

NACH DER REFORM IST VOR DER REFORM

Das Tempo der Gesetzgebungsverfahren im Gesundheitswesen wird wohl auch in der 17. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags nicht nachlassen. Die beiden letzten Gesetze, AMNOG und GKV-FinG, wurden gerade im Bundesgesetzblatt veröffentlicht und das nächste Projekt, das so genannte Versorgungsgesetz, ist bereits angekündigt.



RECHT INTERESSANT

Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG)

Das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarkts in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurde am 27. Dezember 2010 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht und trat im Wesentlichen ab 1. Januar 2011 in Kraft.

Anlass für dieses Gesetz waren nach der Gesetzesbegründung die ständig steigenden Ausgaben der GKV für Arzneimittel. Diese Ausgaben seien im Jahre 2009 um 5,3 Prozent je Versicherten gestiegen, was einem Zuwachs von etwa 1,5 Milliarden Euro entsprach. Die Frage, welche Bedeutung dieses Gesetz für die Verordnung von Arzneimitteln hat, wurde bereits in der PROFUND-Ausgabe 1-2/2011 diskutiert. Als so genanntes Omnibusgesetz hat es aber auch einige Neuregelungen gebracht, die nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Arzneimittelmarkt stehen. Zum Beispiel wurde § 69 SGB V vor dem Hintergrund der erheblichen Marktmacht der Krankenkassen im Verhältnis zu den Leistungserbringern weiterentwickelt. Entsprechend anwendbar sind nunmehr nicht nur Regelungen, die ein marktmissbräuchliches Verhalten der Krankenkassen,

sondern auch Kartellabsprachen und Oligopolbildungen der Krankenkassen untereinander unterbinden sollen. Mit der Neufassung von § 65b SGB V soll die unabhängige Patientenberatung gefördert werden. Daneben gibt es Änderungen im Sozialgerichtsgesetz (SGG). Um eine Rechtswegspaltung in vergaberechtlichen Streitigkeiten zu vermeiden und den Aufbau von Doppelstrukturen in der Zivil- und Sozialgerichtsbarkeit zu verhindern, sind künftig nicht mehr die Sozialgerichte, sondern allein die Zivilgerichte zuständig.

GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG)

Das Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung wurde als bislang letztes Reformgesetz am 31. Dezember 2010 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht und trat im Wesentlichen am 1. Januar 2011 in Kraft. Wichtige Änderungen, die die Hausarztzentrierte Versorgung und die vertragsärztliche Vergütung in den Jahren 2011 und 2012 betreffen, traten rückwirkend zum 22. September 2010 in Kraft.

Mit diesem Gesetz soll nach Meinung des Gesetzgebers das deut-

sche Gesundheitssystem eine nachhaltige und sozial ausgewogene Finanzierung erhalten. Die Bundesregierung sah einen unmittelbaren Handlungsbedarf im Hinblick auf das andernfalls für das Jahr 2011 zu erwartende Defizit in Höhe von bis zu sieben Milliarden Euro. Es sei erforderlich, die Ausgaben zu stabilisieren, die Finanzierung auf eine solide Basis zu stellen, die Voraussetzungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb zu schaffen und für einen zielgenauen und gerechten Sozialausgleich zu sorgen. Erreicht werden sollen die Ziele unter anderem durch eine Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen von 14,9 auf 15,5 Prozent, eine Begrenzung des Ausgabenanstiegs für Ärzte, Kliniken und Pharmaindustrie sowie durch Neuregelungen der für die Krankenkassen möglichen Zusatzbeiträge. Daneben soll die Kostenerstattung administrativ erleichtert und vereinfacht werden. Auch dieses Gesetzespaket hat weitreichende Auswirkungen auf die vertragsärztliche Versorgung.

Hausarztzentrierte Versorgung

Für hausärztlich tätige Vertragsärzte relevant sind die Neuregelungen zur Hausarztzentrierten Versorgung in § 73b SGB V. Danach müssen

Verträge, die nach dem 22. September 2010 zustande kommen, bei der Vergütung den Grundsatz der Beitragssatzstabilität beachten. Im letzten Stadium des Gesetzgebungsverfahrens wurde die Bestandsschutzregelung für bestehende Verträge bis zum 30. Juni 2014 verlängert. Bis zu diesem Zeitpunkt gilt auch für Anschlussvereinbarungen die Vergütungsbegrenzung der Neuregelung nicht.

Vergütungsregelungen

In einem neu eingefügten § 87d SGB V werden vom Gesetzgeber die Inhalte der Vergütungsvereinbarungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen verbindlich vorgegeben. Dies bedeutet, dass für die Jahre 2011 und 2012 keine Anpassung der Orientierungswerte und der auf Landesebene vereinbarten Punktwerte erfolgt. Die für das Jahr 2010 vereinbarten Zuschläge dürfen für die Jahre 2011 und 2012 weder in der Höhe angepasst noch inhaltlich ausgeweitet werden.

Die lineare Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) wird für die Jahre 2011 und 2012 auf 1,25 Prozent gegenüber dem jeweiligen Vorjahr festgeschrieben. Daneben muss der Bewertungsausschuss eine so genannte asymmetrische Verteilung von Zuwächsen der MGV beschließen. Einen solchen Beschluss hat der (erweiterte) Bewertungsausschuss zwischenzeitlich mit dem Inhalt getroffen, dass in Bayern eine Steigerung der MGV für 2011 in Höhe von insgesamt 2,3052 Prozent je Versicherten festgelegt wurde. Die geringe Steigerung belegt die ungerechtfertigte Benachteiligung Bayerns, wenn man sieht, dass beispielsweise Schleswig-Holstein, Westfalen-Lippe, Nordrhein, Brandenburg, Sachsen-Anhalt und Sachsen eine Steigerung von 4,7340 Prozent zugesprochen wur-

den. Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg und Thüringen erhalten immerhin noch 3,9875 Prozent.

Das Ergebnis wird somit der hochwertigen ambulanten Versorgungsstruktur im Freistaat nicht gerecht, obwohl es im Gesetzgebungsverfahren gelungen ist, eine noch massivere Benachteiligung Bayerns zu verhindern.

Programm für eine neue Honorarreform – § 87 Abs. 9 SGB V

Der Gesetzgeber verpflichtet den Bewertungsausschuss, dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bis zum 30. April 2011 ein Konzept für eine schrittweise Konvergenz der Vergütung vorzulegen.

Hintergrund dieser Regelung ist, dass im Laufe des Jahres 2011 eine grundsätzliche Überprüfung und Korrektur der gesamten Honorarreform geplant ist. Die Selbstverwaltungspartner im Bewertungsausschuss sollen daher ein gemeinsames Konzept für eine schrittweise Konvergenz der Vergütung erarbeiten. Ziel sei es, die Honorarreform zusammen mit den Beteiligten den erforderlichen Kurskorrekturen zu unterziehen und ein einfaches, verständliches Vergütungssystem zu schaffen, das die Leistungen adäquat abbildet. Die regionalen Besonderheiten sollen dabei Berücksichtigung finden. Die Erfahrungen mit den bisherigen Honorarreformen lassen allerdings daran zweifeln, dass diesmal ein einfaches und verständliches Vergütungssystem entstehen wird.

Ausblick

Für dieses Jahr ist von Seiten des BMG als neues Gesetzgebungsverfahren ein so genanntes „Versorgungsgesetz“ angekündigt. Wesentlicher Inhalt soll nach den bisher vorliegenden Informationen eine Neuregelung der Bedarfsplanung

sein. Ziel sei dabei insbesondere die sektorübergreifende Planung und eine bessere ärztliche Versorgung auf dem Land. Als weitere Elemente wurden bisher genannt:



eine vereinfachte Bezahlung der Praxisgebühr über die elektronische Gesundheitskarte, Regelungen zu Wartezeiten bei Fachärzten und eine Regulierung von Schönheitsoperationen bei Minderjährigen sowie Neuregelungen im Krankenhausbereich, zum Beispiel die zwingende Vorgabe von Zweibettzimmern.

Allerdings liegen bisher noch keine abgestimmten Eckpunkte der Koalition oder ausformulierte Vorschläge vor. Es bleibt abzuwarten, was uns der Gesetzgeber diesmal als Inhalt des Pakets präsentieren will.

*Christine Jaquet
(Rechtsabteilung der KVB)*

Die Orientierung im Reformdschungel des Gesundheitswesens fällt selbst Experten nicht leicht. Was das neue Versorgungsgesetz bringt, ist noch nicht klar.