



ONLINE-ZUSATZINFORMATION ZUM GKV-VERSORGUNGSSTÄRKUNGSGESETZ.

## GKV-VSG – Die wichtigsten Regelungen für den ambulanten Bereich

*Das GKV-VSG ist in weiten Teilen am 23. Juli 2015 in Kraft getreten. Neben den Neuerungen für Medizinische Versorgungszentren beinhaltet das Gesetz weitere Punkte, die für niedergelassene Ärzte durchaus Chancen bzw. Verbesserungen beinhalten können. Die wichtigsten Regelungen werden im Folgenden skizziert.*

### **Zweitmeinungsrecht für Versicherte (§ 27b SGB V)**

- Rechtsanspruch der Versicherten auf eine Zweitmeinung bei „mengenanfälligen planbaren Eingriffen“ (Liste vom G-BA ursprünglich bis 31. Dezember 2015 zu definieren)
- Pflicht des indikationsstellenden Arztes zur Aufklärung des Patienten über seinen Anspruch auf eine Zweitmeinung
- Schaffen einer gesonderten Abrechnungsmöglichkeit im EBM
- Leistungsberechtigte: vertragsärztlich zugelassene oder ermächtigte Ärzte/Einrichtungen, zugelassene Krankenhäuser sowie nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, die nur zur Erbringung der Zweitmeinung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen
- Zweitmeinung kann auch via telemedizinischer Dienstleistung erbracht werden
- Vertragszahnärztliche Eingriffe sind vom Zweitmeinungsverfahren ausgeschlossen

### **Erweiterte Befugnisse der Kliniken beim Entlassmanagement (§ 39 SGB V)**

- Bestimmung der medizinisch unmittelbar erforderlichen Anschlussleistungen in einem von den Krankenhäusern zu erstellenden Entlassplan, dessen Umsetzung mit Unterstützung der Krankenkassen zu organisieren ist

- Definition der Rahmenvorgaben des Entlassmanagements durch GKV-Spitzenverband, DKG und KBV ursprünglich bis zum 31. Dezember 2015
- Möglichkeit der Kliniken zur Verordnung der jeweils kleinsten Packung der notwendigen Medikamente, der häuslichen Krankenpflege sowie der Heilmittelversorgung für eine Dauer von max. sieben Tagen (leistungsrechtliche Vorgaben und Wirtschaftlichkeitsbestimmungen entsprechen jenen der Vertragsärzte)
- Möglichkeit der Übertragung der Aufgaben des Entlassmanagements auf einen weiterbehandelnden Vertragsarzt

### **Bereinigung bei Modellvorhaben (§ 64 SGB V)**

- Möglichkeiten der Krankenkassen auf Verzicht der Bereinigung der Gesamtvergütung, sollte das voraussichtliche Bereinigungsvolumen geringer sein als der Aufwand der Durchführung der Bereinigung
- Aufgabe Bewertungsausschuss, Vorgaben zur pauschalen Ermittlung des voraussichtlichen Bereinigungsvolumens bzw. der Höhe des Schwellenwertes, unterhalb dessen ein Verzicht möglich ist, festzulegen

### Entbürokratisierung des Verfahrens bei

#### Selektivverträgen (§§ 71, 73b SGB V)

- Entfall der Pflicht, Selektivverträge vor ihrem Abschluss den zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen
- Stattdessen: optionales Anforderungs- und Prüfungsrecht der Behörden gekoppelt mit stärkeren Sanktionsmöglichkeiten (Zwangsgelder bis zu zehn Millionen Euro)
- Gestaltungsfreiheit: Gegenstand der Verträge können künftig auch Leistungen außerhalb der Regelversorgung sein

### Beschränkung der Programme zur

#### Heilmittelverordnung (§ 73 SGB V)

- Pflicht für Vertragsärzte, ab 1. Januar 2017 bei der Verordnung von Heilmitteln ausschließlich von der KBV zugelassene elektronische Programme zu nutzen, die die Informationen der Heilmittelrichtlinie enthalten

### Erleichterungen bei der HzV (§ 73 b SGB V) und

#### Beschleunigung des Bereinigungsverfahrens

- Lockerung der Vorgaben für HzV-Verträge und Entbürokratisierung (Detailregelungen müssen nicht in der Satzung, sondern können stattdessen in den Teilnahmeerklärungen aufgeführt werden)
- Erweiterung des Leistungsumfangs der Verträge um Leistungen, die über den GKV-Regelleistungskatalog hinausgehen (z. B. neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder die Verordnung von OTC- Arzneimittel – ausgenommen Life-Style-Arzneimittel)
- Beschleunigung des Bereinigungsverfahrens: Kassen müssen die erforderlichen arzt- und versichertenbezogenen Daten spätestens drei Wochen vor dem Quartal, in dem die HzV beginnt, zur Verfügung stellen
- Möglichkeit einer vorläufigen Bereinigung bei regional geringer Anzahl der jeweiligen Versichertenzahlen/geringem Bereinigungsvolumen
- Keine aufschiebende Wirkung der HzV durch Klageerhebung eines Vertragspartners

### Einrichtung von Terminservicestellen (§ 75 SGB V)

- Verpflichtung der KVen zur Einrichtung von Terminservicestellen seit dem 23. Januar 2016 (auf Wunsch in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen); Psychotherapie-Termine werden durch diese Neuregelung spätestens ab dem 1. Januar 2017 erfasst (Voraussetzung: Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie)
- Pflicht der Terminservicestelle, bei Augen- und Frauenärzten (ohne Überweisung) oder bei anderen Fachärzten (bei vorliegender Überweisung) innerhalb einer Woche einen Termin zu vermitteln (bei maximaler Wartezeit von vier

Wochen und „zumutbarer“ Entfernung der Praxis; keine freie Arztwahl des Patienten möglich); Vorbehalt: die Behandlung ist innerhalb dieser Fristen aus medizinischer Sicht tatsächlich erforderlich

- Scheitert die Vermittlung, erhält der Patient einen Termin in einem Krankenhaus (Ausnahme: Psychotherapie-Termine)
- Künftiges Prüfungsrecht der KVen, ob Vertragsärzte und MVZ den sich aus ihrer Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag auch tatsächlich erfüllen
- Terminservicestellen sollen jährlich durch die KBV evaluiert werden (erstmalig zum 30. Juni 2017)

### Erleichterungen der Kooperationen

#### beim Notdienst (§ 75 SGB V)

- Option der KVen, den Notdienst auch durch Kooperationen und eine organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern sicherzustellen (z. B. Notarztpraxen in den Räumlichkeiten der Kliniken/Einbeziehung der Krankenhausambulanzen)
- Kooperationen mit den Landesapothekerkammern sowie den Rettungsleitstellen sind erwünscht

### Förderung der fachärztlichen Weiterbildung

#### (§ 75a SGB V, § 32 Ärzte-ZV)

- Verpflichtung von KVen und Kassen zur Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung (bei jeweils hälftiger Kostenübernahme) in Praxen/MVZ (Ziel: mind. 7.500 geförderte Stellen)
- Anhebung der Förderung auf die im Krankenhaus übliche Vergütung und volle Auszahlung an die Weiterzubildenden
- Vereinfachungen beim Wechsel der Weiterbildungsstelle (anderer Bezirk, anderes Bundesland, Klinik-Praxis oder umgekehrt)
- Bei Beschäftigung eines Assistenten im Rahmen der Weiterbildung nach § 75a SGB V besteht die Möglichkeit zu einer Ausweitung des Praxisumfangs (Festlegung Definition „Ausweitung Praxisumfang“ durch KVen regional)
- Verpflichtende Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in zugelassenen Krankenhäusern, Vorsorge- und Reha-Einrichtungen durch die Kassen und die privaten Krankenversicherungen
- Weitere Förderung von 1.000 Weiterbildungsstellen für den Bereich der grundversorgenden Fachärzte (z. B. Augen-, Kinder- oder Frauenärzte)

### **Striktere Kompetenzabgrenzung in den Gremien Hausärzte/Fachärzte, Stärkung der angestellten Ärzte sowie Trennung der Honorartöpfe (§§ 87b, 79, 79c SGB V)**

- Strikte Trennung der Honorartöpfe für die Leistungsbe- reiche hausärztliche und fachärztliche Versorgung (keine Möglichkeit der Minderung des Honorars des jeweils anderen Leistungsbereichs). Gesonderte Vergütungsrege- lungen für anerkannte Praxisnetze (siehe auch § 87b SGB V Förderung von Praxisnetzen)
- Klare Kompetenzabgrenzung in den jeweiligen Vertreter- versammlungen (durch Satzungsänderungen bei den KVen und der KBV): über hausärztliche/fachärztliche Belange ha- ben nur Vertreter der Hausärzte/Fachärzte abzustimmen; bei gemeinsamen Abstimmungen ist durch eine Stimmen- gewichtung Parität herzustellen
- Einführung eines neuen Fachausschusses (KV/KBV) für ange- stellte Ärzte neben dem beratenden Fachausschuss für die hausärztliche und jenem für die fachärztliche Versorgung

### **Förderung der Delegation ärztlicher Leistungen (§ 87 SGB V)**

- Schaffen definierter Vergütungspositionen für Delegati- onsleistungen im Rahmen der anstehenden EBM-Überar- beitung (ursprünglich bis zum 23. Januar 2016)
- Ausdehnung der Delegation auf die gesamte – auch fachärztliche – Regelversorgung (keine Beschränkung mehr auf unterversorgte Gebiete)

### **Regelmäßige Anpassung des EBM (§ 87 SGB V)**

- Verpflichtende regelmäßige betriebswirtschaftliche Überprüfung der Kalkulation/Aktualisierung der Leistungs- bewertungen, um die Preis- und Kostenentwicklung, den Wandel der Versorgungsstrukturen und Neuerungen in der technischen Ausstattung zu berücksichtigen

### **Regionale Angleichung der Honorare (§ 87a SGB V)**

- Ausgleich unbegründeter regionaler Ungleichheiten bei den morbiditätsorientierten Gesamtvergütungen (MGV) mit Wirkung ab 1. Januar 2017 durch eine einmalige Anpas- sung und Erhöhung des Aufsatzwertes bei jenen KVen, bei denen die durchschnittliche MGV unter dem Durchschnitt aller KVen liegt (Nachzahlungen dürfen nicht zu einer MGV führen, die höher ist als der Durchschnittswert für alle KVen; es darf keine Umverteilungen zu Lasten anderer KVen geben)
- Zuständig für die Berechnungen ist das Institut des Bewer- tungsausschusses (Ergebnis bis spätestens 15. September 2016); Grundlage der Berechnungen: Aufsatzwert 2014, Bereinigungen sind zu berücksichtigen

### **Förderung von Praxisnetzen (§ 87b SGB V)**

- Verpflichtung der KVen zur Einführung spezieller Honorar- regelungen für anerkannte Praxisnetze
- Option: Bildung eigener Honorarvolumen für die Netze als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen nach § 87a Absatz 3 SGB V

### **Flexibilisierung des Leistungsangebots in der Psychotherapie (§ 92 SGB V)**

- Ergänzung der Psychotherapie-Richtlinie durch den G-BA bis 30. Juni 2016
- Ziel: Flexibilisierung des Therapieangebots bezüglich der Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, der Förderung von Gruppentherapien, der Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens sowie der Reduzie- rung der Wartezeiten auf einen Therapieplatz

### **Neuerungen bei MVZ (§ 95 SGB V)**

- Möglichkeit der Gründung arztgruppengleicher MVZ (gilt auch für Zahnärzte und Psychotherapeuten)
- Erleichterung der MVZ-Gründung für Kommunen (öffent- lich-rechtliche Rechtsformen wie Eigeneinrichtung, Regie- betrieb möglich; keine Zustimmungspflicht der KV)
- Beschränkung: Kommunen sind bei Nachbesetzungen gegenüber ärztlichen Bewerbern nachrangig zu berück- sichtigen
- Gleichbehandlung von niedergelassenen und (u. a. in MVZ) angestellten Ärzten bei den Plausibilitätsprüfungen und künftige Möglichkeit der Beschäftigung eines ärztlichen Vertreters im Fall einer Kündigung/Freistellung eines angestellten Arztes (maximale Dauer: 6 Monate)

### **Abbau der Unterversorgung (§ 100 SGB V, § 46 Ärzte-ZV)**

- Ermächtigte Ärzte sind bei der Feststellung einer Unterver- sorgung nicht zu berücksichtigen
- Entfall der Zulassungsgebühren für Vertragsärzte, die sich in unterversorgten Gebieten niederlassen wollen
- Halbierung der Gebühren, sofern eine genehmigte Arztstelle wiederholt besetzt wird

### **Weiterentwicklung der Bedarfsplanungs-Richtlinie (§ 101 SGB V)**

- Weiterentwicklung der Bedarfsplanungs-Richtlinie durch den G-BA bis Ende 2016
- Ziel: Kleinräumigere Planung durch Anpassung der Ver- hältniszahlen unter Berücksichtigung insbesondere der demografischen Entwicklung sowie der Sozial- und Morbi- ditätsstruktur der Bevölkerung

### Erleichterung der Umsatzsteigerung bei Jobsharing (§ 101 SGB V)

- Möglichkeit, den gemeinsamen Umsatz der Partner bei einem Jobsharing-Verhältnis auf den Durchschnitt der betreffenden Facharztgruppe zu erhöhen, sofern der bisherige Praxisumfang unterdurchschnittlich war
- Psychotherapeutische Praxen mit unterdurchschnittlichem Praxisumfang: keine Begrenzung der Erhöhung des Praxisumfangs auf den Fachgruppendurchschnitt

### Aufkauf von Arztsitzen (§ 103 SGB V)

- Soll-Regelung für den Praxisaufkauf durch die KV ab einem Versorgungsgrad von 140 %; Kann-Regelung bei einem Versorgungsgrad von 110 %
- Ausnahmen:
  - Ehepartner, Lebenspartner und Kinder
  - Praxispartner (Voraussetzung: mindestens dreijährige vorherige Zusammenarbeit (gilt nicht, sofern das Anstellungsverhältnis oder der gemeinschaftliche Praxisbetrieb bereits vor dem 5. März 2015 begründet wurden) oder verpflichtende Verlegung der Praxis in ein anderes Gebiet des Planungsbereiches, in dem aufgrund einer zu geringen Arztdichte ein Versorgungsbedarf im betreffenden Fachbereich besteht)
  - Ärzte, die zuvor für mindestens fünf Jahre in einem unterversorgten Gebiet tätig waren
  - MVZ, sofern sie ein „besonderes Versorgungsangebot“ schaffen

### Sicherstellung der Versorgung mithilfe des Strukturfonds (§ 105 SGB V)

- Künftig generelle Möglichkeit für die KVen, einen Strukturfonds zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung (z.B. Zuschüsse zu Investitionskosten, zur Gründung von Zweigpraxen, für die Vergabe von Stipendien an Medizinstudierende) zu bilden (nicht nur bei Unterversorgung oder besonderem lokalem Versorgungsbedarf)

### Verlagerungen der Wirtschaftlichkeitsprüfung auf die regionale Ebene (§ 106b SGB V)

- Ersatz der bundeseinheitlichen Vorgaben für Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch regionale Vereinbarungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen/ Ersatzkassen und den KVen (ab 1. Januar 2017)
- Entwicklung einheitlicher Rahmenvorgaben (Mindeststandards) durch die KBV und den GKV-Spitzenverband
- Keine Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei Heilmittelverordnungen für Versicherte mit langfristigem Behandlungs-

bedarf sowie bei der Verordnung von Arzneimitteln mit Rabattvertrag

### ASV (§ 116b SGB V)

- Auslaufen des Bestandsschutzes der Alt-Regelung des § 116b SGB V für Krankenhäuser spätestens drei Jahre, nachdem der G-BA eine Richtlinie für eine Erkrankung verabschiedet hat, welche im Rahmen der ASV therapiert werden kann
- Für onkologische und rheumatologische Erkrankungen entfällt die Einschränkung auf „schwere Verlaufsformen“

### Besondere Versorgung und neue Kompetenzen für die KVen (§ 140a SGB V)

- Neuformulierung des § 140a SGB V, der künftig die „Besondere Versorgung“ umfasst, unter welche die Vorgaben zur integrierten Versorgung (§ 140a SGB V alt), zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (§ 73c SGB V) und zu Strukturverträgen (§ 73a SGB V) fallen
- Verträge (§§ 73a, 73c, 140a SGB V), die vor dem 23. Juli 2015 geschlossen wurden, gelten fort
- Möglichkeit der Erprobung neuartiger Versorgungsmodelle und Lockerung der Bestimmungen (z.B. Beschränkung auf rein versorgungsorganisatorische Inhalte möglich, Aufhebung des Zwangs zu einem sektorenübergreifenden Ansatz)
- Lockerung des Wirtschaftlichkeitsnachweises: künftig erst vier Jahre nach Wirksamwerden des Vertrags zu erbringen
- Erweiterung der möglichen Vertragspartner bei IV-Verträgen um die KVen (bislang Beschränkung der KVen auf §§ 73a und 73c SGB V)

Den Wortlaut des GKV-VSG finden Sie im Bundesgesetzblatt als PDF-Download unter: <http://bit.ly/1LbxPlx>

#### Impressum

**Herausgeber**  
VR-Bank Kreis Steinfurt eG, Matthiasstr. 30, 48431 Rheine, Ansprechpartner: Jan Soller, Bereichsleiter Freiberufler

**Redaktion, Konzeption & Gestaltung**  
REBMANN RESEARCH GmbH & Co. KG, Mommsenstr. 36, 10629 Berlin

**Bilder**  
S. 1 – Fotolia: peshkova

Diese Publikation beruht auf allgemein zugänglichen Quellen, die wir für zuverlässig halten. Eine Garantie für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben wird nicht übernommen. Alle Meinungsäußerungen geben die aktuelle und unverbindliche Einschätzung der jeweiligen Verfasser zum Redaktionsschluss wieder und stellen nicht notwendigerweise die Meinung der VR-Bank Kreis Steinfurt eG dar. Die VR-Bank Kreis Steinfurt eG übernimmt keine Haftung für die Verwendung der Publikationen oder deren Inhalt.

Copyright VR-Bank Kreis Steinfurt eG. Alle Rechte vorbehalten. Bei Zitaten wird um die Quellenangabe „VR MEDICUS“ gebeten.