

**Alexander Deus & Team
arbeiten mobil vernetzt
und können Patienten
jetzt flexibler betreuen**



Kabinettsentwurf Versorgungsstärkungsgesetz

Allgemeinmedizin (§ 75a SGB V)

Der Gesetzgeber verpflichtet Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) und Krankenkassen, die allgemeinmedizinische Weiterbildung in Praxen und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) „zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung“ zu fördern. Die Kosten müssen sie wie bisher teilen. Zuschüsse der Krankenkassen werden außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung gezahlt.

„Die Förderung ist von der Weiterbildungsstelle auf die im Krankenhaus übliche Vergütung anzuheben und an den Weiterzubildenden in voller Höhe ausbezahlen“, heißt es im neu aufgenommenen Gesetzestext weiter. Dieser Verpflichtung sei man in der Praxis nicht immer nachgekommen; daher die gesetzliche Klarstellung, so der Begründung: „Immer wieder wird von Fällen berichtet, dass Weiterbildungsstellen diese Fördergelder rechtswidrig nicht an den Weiterzubildenden auszahlen.“

Die Krankenkassen werden zudem weiterhin verpflichtet, die allgemeinmedizinische Weiterbildung in zugelassenen Krankenhäusern, Vorsorge- und Reha-Einrichtungen zu fördern. Diese Stellen bezuschussen die Kassen außerhalb des vereinbarten Budgets. Die privaten Krankenversicherungen müssen sich an der Förderung beteiligen. Dort, wo Unterversorgung droht oder herrscht, kann die finanzielle Förderung höher ausfallen.

Insgesamt sollen bundesweit mindestens 7.500 Stellen gefördert werden. Bislang waren 5.000 Stellen das Ziel. Die KVen dürfen die Zahl nicht begrenzen. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und Spitzenverband sollen Details innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes regeln. Sie sollen auch vorsehen, dass ein Wechsel der Weiterbildungsstelle (anderer Bezirk, anderes Bundesland, Klinik-Praxis oder umgekehrt) ohne große Hürden möglich ist und die finanzielle Förderung durchgängig erhalten bleibt.

Auch müssen sie regeln, wie man es finanziell ausgleicht, wenn regional in ganz unterschiedlichem Umfang Weiterbildungsstellen gefördert werden. Der Gesetzentwurf verlangt hier, bundesweite Verteilungsschlüssel zu erstellen. Außerdem sind finanzielle Ausgleichsmechanismen für den Fall vorzusehen, dass in einem Bundesland Kassen und KV mehr oder weniger Stellen fördern als geplant. Möglich soll es auch sein, die Fördermittel zentral zu verwalten. Dafür können KVen kooperieren oder eine KV beziehungsweise die KBV mit dieser Aufgabe beauftragen. Nicht genutzte Fördermittel können in den Folgezeitraum übertragen werden.

Im Kabinettsentwurf wird zudem von den KVen gefordert, bei der Anstellung eines Assistenten in einer Praxis im Rahmen der Weiterbildung zu prüfen, ob eine „Vergrößerung der Kassenpraxis zulässig ist“. Damit wird Bezug genommen auf eine Vorschrift in § 87 b, wonach die Honorarverteilung dafür sorgen soll, dass Ärzte zum einen eine gewisse Planungssicherheit in Bezug auf ihr Honorar erhalten, ihre Tätigkeit zum anderen aber auch nicht übermäßig ausdehnen. In Zukunft soll offenbar die Mitarbeit eines Assistenten finanziell anders gewürdigt werden als heute.

Bereinigung (§ 73b SGB V)

Der Entwurf sieht durch etliche Vorgaben eine Beschleunigung des Verfahrens vor. Begründung: „Für die wettbewerbliche Weiterentwicklung ist eine funktionierende Bereinigung der Gesamtvergütung weiterhin von entscheidender Bedeutung.“ So ist festgehalten, dass die Einigung über die Regeln der Bereinigung rechtzeitig erfolgen muss. Die erforderlichen arzt- und versichertenbezogenen Daten

muss die Kasse ihren Partnern „spätestens drei Wochen vor dem Kalendervierteljahr, in dem die hausarztzentrierte Versorgung beginnt“, übermitteln. Kassen können die Vergütung unter bestimmten Voraussetzungen auch vorläufig bereinigen und zudem von weiteren KVen verlangen, nach den vorgesehenen Regeln zu bereinigen. Die vorgesehene Einschränkung dafür, nämlich „falls in deren Bezirken nur wenige Versicherte ihren Wohnsitz haben und der Bereinigungsbedarf gering ist“, wurde im Kabinettsentwurf gestrichen. Darin ist zudem die Möglichkeit vorgesehen, Bereinigungsbeträge auch pauschal zu ermitteln. Dazu soll der Bewertungsausschuss künftig geeignete pauschalierende Verfahren beschließen.

Berufsständische Versorgungswerke

Neu aufgenommen wurde im Kabinettsentwurf die Verpflichtung von Krankenkassen, Beiträge an berufsständische Versorgungseinrichtungen zu zahlen. Nach § 47 a Sozialgesetzbuch V bedeutet das: „Für Bezieher von Krankengeld, die wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, zahlen die Krankenkassen auf Antrag des Mitglieds diejenigen Beiträge an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung, wie sie an die gesetzliche Rentenversicherung zu entrichten wären.“ Über Einzelheiten sollen sich der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen verständigen. Ihre Vorgaben muss das Bundesministerium für Gesundheit genehmigen.

In der Begründung heißt es: „Bei Beziehern von Krankengeld, für die eine Pflichtversicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung besteht, trägt die Krankenkasse grundsätzlich die Hälfte des Beitrags zur gesetzlichen Rentenversicherung aus der Lohnersatzleistung Krankengeld. Die Versicherten werden durch die Übernahme von Beitragszahlungen während der Arbeitsunfähigkeitsphase so gestellt, wie sie ohne die Arbeitsunfähigkeit stehen würden. Pflichtmitglieder einer berufsständischen Versorgungseinrichtung, die von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, mussten bislang die Beiträge zur berufsständischen Versorgungseinrichtung auch bei Krankengeldbezug in voller Höhe selbst zahlen; die Krankenversicherung beteiligte sich daran nicht. Nunmehr wird eben dies sichergestellt.“ Die Gleichstellung sei sachgerecht, heißt es im Entwurf: „Insbesondere ist zu berücksichtigen, dass die Mitglieder der berufsständischen Versorgungseinrichtungen auch auf der Leistungsseite Ansprüche zum Beispiel im Bereich der Rehabilitation haben, so dass an dieser Stelle eine hinreichende Vergleichbarkeit mit der Rentenversicherung besteht.“

Besondere Versorgung (§ 140 a SGB V)

Die bisherigen Vorgaben zur integrierten Versorgung (§ 140 alt) sowie zur besonderen ambulanten Versorgung (§ 73c) werden in einem neu formulierten Paragraphen 140 a zusammengefasst. Dessen Überschrift lautet nun „Besondere Versorgung“. Nach Auffassung des Bundesgesundheitsministeriums sind die bisherigen Regelungen zu Einzelverträgen mit Leistungserbringern „zu wenig systematisch“ gefasst worden.

Krankenkassen und ihren Vertragspartnern wird für die Zukunft die Möglichkeit gegeben, neuartige Formen der Versorgung auszuprobieren, wobei der Kreis der möglichen Vertragspartner erweitert wurde: Kassen können in Zukunft auch mit Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) Verträge aller Art nach § 140 a schließen. Bisher konnten KVen nur bei Verträgen nach 73 b und 73c Partner sein.

Grundsätzlich werden die Vorgaben dazu, was unter eine besondere Versorgung fällt, gelockert. So ist im Entwurf beispielsweise festgehalten, dass auch Verträge zulässig sind, die „allein die Organisation der Versorgung betreffen“. Ein Vertrag muss, auch dies ist neu, nicht mehr zwingend einen sektorübergreifenden Ansatz erkennen lassen. Parallel zu den Vorgaben für die hausarztzentrierte Versorgung werden auch für Verträge nach dem neuen § 140 a die Regeln zum Nachweis ihrer Wirtschaftlichkeit gelockert. Der Entwurf sieht lediglich vor, dass die Vertragspartner der „Aufsichtsbehörde die Einhaltung von Wirtschaftlichkeitskriterien vier Jahre nach dem Wirksamwerden des Vertrags nachzuweisen“ haben.

Delegation von Leistungen (§ 87 SGB V)

Der Entwurf sieht vor, dass bei der Überprüfung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) auch einzubeziehen ist, „in welchem Umfang delegationsfähige Leistungen ... qualifiziert erbracht und angemessen vergütet werden können“. Auf Grundlage dieser Prüfung soll spätestens sechs Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes eine Honoraranpassung für den Einsatz qualifizierter nichtärztlicher Gesundheitsberufe vorgenommen worden sein.

Ziel ist es, die Einsatzmöglichkeiten besonders von nichtärztlichen Praxisassistentinnen wie VERAH zu fördern, und zwar flächendeckend. Deswegen entfallen auch die bisherigen Vorgaben, wonach ihr Einsatz nur in unterversorgten Gebieten gesondert honoriert werden kann beziehungsweise im hausärztlichen Versorgungsbereich. In der Begründung heißt es hierzu: „Um die ambulante Versorgung auch in Zukunft flächendeckend sicherzustellen, sind die bisherigen Maßnahmen zur Entlastung der Ärztinnen und Ärzte sowie zur Konzentration auf originär ärztliche Tätigkeiten auszubauen. Zu diesem Zweck wird ... die Einsatzmöglichkeit von qualifizierten nichtärztlichen Gesundheitsberufen im Rahmen der delegationsfähigen Leistungen gestärkt.“

Entlassmanagement (§39 SGB V)

Das Entlassmanagement nach Krankenhausbehandlung ist bisher nicht so umgesetzt worden, dass Leistungslücken in jedem Fall wirkungsvoll geschlossen werden konnten“, wird im Kabinettsentwurf

bemängelt. Es sei zukünftig Aufgabe der Krankenhäuser, in einem Entlassplan die medizinisch unmittelbar erforderlichen Anschlussleistungen festzulegen. In diesem Zusammenhang dürfen Krankenhäuser künftig „zur Sicherstellung einer durchgehenden Versorgung mit Arzneimitteln“ die jeweils kleinste Packung des erforderlichen Medikamentes verordnen. Zudem dürfen sie häusliche Krankenpflege und die Versorgung mit Heilmitteln für eine Dauer von maximal sieben Tagen verordnen. Soweit dies für die Versorgung eines Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist, sollen Krankenhäuser dem Kabinettsentwurf zufolge auch die Arbeitsunfähigkeit attestieren können.

„Die Krankenhäuser werden bei dem erweiterten Recht zur Verordnung ambulanter Leistungen den Vertragsärzten gleichgestellt“, heißt es in der Begründung. Für Klinikärzte gelten damit aber auch dieselben leistungsrechtlichen Vorgaben und Wirtschaftlichkeitsbestimmungen. „Um eine lückenlose Anschlussbehandlung zu gewährleisten, kann das Krankenhaus Aufgaben des Entlassmanagements auf einen weiterbehandelnden Vertragsarzt übertragen“, so eine weitere Vorgabe. Das sei vor allem dann sinnvoll, wenn sich eine umfassende ambulante Weiterbehandlung anschliesse, zum Beispiel bei onkologischen Patienten.

Aufgabe der Krankenkassen wird es sein, gemeinsam mit dem Krankenhaus rechtzeitig vor der Entlassung eines Patienten die für die Umsetzung des Entlassplans erforderliche Versorgung zu organisieren, etwa die notwendigen Leistungserbringer zu kontaktieren. Darauf sollen Versicherte einen Rechtsanspruch erhalten. Die Rahmenvorgaben des Entlassmanagements sollen auf Bundesebene zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geregelt werden. .

Fallmanagement bei längerer Krankheit (§ 44 SGB V)

Versicherte, die Krankengeld nach § 44 beziehen, sollen einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch ihre Krankenkassen „im Sinne eines unterstützenden Fallmanagements“ erhalten, heißt es in dem Referentenentwurf. Die Kassen können ihren Versicherten bei der Suche nach geeigneten Leistungserbringern, Terminvereinbarungen oder dem Wiedereinstieg in das Berufsleben unterstützen. Klargestellt wird aber auch, dass eine Krankenkasse personenbezogene Daten, die sie für ein Fallmanagement benötigt, „nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erheben, verarbeiten und nutzen“ darf.

Hausarztverträge (§ 73b SGB V)

Die Vorgaben für Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung werden weiter gelockert. So können Einzelheiten zur Teilnahme zukünftig in den Teilnahmeerklärungen geregelt werden und nicht wie bisher in den Satzungen. Dies soll der Entbürokratisierung dienen. Neu ist, dass in Hausarztverträgen auch Leistungen vorgesehen werden können, „die über den Leistungsumfang der Regelversorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen“. Erwähnt werden in der Begründung beispielhaft der Einsatz neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder die Verordnung von an sich nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln. Der Entwurf zieht jedoch auch Grenzen: „Sogenannte Life-Style-Arzneimittel können nicht Gegenstand der Verträge sein“, heißt es.

Die Bereinigung der Gesamtvergütung soll zukünftig rascher erfolgen (siehe Stichwort Bereinigung).

Heilmittel (§73 SGB V)

Ab dem 1. Januar 2017 dürfen Vertragsärzte für die Verordnung von Heilmitteln nur noch solche elektronischen Programme nutzen, die die Informationen der Heilmittelrichtlinie enthalten und von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen sind. Das soll zur Rechtsklarheit zwischen Krankenkassen, verordnenden Ärztinnen und Ärzten und den Heilmittelerbringern beitragen. Außerdem soll so sichergestellt werden, dass formale Fehler bei der Ausstellung der Heilmittelverordnung vermieden werden und Rechnungskürzungen nur in berechtigten Fällen erfolgen.

Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V)

„Angesichts der steigenden Bedeutung von Hochschulambulanzen bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schweren und komplexen Krankheitsbildern werden die gesetzlichen Grundlagen für die Ermächtigung von Hochschulambulanzen für die ambulante Behandlung der Versicherten weiterentwickelt“, heißt es im Entwurf. Bisher waren die Zulassungsausschüsse verpflichtet, Hochschulambulanzen zu ermächtigen, damit diese Behandlungen in dem Umfang vornehmen können, der durch Forschung und Lehre geboten ist. Nun müssen die Zulassungsausschüsse dies auch vorsehen zur Versorgung „für solche Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanz bedürfen“. Für die Inanspruchnahme der Hochschulambulanzen bedarf es in diesen Fällen aber einer Überweisung durch einen Facharzt. Über Details sollen sich der GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft verständigen. Sie können auch Ausnahmen vom fachärztlichen Überweisungsgebot vereinbaren. Einigen sie sich nicht, entscheidet das Bundesschiedsamt.

Honorar (§ 87 SGB V)

Die Vorgaben zur Berücksichtigung betriebswirtschaftlicher Größen bei Anpassungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) werden präzisiert. „Regelmäßig sind auch die Leistungsbewertungen betriebswirtschaftlich neu zu kalkulieren, um den raschen Veränderungen der

Versorgungsstrukturen, der technischen Ausstattung sowie der Preis- und der Kostenentwicklung zu entsprechen“, heißt es in der Begründung. Vorgegeben wird, „in bestimmten Zeitabständen zu aktualisierende“ Daten zu verwenden.

Klarere Vorgaben als bisher enthält der Entwurf auch für die Finanzierung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), die der Gemeinsame Bundesausschuss als sinnvoll erachtet hat: In Zukunft müssen Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband im Bewertungsausschuss in der Regel innerhalb von sechs Monaten nach einer NUB-Entscheidung des G-BA festlegen, wie die neue Leistung im EBM abgebildet und damit honoriert wird. Für „komplexere Einzelfälle“ bleibt mehr Zeit.

Honorarangleichung (§ 87a SGB V)

Unbegründete regionale Ungleichheiten bei den morbiditätsorientierten Gesamtvergütungen (MGV) sollen mit Wirkung zum 1.1.2017 abgebaut werden. Konkret soll in den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), in denen es geboten erscheint, der sogenannte Aufsatzwert einmalig angepasst und erhöht werden. Anpassungsbedarf bestehe in den KVen, in denen die durchschnittliche MGV unter dem Durchschnitt aller KVen liege, heißt es. Im Kabinettsentwurf werden die Vorgaben weiter präzisiert. „Ob und in welchem Umfang der Aufsatzwert im Jahr 2014 unbegründet zu niedrig war, ist von den KVen auch unter Berücksichtigung der Inanspruchnahme des stationären Sektors nachzuweisen“, so die Ergänzung.

Die Berechnungen nimmt das Institut des Bewertungsausschusses vor. Es muss sein Ergebnis spätestens bis zum 15.9.2016 vorlegen. Grundlage der Berechnungen ist der Aufsatzwert im Jahr 2014. Bereinigungen sind zu berücksichtigen. Nachzahlungen dürfen nicht dazu führen, dass die MGV in einer KV höher ist als der Durchschnittswert für alle KVen. „Die zusätzlichen Mittel sind zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten einzusetzen“, heißt es im Gesetzentwurf weiterhin. Und „Umverteilungen zu Lasten anderer KVen sind auszuschließen“.

Honorarverteilung (§ 87b SGB V)

Im Entwurf wird präzisiert, dass hausärztliche Leistungen nicht die fachärztliche Gesamtvergütung mindern dürfen – und umgekehrt. Honorarverteilungsmaßstäbe (HVM) müssen „der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen angemessene Rechnung tragen“. Für anerkannte Praxisnetze müssen die KVen gesonderte Vergütungsregelungen vorsehen. Allerdings sind diese aus der Gesamtvergütung zu bezahlen. Sämtliche KVen sollen dem Entwurf zufolge zukünftig jedes Jahr Informationen über Grundsätze und Versorgungsziele ihres HVM veröffentlichen.

In der Begründung zu den Änderungen heißt es hierzu: „Die Honorarverteilung ist ... als honorarpolitisches Instrument von zentraler Bedeutung bei der Erfüllung des Sicherstellungsauftrags in der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten sowie bei der angemessenen Vergütung der ärztlichen Leistungen durch eine leistungs- und bedarfsgerechte Aufteilung der bereitgestellten Finanzmittel. Die Orientierung an diesen Zielen soll gestärkt werden. Dafür soll künftig transparenter werden, welche Grundsätze und Versorgungsziele die KV durch den HVM jeweils verfolgt.“

Innovationsfonds (§ 92 a SGB V)

Beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) soll ein Innovationsfonds zur Förderung innovativer sektorenübergreifender Versorgungsformen und für die Versorgungsforschung geschaffen werden. Dafür werden in den Jahren 2016 bis 2019 jährlich insgesamt 300 Millionen Euro von den Krankenkassen und aus dem Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt. Aus dem Fonds sollen innovative, sektorenübergreifende Versorgungsprojekte mit 225 Millionen Euro pro Jahr gefördert werden sowie die Versorgungsforschung mit 75 Millionen Euro. Zu diesem Zweck soll beim G-BA ein Innovationsausschuss eingerichtet werden, der die konkreten Förderschwerpunkte und -kriterien festlegt und über die Verteilung der Fördermittel entscheidet. Zu sachverständigen Entscheidungen soll ein Expertenbeirat mit maximal zehn Mitgliedern beitragen. Er wird vom Bundesgesundheitsministerium berufen. Die Förderung wird wissenschaftlich ausgewertet. Bis 31. März 2019 legt das Bundesgesundheitsministerium dem Deutschen Bundestag einen Zwischenbericht hierzu vor. Ein abschließender Bericht soll bis zum 31. März 2021 formuliert werden.

Krankenhäuser in der ambulanten Versorgung (§ 116 a + b SGB V)

Durch neue Vorgaben in § 116 a soll es Krankenhäusern erleichtert werden, auf ihren Antrag hin zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung ermächtigt zu werden, sofern Unterversorgung herrscht oder droht. Von dieser Möglichkeit hätten die Zulassungsausschüsse bislang „eher zurückhaltend“ Gebrauch gemacht, so der Entwurf. Um dies zu ändern, werden die Regeln zur Ermächtigung verbindlicher gestaltet: Liegt ein entsprechender Beschluss des Landesausschusses vor, muss der Zulassungsausschuss zukünftig Kliniken ermächtigen, die dies wünschen.

Krankenhäuser, die nach der alten Regelung in 116 b (Stichtag: 31.12.2011) zur ambulanten Versorgung zugelassen waren, bleiben es (Bestandsschutz). Diese Regel gilt nicht, sofern die Kliniken dazu nicht länger geeignet sind, beispielsweise weil sie bestimmte Qualitätsanforderungen nicht mehr erfüllen.

Medizinische Versorgungszentren (§ 95 SGB V)

Vorgesehen ist im Entwurf, dass es in Zukunft auch arztgruppengleiche Medizinische Versorgungszentren (MVZ) geben kann. Zudem können auch Kommunen MVZ gründen, um „aktiv

die Versorgung in der Region zu beeinflussen und zu verbessern". Weil Kommunen nach Auffassung des Bundesgesundheitsministeriums bisher Mühe hatten, MVZ in den vorgegebenen Rechtsformen zu gründen (Beispiel: GmbH), sollen sie diese künftig auch als öffentlich-rechtliche Einrichtung (Eigeneinrichtung, Regiebetrieb) führen können. Die Kassenärztlichen Vereinigungen brauchen einer MVZ-Gründung durch eine Kommune nicht zuzustimmen. Allerdings gelten auch für Kommunen-MVZ die Regeln für Arztstze: Bei Nachbesetzungen sind sie „gegenüber ärztlichen Bewerbern nachrangig zu berücksichtigen“.

An anderer Stelle ist zudem vorgesehen, dass niedergelassene und angestellte Ärztinnen und Ärzte, also auch solche in MVZ, bei den Plausibilitätsprüfungen gleich behandelt werden müssen. Bislang wurden in einigen Regionen unterschiedliche Quartalsprüfsummen angesetzt. Über eine Änderung in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Artikel 13) soll zudem vorgesehen werden, dass zukünftig auch für einen angestellten Arzt im Fall von Kündigung oder Freistellung ein Vertreter beschäftigt werden kann. Dies ist für die Dauer von bis zu sechs Monaten zulässig.

Mehrausgaben und Einsparungen

Dem Kabinettsentwurf zufolge ergeben sich aus dem Gesetzesvorhaben sowohl Mehrausgaben wie Einsparungen. Unter dem Strich gehen die Verantwortlichen im Bundesgesundheitsministerium derzeit davon aus, dass die Umsetzung des Gesetzes „bei voller Wirksamkeit jährlich einen mittleren dreistelligen Millionenbetrag“ kosten wird.

300 Millionen Euro jährlich wird der Innovationsfonds kosten, der für die Jahre 2016 bis 2019 vorgesehen ist. Der Betrag wird je zur Hälfte von den Krankenkassen und aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds bezahlt. 25 bis 30 Millionen Euro zusätzlich kostet die zusätzliche Förderung von Weiterbildungsstellen in der Allgemeinmedizin. Weitere 25 Millionen pro Jahr müssen die Krankenkassen zusätzlich aufbringen, wenn der Investitionskostenabschlag bei den Hochschulambulanzen auf fünf Prozent begrenzt wird.

Die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), Terminservicestellen einzurichten, wird diese insgesamt einmal 13 bis 20 Millionen Euro kosten. Die jährlichen Kosten des Serviceangebots beziffert das Ministerium mit 16,5 bis 20 Millionen Euro.

„Zudem entstehen ab dem Jahr 2017 nicht bezifferbare Mehrausgaben im Bereich der vertragsärztlichen Vergütung durch den Abbau unbegründeter Unterschiede in den Gesamtvergütungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen, die auf mehrere Jahre verteilt werden können“, heißt es im Kabinettsentwurf außerdem. Durch neue Regelungen zum Mutterschaftsgeld, zum Krankengeldanspruch und Zahnersatz entstehen den Krankenkassen weitere Mehrausgaben „im niedrigen einstelligen Bereich“. Dadurch, dass die Krankenkassen zukünftig bei einem Krankengeldbezug die hälftigen Beiträge an die berufsständischen Versorgungswerke überweisen sollen, ergeben sich außerdem „jährliche Mehrausgaben in Höhe eines mittleren einstelligen Millionenbetrags“.

Welche Mehrausgaben die Folge der in Anspruch genommenen Zweitmeinungen sind, können die für den Gesetzentwurf Verantwortlichen nicht angeben. Sie verweisen aber darauf, dass dieser Leistung „erhebliche, ebenfalls nicht quantifizierbare Einsparungen durch eine Vermeidung medizinischer operativer Eingriffe gegenüberstehen“.

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (§ 137 SGB V)

In Krankenhäusern können nach dem Prinzip der grundsätzlichen Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt weiter innovative Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden (NUB) mit Potential erbracht werden, ohne dass der G-BA es zuvor erlaubt haben muss. Für neue Methoden, bei denen Medizinprodukte der Risikoklassen IIb und III angewandt werden sollen, soll der G-BA nun „aufgrund des besonders invasiven Charakters des Eingriffs und der typischerweise mit der Verwendung des Medizinprodukts einhergehenden Mehrkosten“ nun eine frühe Nutzenbewertung vorsehen. Krankenhäuser sollen den G-BA künftig darüber informieren müssen, wenn sie ein solches Medizinprodukt im Rahmen von NUB anwenden wollen. Stellt der Gemeinsame Bundesausschuss fest, dass die Erkenntnislage für eine Beurteilung der Methode nicht ausreicht, kann er eine Erprobung festlegen, mit der die fehlenden Erkenntnisse gewonnen werden sollen.

Der Kabinettsentwurf sieht zudem vor, dass der G-BA den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestags jährlich zum 31. März einen Bericht zuzuleiten hat, aus dem hervorgeht, ob die Fristen zur Entscheidung über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden eingehalten wurden, was gegebenenfalls zur Straffung der Bewertungsverfahren unternommen wurde oder welche besonderen Umstände zu Fristüberschreitungen geführt haben. Zudem muss der G-BA in dem Bericht aufführen, welche Beratungsverfahren länger als drei Jahre andauern.

Organspende (§ 27 SGB V)

Im Transplantationsgesetz-Änderungsgesetz wurde klargestellt, dass jeder Lebendspender einen Anspruch auf Krankenbehandlung, Vor- und Nachbetreuung, Rehabilitation und Krankengeld gegenüber der Krankenkasse des Organempfängers hat. Diese Regelungen gelten nun auch für Spender von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen.

Praxisnetze (§ 87 b SGB V)

Für von einer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) anerkannte Praxisnetze müssen die KVen gesonderte Vergütungsregelungen vorsehen. Allerdings sind diese aus der morbiditätsorientierten

Gesamtvergütung zu bezahlen. Ergänzend ist es aber möglich, Praxisnetze mit Mitteln des Strukturfonds einer KV zu fördern.

Psychotherapie (§ 92 SGB V)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll bis 30.6.2016 in den Psychotherapie-Richtlinien Ergänzungen beschließen, und zwar „zur Flexibilisierung des Therapieangebots, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung von Gruppentherapien sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens.“ Außerdem soll er Regelungen treffen, damit sich die Wartezeiten auf einen Therapieplatz verringern.“

Selektivverträge (§71 SGB V)

Die Pflicht, Selektivverträge vor ihrem Abschluss den zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen, wird gestrichen. Dieses Verfahren sei zu „verwaltungsaufwendig“ gewesen und habe selektivvertragliche Versorgungsformen verzögert, so die Begründung. In Zukunft kann die Aufsicht Verträge bei Bedarf anfordern und prüfen. Stellt sie dabei fest, dass rechtliche Vorgaben in erheblichem Umfang verletzt wurden, also beispielsweise Versicherte von Verträgen ausgeschlossen wurden oder Verträge vor allem aus finanziellen Gründen abgeschlossen wurden, kann sie härter als bisher gegen die betreffende Krankenkasse vorgehen. So sind Zwangsgelder bis zu zehn Millionen Euro vorgesehen. Zudem haben Rechtsbehelfe gegen Maßnahmen der Aufsicht keine aufschiebende Wirkung.

Sicherstellung der Versorgung (§75 SGB V)

Ein neuer Passus sieht vor, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) „den Notdienst auch durch Kooperation und eine organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern sicherstellen“. Auch mit Landesapothekerkammern sowie mit den Rettungsleitstellen der Länder sollen sie kooperieren. „Mit dieser Regelung werden bereits bestehende Kooperationen der KVen mit zugelassenen Krankenhäusern, wie zum Beispiel die Einrichtung von Notarztpraxen in den Räumen der Krankenhäuser oder die unmittelbare Einbeziehung der Krankenhausambulanzen in den Notdienst, gestärkt“, heißt es im Entwurf. Die Kooperation mit den Apothekerkammern soll dazu dienen, auch außerhalb von Praxiszeiten „die Besorgung eventuell erforderlicher Arzneimittel zu erleichtern“.

Strukturfonds (§ 105 SGB V)

Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) können in Zukunft leichter die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung mit Geldern aus dem Strukturfonds fördern. Bislang war dazu gesetzlich vorgegebene Voraussetzung, dass der jeweilige Landesausschuss nach § 90 eine (drohende) Unterversorgung bestätigt hatte oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf anerkannte. In diesen Fällen konnten die KVen Zuschüsse zu Investitionskosten gewähren, zur Gründung von Zweigpraxen oder für die Vergabe von Stipendien an Medizinstudierende. „Vor dem Hintergrund, dass bislang bundesweit nur wenige dieser Beschlüsse getroffen wurden und es den KVen erleichtert werden soll, entsprechende Fördermaßnahmen zu ergreifen“, werden die Vorgaben gelockert: KVen können einen Strukturfonds bilden und die Sicherung der Versorgung fördern, selbst wenn kein entsprechender Beschluss des Landesausschusses vorliegt.

Terminservicestellen (§ 75 SGB V)

Klargestellt wird im Entwurf, dass der Sicherstellungsauftrag „auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung“ zu umfassen hat. Deswegen müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) Terminservicestellen einrichten, falls gewünscht in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen. Sie haben dazu nach Inkrafttreten des Gesetzes sechs Monate Zeit. Innerhalb von drei Monaten müssen sich die Vertragspartner darüber einigen, in welchen Fällen eine Vermittlung Aufgabe der KV ist. Im Detail sollen sie vereinbaren, dass in der Regel eine Überweisung vorliegen muss, was eine zumutbare Entfernung für den Versicherten bedeutet (differenziert nach Arztgruppen), in welchen Fällen keine medizinische Dringlichkeit vorliegt und wann weitere Behandlungen notwendig sind. Ergänzende Regelungen zu Ausnahmen sind zulässig. Psychotherapie-Termine werden durch diese Neuregelung nicht erfasst.

Liegt eine Überweisung vor oder geht es um einen Termin bei einem Augen- oder Frauenarzt, muss die Servicestelle innerhalb einer Woche einen Termin vermitteln. Dass generell auch Termine bei Kinderärzten ohne Überweisung vermittelt werden müssen, sieht der Kabinettsentwurf nicht mehr vor. Zur Erläuterung heißt es, Kinderärztinnen und -ärzte nähmen grundsätzlich an der hausärztlichen Versorgung teil. Vermittelt werden müssten deshalb bei Problemen nur Termine bei Kinderärztinnen und Kinderärzten mit Schwerpunktbezeichnung im Rahmen der fachärztlichen Versorgung.

Mit dem vermittelten Termin darf eine Wartezeit von vier Wochen nicht überschritten werden. Die Entfernung zum vermittelten Arzt muss „zumutbar“ sein. Ein Anspruch von Patienten auf Terminvermittlung bei einem bestimmten Arzt bestehe nicht, wird in der Gesetzesbegründung klargestellt. Gelingt die Vermittlung nicht, muss die Servicestelle einen Termin in einem Krankenhaus anbieten (Ausnahme: Psychotherapie-Termine). Die Behandlung dort muss „nicht zwingend durch Ärztinnen und Ärzte mit einer bereits abgeschlossenen Facharztweiterbildung zu erfolgen“, so die Vorgabe im Entwurf. Der Facharztstandard müsse aber gelten. Lässt sich ein Versicherter in der Klinik behandeln, kann er auch ambulante Folgetermine im Krankenhaus wahrnehmen, „wenn diese

dazu dienen, den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen“. Durch Vorgaben im Bundesmantelvertrag soll diese Option geregelt werden, gleichzeitig aber auch verhindert werden, dass Patienten „im Falle einer notwendigen Dauerbehandlung über längere Zeit ambulant im Krankenhaus behandelt werden“.

Um Wartezeiten zu reduzieren, können KVen (durch eine Ergänzung in § 95 Absatz 3) anhand der ihnen vorliegenden Leistungsdaten zukünftig prüfen, „ob Vertragsärztinnen/Vertragsärzte und Medizinische Versorgungszentren den sich aus ihrer Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag erfüllen“. Dies gilt auch für angestellte Ärzte. So soll sichergestellt werden, dass alle Ärzte „in dem ihnen (gesetzlich) vorgegebenen Umfang zur Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehen“.

Umsatzsteigerung bei Jobsharing (§ 101 SGB V)

Bisher konnte ein Arzt ein Jobsharing-Verhältnis nach § 101 nur dann eingehen, wenn er sich verpflichtete, den Umsatz dadurch nur gering zu erhöhen (maximal 103 Prozent). Nun soll diese Vorgabe geändert werden, sofern „der bisherige Praxiseumfang unterdurchschnittlich ist“: Ein Arzt könnte dann gemeinsam mit einem Praxispartner seinen Umsatz zumindest auf den Durchschnitt seiner Facharztgruppe steigern. Details soll der Gemeinsame Bundesausschuss regeln.

Unterversorgung (§ 100 SGB V)

Derzeit ist geregelt, dass die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen verbindlich Zulassungsbeschränkungen in Gebieten anzuordnen haben, wenn in anderen die medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist und eine Unterversorgung dort nicht beseitigt werden kann. Nun wird diese Vorgabe verschärft: Solche Beschränkungen müssen schon dann angeordnet werden, wenn eine „bestehende oder in absehbarer Zeit drohende“ Unterversorgung nicht in den Griff zu bekommen ist. Im Kabinettsentwurf wird klargestellt, dass „die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte bei der Feststellung einer Unterversorgung nicht zu berücksichtigen“ sind.

In der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte soll eine weitere Erleichterung für Ärztinnen und Ärzte vorgesehen werden, die sich in unterversorgten Gebieten niederlassen wollen: Sie müssen keine Gebühren für die Zulassung mehr an den Ausschuss bezahlen. Der Ausschuss kann darauf auch an anderer Stelle verzichten, wenn es der Versorgung dient. Wird eine genehmigte Arztstelle wiederholt besetzt, darf nur die Hälfte der Gebühren genommen werden. So sollen „kooperative Vertragsformen, die insbesondere für junge Ärztinnen und Ärzte attraktiv sind, gefördert werden“, heißt es im Entwurf.

Vertreterversammlungen in KVen und KBV (§79 SGB V)

Der Gesetzentwurf legt fest, dass in den Vertreterversammlungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlicher Bundesvereinigung zukünftig per Satzungsregelung über ausschließlich hausärztliche Belange nur Vertreter der Hausärzte abstimmen – und ebenso Fachärzte ausschließlich über fachärztliche Belange. Bei gemeinsamen Abstimmungen sind die Stimmen so zugewichtet, dass Parität besteht. Das Nähere sollen die Satzungen von KBV und KVen regeln. Sie müssen drei Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes entsprechend geändert sein.

Neben dem beratenden Fachausschuss für die hausärztliche und dem für die fachärztliche Versorgung wird ein dritter für angestellte Ärztinnen und Ärzte eingerichtet.

Wirtschaftlichkeitsprüfung (106 SGB V)

Die bundeseinheitlichen Vorgaben für Wirtschaftlichkeitsprüfungen von ärztlich verordneten Leistungen sollen aufgehoben und durch regionale Vereinbarungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) ersetzt werden. Diesen soll aufgetragen werden, ab dem Jahr 2017 „Inhalt und Durchführung der Beratungen und Prüfungen sowie die Voraussetzungen für die Einzelfallprüfungen“ zu vereinbaren.

„Die Vertragspartner auf Landesebene sind bei der Ausgestaltung der Prüfungen grundsätzlich frei“, heißt es weiter. Zuvor sollen jedoch die Vertragspartner auf Bundes-ebene bis zum 31. Oktober 2015 einheitliche Rahmenvorgaben vorlegen. Die Verlagerung der Vorgaben für Wirtschaftlichkeitsprüfungen auf die regionale Ebene ermögliche passgenauere Lösungen, heißt es in dem Arbeitsentwurf. Dennoch sei es erforderlich, gewisse Mindeststandards bundeseinheitlich zu regeln.

Es wird darauf hingewiesen, dass weiterhin die Möglichkeit zu Einzelfallprüfungen gegeben sei und dass geregelt werden solle, wodurch künftig eine Einzelfallprüfung ausgelöst wird, wer also künftig antragsberechtigt ist. Kommt auf Landesebene keine Regelung bis zum 31. Dezember 2016 zustande, gelten die bisherigen Regelungen weiter. So soll eine Regelungslücke vermieden werden.

Niedergelassene und angestellte Ärzte sollen künftig bei den Plausibilitätsprüfungen gleich behandelt werden. „Um auszuschließen, dass angestellte Ärzte insbesondere in Medizinischen Versorgungszentren bei den Plausibilitätsprüfungen pauschal benachteiligt werden“, heißt es darin, seien „in Vollzeit tätige angestellte Ärzte und niedergelassene Ärzte mit voller Zulassung entsprechend des Umfangs des jeweiligen Versorgungsauftrags bei den Zeitprofilen im Rahmen der Plausibilitäts-„prüfungen“ gleich zu behandeln. Auch die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband vereinbarten Richtlinien sollen entsprechend angepasst werden.

Zulassungsbeschränkungen (§103 SGB V)

Bislang konnte ein Zulassungsausschuss es ablehnen, ein Nachbesetzungsverfahren zu eröffnen, wenn ein Bezirk formal überversorgt war. „Von dieser Möglichkeit haben die Zulassungsausschüsse kaum Gebrauch gemacht. Aus diesem Grund wird aus der bisherigen Kann- eine Soll-Regelung“, heißt es im Kabinettsentwurf. Gleichzeitig werden aber die bestehenden Ausnahmeregelungen ergänzt. Im Kabinettsentwurf sind diese im Vergleich mit dem Referentenentwurf noch umfangreicher, zumindest wenn man die Begründung heranzieht. So sollen Nachbesetzungen grundsätzlich auch in überversorgten Gebieten möglich sein, „wenn ein besonderer lokaler oder qualifikationsbezogener Versorgungsbedarf besteht oder ein Arztsitz einer speziellen Fachrichtung weiterhin benötigt wird.“ Mitversorgeraspekte, die Bedürfnisse Behinderter oder das besondere Angebot von Medizinischen Versorgungszentren wie auch Berufsausübungsgemeinschaften sollen bei den Entscheidungen der Zulassungsausschüsse eine Rolle spielen können.

Wenn sich beispielsweise ein Medizinisches Versorgungszentrum auf einen Sitz beworben hat, kann anstelle der üblichen Kriterien für die Nachbesetzung auch gewürdigt werden, dass dann ein „besonderes Versorgungsangebot“ zur Verfügung steht. Kann ein MVZ also gegenüber einem Zulassungsausschuss glaubwürdig darlegen, dass durch die geplante Nachbesetzung das Versorgungsspektrum zugunsten der Patienten verbessert wird, muss der Praxissitz nicht aufgekauft werden. Auch die Bereitschaft, eine barrierefreie Praxis einzurichten, soll ein Kriterium bei der Nachfolgeentscheidung über eine Praxis sein.

Darüber hinaus greift der Nachbesetzungsverzicht nicht im Fall von Ärzten, die zuvor für mindestens fünf Jahre in einem Gebiet tätig waren, das als unterversorgt eingestuft wurde. Eine Ausnahme können die Zulassungsausschüsse aber auch für Ärztinnen und Ärzte vorsehen, die sich verpflichten, ihren Vertragsarztsitz „in ein schlechter versorgtes Gebiet desselben Planungsbereichs zu verlegen“, so die Ergänzung im Kabinettsentwurf. Als Beispiel werden sehr großen Planungsbereiche angeführt, in denen der Versorgungsgrad zwar insgesamt über 110 Prozent liegt, also formal Überversorgung herrscht, in denen aber in einzelnen Regionen oder auch Stadtteilen Ärzte fehlen.

Ausgeschlossen ist wie bisher schon die Verweigerung der Nachbesetzung auch, wenn Ehepartner, Lebenspartner und Kinder ein Interesse am Praxissitz haben. Das gilt ebenso für vorherige Praxispartner. Im Entwurf wird aber klargestellt: „Die im neuen Satz 4 getroffene Regelung soll verhindern, dass Vertragsärztinnen/Vertragsärzte die Regelungen zum Abbau von Überversorgung durch ein nur kurzzeitiges Anstellungs- oder Jobsharing-Verhältnis umgehen.“ Deshalb muss die gemeinsame ärztliche Zusammenarbeit mindestens drei Jahre bestanden haben.

Zweitmeinung (§ 27b SGB V)

Versicherte erhalten einen Rechtsanspruch, sich vor „mengenanfälligen planbaren Eingriffen“ eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung zur medizinischen Notwendigkeit und Sachgerechtigkeit des Eingriffs einzuholen. Welche Eingriffe dies sind, soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) festlegen. Zusätzliche Zweitmeinungsangebote der Krankenkassen müssen die Anforderungen erfüllen, die der G-BA in diesem Bereich vorgibt. Neben der zahlenmäßigen Entwicklung können auch andere Kriterien vom G-BA herangezogen werden, beispielsweise die demografische Entwicklung. Im Mittelpunkt stehen jedoch Eingriffe, bei denen „das Risiko einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist“. Eine Zweitmeinung sollen sich Versicherte bei allen vertragsärztlich zugelassenen Ärzten und Einrichtungen beziehungsweise zugelassenen Krankenhäusern holen können. Letztere nehmen zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Der G-BA kann für Zweitmeinungsgeber Anforderungen festlegen, um „eine qualitativ hochwertige Erbringung der Zweitmeinung zu unterstützen“: Anforderungen an die Qualifikation, an Strukturen und Prozesse, an die Einbeziehung anderer Ärzte.

Eine Zweitmeinung ist gesonderte Sachleistung in der vertragsärztlichen Versorgung. Für sie soll eine eigene Abrechnungsmöglichkeit im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) geschaffen werden. Als Stichtag ist der 31.3.2016 vorgesehen. Sieht der EBM bis dahin keine Abrechnungsmöglichkeit vor, können Versicherte die Zweitmeinung im Wege der Kostenerstattung einholen. Die Rechnung muss dann in voller Höhe erstattet werden. Finanziert werden soll die neue Leistung über den EBM entweder extrabudgetär (für den Übergang) oder durch eine Anpassung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung.

Eine Zweitmeinung darf nicht der Arzt oder die Einrichtung abgeben, in der der Eingriff durchgeführt werden soll. Denn Ziel ist, „die Unabhängigkeit der Zweitmeinung zu stärken und gleichzeitig falsche finanzielle Anreize zur Zweitmeinungserbringung zu vermeiden“. Unberührt bleiben die Pflicht zur korrekten Indikationsstellung durch den ersten Arzt und der Leistungsanspruch des Versicherten auf Kostenübernahme. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausgesellschaften werden in dem Entwurf verpflichtet, über geeignete Leistungserbringer für eine Zweitmeinung zu informieren. Durch Informationsangebote im Internet oder in Form von Broschüren soll gewährleistet sein, „dass der Versicherte adäquate Hilfestellung bei der Auswahl eines geeigneten Leistungserbringers“ erhält. Auch der indikationsstellende Arzt muss einen Patienten über seinen Anspruch auf eine Zweitmeinung aufklären. Dies soll in der Regel mindestens zehn Tage vor dem geplanten Eingriff geschehen. „In jedem Fall hat die Aufklärung so rechtzeitig zu erfolgen, dass der Versicherte seine Entscheidung über die Einholung einer Zweitmeinung wohlüberlegt treffen kann“, heißt es ergänzend im Kabinettsentwurf. Als Frist für die Umsetzung im G-BA ist der 31.12.2015 vorgesehen.