



Newsletter des BV ASV vom 23. Oktober 2014

Sehr geehrte Damen und Herren,

nach langem Warten ist vor einigen Tagen ein erster Entwurf der nächsten Gesundheitsreform (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, kurz GKV-VSG) veröffentlicht worden. Wir haben die wichtigsten Punkte der rund 140 Seiten für Sie zusammengestellt.

Langfassung des Gesetzesentwurfs

ASV: Bestandsschutz für Kliniken wird ausgeweitet

Genehmigungen für Krankenhäuser nach § 116b SGB V alter Fassung bleiben ohne zeitliche Begrenzung erhalten. Sie können nur dann aufgehoben werden, wenn das Krankenhaus die Voraussetzungen dafür (nach alter Rechtslage) nicht mehr erfüllt.

Außerdem wurde klargestellt, dass eine Nachforderung von Unterlagen durch den Erweiterten Landesausschuss im Anzeigeverfahren eine Hemmung der Zweimonats-Frist darstellt, d.h. diese läuft nach Einreichung der Unterlagen weiter und beginnt nicht neu.

Selektivverträge neu strukturiert

Für Selektivverträge gibt es künftig nur noch zwei Rechtsgrundlagen: § 73b SGB V (Hausarztzentrierte Versorgung) und § 140a ff. SGB V (Besondere Versorgung). Die Paragraphen 73a (Strukturverträge) und 73c (Besondere ambulante Versorgung) entfallen.

Bei beiden Formen der Selektivverträge entfällt künftig die Verpflichtung, die Verträge der Rechtsaufsicht der Krankenkasse vorzulegen. Die Aufsicht kann jedoch einschreiten, falls ein Vertrag das geltende Recht in erheblichem Umfang verletzt.

Die Wirtschaftlichkeit von Verträgen ist nach vier Jahren nachzuweisen. Bei Verträgen nach § 140a ff. SGB V ist darauf zu achten, dass die Qualitätskriterien aus Richtlinien des G-BA nicht unterschritten werden.

Das Bereinigungsverfahren wurde in Eckpunkten bereits gesetzlich geregelt und vereinfacht - so ist die Bereinigung jetzt zwischen Kasse und KV vor Start der Verträge zu regeln. Gelingt das nicht, kann das Schiedsamt angerufen werden. Außerdem können Kassen dann vorläufig bereinigen.

EBM und Vergütung

Im EBM sind Leistungen künftig auch daraufhin zu prüfen, ob Teile der Leistung delegiert werden können - die Bewertung ist dann entsprechend anzupassen. Beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss neue Leistungen, so müssen diese künftig innerhalb von 6 Monaten in den EBM aufgenommen werden.

Hausärztliche Leistungen, die durch Fachärzte erbracht werden, dürfen künftig nicht mehr den hausärztlichen Teil der Gesamtvergütung belasten und umgekehrt.

Einmalig kann die Gesamtvergütung in einer KV zum 1.1.2016 basiswirksam erhöht werden, wenn nachgewiesen ist, dass die durchschnittliche Gesamtvergütung pro Versichertem unter dem Bundesschnitt liegt.

Von der KV anerkannte Praxisnetze haben künftig einen Anspruch auf eigene Vergütungsregelungen.

Wirtschaftlichkeitsprüfung reformiert

Die Paragraphen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung wurden vollständig neu gefasst.

Eine Richtgrößenprüfung entfällt künftig. Die Prüfung von Verordnungen wird - unter Berücksichtigung bundesweiter Eckpunkte - durch KV und Kassen auf Landesebene festgelegt.

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung der ärztlichen Leistungen wird künftig als Stichprobenprüfung gestaltet. Pro Quartal müssen min. 2 % der Ärzte überprüft werden. Die Überprüfung umfasst dabei abgerechnete Leistungen, Überweisungen, Krankenhauseinweisungen, AU-Bescheinigungen und veranlasste Leistungen (besonders aufwändige medizintechnische Leistungen) über einen Zeitraum von min. einem Jahr. Die Prüfung betrachtet die Indikation für die Leistungen, die Eignung zur Erreichung des Therapieziels, die Einhaltung von Qualitätskriterien sowie die Angemessenheit der Kosten in Hinblick auf das Therapieziel. Wird bei der Stichprobenprüfung ermittelt, dass eine AU ohne medizinische Notwendigkeit ausgestellt wurde, kann der betroffene Arbeitgeber Schadensersatzforderungen gegenüber dem Arzt geltend machen.

Terminservicestellen

Die KVen müssen innerhalb von 6 Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes Terminservicestellen einrichten. Diese vermitteln Versicherten Facharzttermine. Grundlage dafür ist eine Überweisung; ausgenommen davon sind Kinder-, Augen- und Frauenärzte. Die Servicestelle muss innerhalb von einer Woche einen Termin in angemessener Entfernung anbieten, wobei die Wartezeit bei medizinischer Notwendigkeit nicht länger als 4 Wochen betragen darf. Gelingt dies nicht, ist ein Termin in einem Krankenhaus zu vereinbaren. Kliniken können dann diese Behandlungen und auch nötige Folgetermine nach EBM mit der KV abrechnen.

Sicherstellung und vertragsärztliche Tätigkeit

Die KVen sollen bei der Organisation des Bereitschaftsdienstes mit Krankenhäusern zusammenarbeiten.

Um Überversorgung abzubauen, "soll" der Zulassungsausschuss die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes ablehnen, wenn dies aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist (bislang: "kann"). Grundsätzlich kann die Übernahme eines Vertragsarztsitzes durch einen Arzt, der bereits in der Praxis z.B. als Angestellter tätig ist, nicht abgelehnt werden - künftig muss diese Tätigkeit jedoch über mindestens 3 Jahre bestanden haben.

MVZ können künftig auch fachgruppengleich gestaltet werden. Auch Kommunen können Träger von MVZ werden.

Innovationsfonds

Neue Versorgungsformen werden künftig mit 225 Mio. EUR p.a. gefördert. Förderfähig sind Projekte, die über die Regelversorgung hinausgehen, aber das Potenzial haben, in die Regelversorgung übernommen zu werden. Antragsberechtigt sind Vertragsärzte, MVZ, zugelassene Krankenhäuser, Kassen bzw. Kassenverbände, KVen sowie Patientenorganisationen. Bei der Antragstellung ist "in der Regel" eine Kasse zu beteiligen.

Versorgungsforschung wird mit 75 EUR p.a. gefördert. Hier sind neben den oben genannten Institutionen auch universitäre und außeruniversitäre Forschungseinrichtungen antragsberechtigt. Förderfähig sind Vorhaben mit dem Ziel eines Erkenntnisgewinns zur Verbesserung der Versorgung.

Der Innovationsfonds wird beim Bundesversicherungsamt verwaltet. Über die Vergabe entscheidet ein neu einzurichtender Innovationsausschuss beim G-BA (3 Vertreter der Kassen, 1 x KBV, 1 x KZBV, 1 x DKG, 3 x BMG, Unparteiischer Vorsitzender des G-BA). Entscheidungen müssen mit einer Mehrheit von min. 7 Stimmen getroffen werden.

Zweitmeinungsverfahren wird eingeführt

Patienten haben Anspruch auf eine Zweitmeinung vor planbaren Eingriffen, bei denen "die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist". Welche Eingriffe betroffen sind, werden vom G-BA festgelegt. Der Arzt, der die Indikation für den Eingriff stellt, muss den Patienten über die Möglichkeit mündlich aufklären. Zur Zweitmeinung berechtigt sind Vertragsärzte / MVZ, ermächtigte Ärzte und zugelassene Krankenhäuser, die den Eingriff nicht durchführen sollen. Die Vergütung für die Zweitmeinung ist im EBM bis 31.3.16 zu regeln; sonst können Versicherte diese auf dem Wege der Kostenerstattung in Anspruch nehmen.

Krankenhäuser

Die Krankenhausbehandlung umfasst zwingend ein Entlassmanagement, das auch durch dazu beauftragte Vertragsärzte durchgeführt werden kann. Kliniken können Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sowie häusliche Pflege für die ersten 7 Tage nach Entlassung verordnen; Arzneimittel sind in der kleinsten Packungsgröße abzugeben.

Hochschulambulanzen werden gestärkt. Sie werden künftig gesetzlich ermächtigt (nicht mehr durch die Zulassungsausschüsse)

... im für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang sowie
... für Patienten, die wegen der Komplexität oder Schwere ihrer Krankheit dort behandelt werden müssen (mit Überweisung durch einen Facharzt)

Der Investitionskostenabschlag für Hochschulambulanzen ist auf 5% begrenzt.

Förderung Allgemeinmedizin

KVen und Kassen müssen die allgemeinmedizinische Weiterbildung in berechtigten Praxen je hälftig finanziell fördern. Dafür ist eine Weiterbildungsstelle einzurichten; diese kann auch durch mehrere KVen gemeinsam betrieben werden. Die Anzahl der zu fördernden Stellen soll bundesweit mindestens 7.500 betragen und darf durch die KVen nicht begrenzt werden.

Nutzenbewertung von Medizinprodukten

Stellt erstmalig ein Krankenhaus einen Abrechnungsantrag für ein neues Verfahren, das ein Medizinprodukt der Risikoklasse IIb oder III beinhaltet, so muss der G-BA kurzfristig dieses Verfahren auf seinen Nutzen hin überprüfen. Liegt keine ausreichende Datenlage vor, ist aber ein Potenzial erkennbar, so hat der G-BA innerhalb einer festgelegten Frist ein Erprobungsverfahren einzuleiten.

KVen werden weiter sektioniert

Innerhalb der Vertreterversammlungen (VV) sind bei Themen, die nur die Hausärzte betreffen, nur die hausärztlichen VV-Mitglieder stimmberechtigt - entsprechendes gilt für fachärztliche Themen. Bei Themen, die beide Versorgungsebenen betreffen, sind die Stimmen so zu gewichten, dass Parität von Haus- und Fachärzten herrscht.

Innerhalb der KVen ist ein Fachausschuss für angestellte Ärzte einzurichten.

Mit den besten Grüßen

Dr. Axel Munte
Vorsitzender des Vorstands

Dr. Wolfgang Abenhardt
Stellvertretender Vorsitzender des Vorstands

Bundesverband ambulante spezialfachärztliche Versorgung e.V.
Dr.-Max-Str. 21, 82031 Grünwald bei München, Deutschland
Vorstand: Dr. Axel Munte, Dr. Wolfgang Abenhardt
Amtsgericht München VR 203940