG

5.4 Verhältnis zum Versicherten - Haftung

- Der Sachleistungsanspruch des Versicherten gem. § 27 SGB V bleibt unverändert.
- Die (zugelassenen) Leistungserbringer erfüllen den Anspruch des Versicherten auf ärztliche Heilbehandlung.
- Eine Änderung des Haftungsregimes kann sich dann ergeben, wenn zusätzlich zur Kooperationsvereinbarung im Innenverhältnis auch die Übernahme von weiteren Leistungen etwa des Krankenhauses durch den Vertragsarzt oder umgekehrt vereinbart werden. Dies betrifft zunächst nur die Passivlegitimation.
- Haftungsbegründende Aspekte können dann diskutiert werden, wenn mit der Vereinbarung im Innenverhältnis monetäre Anreize zugunsten einer nicht alternativlosen Behandlung geschaffen werden. Dies ist ggf. im Rahmen der Selbstbestimmungsaufklärung zu bewerten.

III. Konzept des GKV-VStG

5.5 Rechtsnatur und Rechtsweg

- Grundsätzlich ist die Rechtsnatur nach dem Gegenstand und Schwerpunkt des Vertrages zu bestimmen.
- Die Kooperationsvereinbarung ist inhaltlich vorbestimmt durch die Vorgaben des G-BA und erforderlich für die Zulassung zur spezialfachärztlichen Versorgung.
- § 69 SGB V ordnet auch Drittrechtsverhältnisse im Zusammenhang mit der Erfüllung des Versorgungsauftrages dem öffentlichen Recht zu.
- Unabhängig davon ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet (§ 51 Abs. 2 S. 2 SGB V – Zuständigkeit bei den Sozialgerichten auch bei privatrechtlichen Auseinandersetzungen mit sozialrechtlichem Hintergrund).

III. Konzept des GKV-VStG

5.6 Inhalte der Kooperationsvereinbarung

- Der Inhalt der Kooperationsvereinbarung ergibt sich aus den Vorgaben des G-BA und
- dem Umstand, dass den Wünschen des potenziellen Vertragspartners zum Nachweis des ernstlichen Bemühens um einen Vertragspartner entsprochen werden muss.

III. Konzept des GKV-VStG

5.6 Inhalte der Kooperationsvereinbarung

a) Vorgaben und Möglichkeiten des G-BA

- Mindestinhalt: Überweisungserfordernis (Rücküberweisung);
- Keine Friktion mit § 76 Abs. 1 SGB V (freie Arztwahl):
 - Beschränkt nur auf zugelassene vertragsärztliche Leistungserbringer (systemwidrig § 116b SGB V) und
 - beschränkt auf den Versorgungsstatus, der durch die Kooperationsvereinbarung mit ausgestaltet wird.
- Informationsaustauschpflichten- und befugnisse betreffend Patientendaten mit Rücksicht auf die bislang nur unzureichend geregelten Befugnisse im § 73 Abs. 1b SGB V.
- Informationspflichten bezüglich Evaluation und Durchführung, Änderung oder Beendigung der Kooperationsvereinbarung.

III. Konzept des GKV-VStG

5.6 Inhalte der Kooperationsvereinbarung

b) Bilaterale Inhalte

- Denkbar sind alle Inhalte in den Grenzen von §§ 134 bzw. 138 BGB und durchsetzbar bis zur Grenze des „ernsthaften Bemühens“;
- Inhaltlich sind Informations- und Abstimmungsprozesse unter Berücksichtigung des Sozialdatenschutzes möglich;
- Sinnvoll sind insbesondere Vertragsstrafen oder pauschalisierte Schadensersatzregelungen bei Nichteinhaltung von Versorgungsabsprachen und sich daraus ergebenden Nachteilen für den Kooperationspartner;
- Möglich ist die Verschiebung von Leistungen und Entgelten in den Grenzen der Berufsordnung;
- Geregelt werden sollten die klassischen Inhalte (Laufzeit und Vertragsanpassungen, ggf. Schlichtungsmechanismen).

III. Konzept des GKV-VStG

5.6 Inhalte der Kooperationsvereinbarung

c) Nichterfüllung bzw. Vertragsbeendigung

- Die Nichterfüllung oder Beendigung kann Auswirkungen auf den Zulassungsstatus und die Vergütung haben.
- Der Zulassungsstatus wird erst entfallen, wenn er formell widerrufen wird. Dies kann nach den allgemeinen sozialverwaltungsrechtlichen Grundsätzen erfolgen, wenn die Voraussetzungen für die Erteilung nicht mehr vorhanden sind.
- Sofern zwingende Vorgaben des G-BA trotz Inhalt des Vertrages durch die Kooperationspartner nicht eingehalten werden, kann die Leistung nicht als Leistung des spezialfachärztliche Leistung abgerechnet werden. Unberührt bleibt die Abrechnung als Krankenhaus- oder Vertragsarztleistung, sofern die entsprechenden Voraussetzungen vorliegen.

IV. Fazit

- Wettbewerb um die Patienten zwischen den Leistungserbringern hat die Lösung der Schnittstellenprobleme bislang nicht erlaubt;
- Erstmals sind nunmehr aber ähnliche normative Wettbewerbsbedingungen hergestellt.
- Die Kooperationsverpflichtung zwischen den Leistungserbringern ist ein innovativer neuer und bei Erfolg übertragbarer Lösungsansatz, der allerdings den Wettbewerb um den Patienten deutlich einschränkt;
- Die Schaffung eines eigenen Sektors mit erneuten Unsicherheiten bei der tatsächlichen und rechtlichen Bewertung ist dafür prima facie nicht erforderlich;
- Gelingt die Lösung oder Eindämmung der Schnittstellenproblematik mit der Kooperationsvereinbarung, wäre eine Ausdehnung auch des Konzepts, neue Versorgungsbereiche zu schaffen, nach Möglichkeit zu vermeiden.

13. Deutscher Medizinrechtstag, Berlin

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Dr. Roland Flasbarth
Sozietät Schmidt, von der Osten & Huber
Haumannplatz 28
45130 Essen
www.soh.de