

Bundesrat verabschiedet GKV-Versorgungsstärkungsgesetz

Erweiterte Zugangsmöglichkeiten für Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung

1. Entlassmanagement

Eine der wichtigsten Änderungen durch das Versorgungsstärkungsgesetz im Bereich der Krankenhausbehandlung liegt in der Ausweitung der Möglichkeiten für Krankenhäuser, im Rahmen des Entlassmanagements Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zu verordnen, die bislang niedergelassenen Ärzten vorbehalten war. So werden zukünftig zur Sicherstellung einer durchgehenden Versorgung mit Arzneimitteln im Rahmen der Entlassung Medikamente für den Patienten in der jeweils kleinsten Packungsgröße (N1) verordnet werden können. Häusliche Krankenpflege und Hilfsmittel werden bis zu einer Dauer von sieben Tagen verordnet werden können. Aufgrund der rechtlichen Gleichstellung mit Vertragsärzten werden Krankenhäuser freilich auch den leistungsrechtlichen Vorgaben und Wirtschaftlichkeitsbestimmungen unterworfen werden, die bislang für die Vertragsärzteschaft gelten.

2. Teilnahme an der ambulanten Versorgung bei festgestellter Unterversorgung

Nachdem die Zulassungsausschüsse nach Ansicht des Gesetzgebers in der Vergangenheit zu wenig von der Möglichkeit Gebrauch gemacht haben, Krankenhäuser in unterversorgten Gebieten auf deren Antrag hin zur vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen, wird die „kann“-Regelung in § 116a SGB V in einer „soll“-Regelung geändert. Allerdings gilt sie dann nur noch bei festgestellter Unterversorgung, also bei Unterschreiten von 75% des festgestellten Hausärztebedarfs bzw. 50% des Fachärztebedarfs. In ländlichen Regionen werden Krankenhäuser daher verstärkt innerhalb der ambulanten Versorgung tätig werden können. Der Ermächtigungsbeschluss ist jeweils nach zwei Jahren zu überprüfen.

3. Terminvereinbarungen über Terminservicestellen

Auch wird die vieldiskutierte Einführung der sog. Terminservicestellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, die für eine Verkürzung der Wartezeiten für gesetzlich versicherte Patienten führen soll, zu einer Inanspruchnahme der Krankenhäuser im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung führen: Kann die Terminservicestelle dem Patienten innerhalb von vier Wochen keinen Termin bei einem niedergelassenen Arzt vermitteln, hat sie einen Behandlungstermin im Krankenhaus anzubieten, indem sie diesen mit dem Krankenhaus vereinbart.

4. Psychiatrische Institutsambulanzen

Eine weitere Änderung betrifft die psychiatrischen Institutsambulanzen. Hierzu gibt es nun die ausdrückliche gesetzliche Regelung, dass derartige Einrichtungen räumlich und organisatorisch nicht an die ermächtigten Krankenhäuser angebunden zu sein brauchen.

5. Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Im Bereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV, § 116b SGB V) kommt es schließlich zu einer ganz erheblichen Änderung: Mit dem Versorgungsstrukturgesetz ist

dieser Versorgungsbereich zum 1. Januar 2012 gänzlich neu geordnet worden. Genehmigungen, die bis dahin noch nach der Altregelung zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus erteilt worden waren, drohte seitdem der Widerruf aufgrund der gesetzlichen Vorgabe, diese auf landesrechtlicher Grundlage erteilte Bestimmung des Krankenhauses zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung spätestens zwei Jahre nach Inkrafttreten der G-BA-Richtlinie zur ASV aufzuheben. Diese Regelung sollte nach dem Referentenentwurf ersatzlos gestrichen werden. Damit sollte ausweislich der Begründung des Entwurfs die Kontinuität der Patientenversorgung sichergestellt werden. Diese Begünstigung der Krankenhäuser ist jedoch nicht Gesetz geworden. Vielmehr wurde der Bestandsschutz lediglich auf drei Jahre verlängert. Eine Aufhebung der Bestimmung ist nicht mehr erforderlich, sie endet vielmehr durch Zeitablauf. Danach unterliegen auch diese Krankenhäuser dem neuen Recht. Damit wird der Sorge auf Seiten der Vertragsärzte Rechnung getragen, dass die Teilnahme an der ASV für sie weitgehend unerreichbar sein könnte, weil ein großer Teil der als Kooperationspartner in Betracht kommenden Kliniken bereits nach altem Recht an der ASV teilnehmen und keine Veranlassung hätten sehen können, sich zu sektorenübergreifenden Kooperationen zusammenzuschließen. Auf jeden Fall allerdings dürften Krankenhäuser, die bereits MVZ gegründet haben, die in einschlägigen Fachgebieten tätig sind, nach wie vor einen Startvorteil haben. Ob diese neuen Regelungen nun dazu führen, dass tatsächlich und flächendeckend die ambulante spezialfachärztliche Versorgung sektorenübergreifend angeboten wird, bleibt abzuwarten.

6. Innovationsfonds

Interessant für Krankenhäuser können schließlich die Regelungen zum Innovationsfonds sein. Mit ihm sollen neue Versorgungsformen gefördert werden, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen. Insbesondere die Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung ist erklärtes Ziel des Gesetzgebers. Eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung ist Bedingung für die Förderung. Die Fördersumme soll in den Jahren 2016 bis 2019 jeweils 300 Mio. Euro betragen. Zur Durchführung der Förderung wird beim Gemeinsamen Bundesausschuss bis zum 1. Januar 2016 ein Innovationsausschuss eingerichtet, der in Förderbekanntmachungen Schwerpunkte und Kriterien für die Förderung festlegt.