

Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) – Was ändert sich für Ärzte, Krankenhäuser und Patienten?

von

Prof. Dr. Bernd Halbe
Dr. Ulrich Orłowski
Dr. Uwe K. Preusker
Dr. Herbert Schiller
Joachim Schütz
Prof. Dr. Jürgen Wasem

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Bei der Herstellung des Werkes haben wir uns zukunftsbewusst für umweltverträgliche und wiederverwertbare Materialien entschieden.

Der Inhalt ist auf elementar chlorfreiem Papier gedruckt.

ISBN 978-3-86216-217-8

© 2015 medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg

www.medhochzwei-verlag.de

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Satz: Reemers Publishing Services GmbH, Krefeld

Druck: M. P. Media-Print Informationstechnologie GmbH, Paderborn

Titelbild: DeiMosz und pogonici/Shutterstock

Vorwort

Mit dem Anfang August 2015 in weiten Teilen in Kraft getretenen Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) kommen erneut erhebliche strukturelle Veränderungen auf eine Vielzahl von Akteuren des deutschen Gesundheitssystems zu. Thematisch schließt das Gesetz an das in der 17. Legislaturperiode verabschiedete Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 22.12.2011 an und setzt die mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz vom 22.12.2006 begonnene Linie zur Flexibilisierung der Rahmenbedingungen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung fort, beinhaltet aber auch für die Krankenhäuser einschließlich der Hochschulkliniken und hier insbesondere der Hochschulambulanzen eine Reihe zentraler Veränderungen. Gleichzeitig werden dem Gemeinsamen Bundesausschuss durch das GKV-VSG eine Fülle neuer Aufgaben übertragen, so etwa die Einrichtung des Innovationsfonds und des diesen steuernden Innovationsausschusses.

Weitere wichtige Änderungen stellen etwa die Terminservicestellen da, zu deren Einrichtung nun die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet sind, die Neuregelung der Wirtschaftlichkeitsprüfung für ärztlich verordnete Leistungen mit dem Wegfall der zwingenden Vereinbarung von Richtgrößenvolumina, die Einführung eines Zweitmeinungsverfahrens für bestimmte mengenanfällige, planbare Eingriffe, die Weiterentwicklung der Notfallversorgung, aber auch das deutlich umfassendere Entlassmanagement der Krankenhäuser und die Verpflichtung der Krankenkassen, bei der Umsetzung des Entlassmanagements konkret mitzuwirken. Die wohl wichtigste Veränderung für Medizinische Versorgungszentren stellt dagegen der Wegfall des Erfordernisses der fachübergreifenden Ausrichtung dar; damit sind zukünftig fachgleiche MVZ möglich, so etwa Hausarzt-MVZ oder auch rein zahnärztliche MVZ. Das GKV-VSG fasst außerdem die bisher an unterschiedlichen Stellen geregelten Themen integrierte Versorgung, Strukturverträge und Verträge zur besonderen ambulanten Behandlung unter dem neuen Begriff der „besonderen Versorgung“ zusammen. Außerdem werden die mit dem GKV-VStG eingeführten neuen Regelungen zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung in einigen wichtigen Punkten weiterentwickelt. Schließlich sei noch die Einführung einer frühen Nutzenbewertung von neuen Methoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse erwähnt.

Dieses Buch beschreibt konkret, was die Neuregelungen des GKV-VSG für Vertragsärzte, Krankenhausträger und deren Management, für Medizinische Ver-

sorgungszentren, aber auch für die ärztliche Selbstverwaltung sowie die GKV bedeuten. Zusätzlich zum einleitenden Überblick über die Neuregelungen und den anschließenden detaillierten Erläuterungen dazu enthält das Buch auch eine Synopse, die alle geänderten Paragraphen des Sozialgesetzbuches V sowohl in der alten wie der nun geltenden neuen Fassung beinhaltet. Es bietet dem Leser damit bereits wenige Wochen nach dem Inkrafttreten der Neuregelungen einen direkten Zugang zum Wortlaut wie auch zum Verständnis der Reforminhalte und so eine zuverlässige Basis, sich auf die durch das GKV-VSG veränderte Situation frühzeitig einzustellen. Ein Glossar, in dem die wichtigsten neuen Begrifflichkeiten des GKV-VSG kurz und prägnant erläutert sind, rundet das umfassende Informations- und Erläuterungs-Angebot dieses Buches ab.

Dem Verlag sei ein Wort des Dankes gewidmet, weil er sich – zum wiederholten Male – intensiv und erfolgreich darum bemüht hat, sehr zeitnah zum Inkrafttreten eines zentralen neuen Regelungswerkes für das deutsche Gesundheitswesen ein Buch zur Verfügung zu stellen, das für die Akteure des Systems eine echte Interpretations- und Arbeitshilfe darstellt.

Berlin, Essen, Köln, München, Vantaa, im Juli 2015

Prof. Dr. Bernd Halbe

Dr. Ulrich Orłowski

Dr. Uwe K. Preusker

Dr. Herbert Schiller

Joachim Schütz

Prof. Dr. Jürgen Wasem

Hinweis des Verlags:

Zur besseren Verständlichkeit haben wir bei Vergleichen verschiedener Fassungen den Zusatz a. F. (alte Fassung) angefügt, wenn es sich um eine Fassung von vor Inkrafttreten des GKV-VSG handelt. Ist kein solcher Zusatz angegeben, ist jeweils die neueste Fassung des Gesetzes gemeint.

Wir bedanken uns bei der KBV für die freundliche Genehmigung des Abdrucks der Synopse zum SGB V.

Inhaltsverzeichnis

<i>Vorwort</i>	V
<i>Bearbeiterverzeichnis</i>	XV
<i>Abkürzungsverzeichnis</i>	XVII
A Allgemeine Struktur und Überblick über das Gesetz	1
1 Anlass und Ziel der Gesetzgebung	3
2 Überblick	4
3 Bedarfsgerechte Verteilung des ambulanten vertragsärztlichen Versorgungsangebotes: Abbau von Überversorgung	5
4 Erreichbarkeit des Versorgungsangebotes: Verhinderung und Abbau von Unterversorgung	8
5 Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin und von grundversorgenden Fachärzten	11
6 Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung	12
7 Konvergenz der Gesamtvergütungen	14
8 Neugestaltung der Teilnahme und Vergütung von Hochschul- ambulanzen	15
9 Weiterentwicklung der Notfallversorgung	16
10 Vertragsärztliche Selbstverwaltung	17
11 Terminservicestellen	18
12 Entlassmanagement der Krankenhäuser	19
13 Innovationsfonds und Innovationsausschuss	20
14 Zweitmeinungsverfahren	21
15 Besondere Versorgung	22
16 Bewertung neuer Methoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse	24
17 Klarstellung zur Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	25
18 Neuregelung der Wirtschaftlichkeitsprüfung für ärztlich verord- nete Leistungen	25
19 Ausschluss von Regressforderungen der Kranken- und Pflege- kassen gegenüber Hebammen	26

20	Weiterentwicklung der Vorschriften zur ambulanten spezial- fachärztlichen Versorgung.....	26
21	Weitere Neuregelungen des GKV-VSG.....	27
B	Spezifische Fragestellungen des Gesetzes.....	33
1	Weiterentwicklung der Regelungen für Zu- und Niederlassung von Ärzten und Psychotherapeuten.....	35
1.1	Bedarfsplanung.....	35
1.1.1	Regelungsauftrag an G-BA.....	35
1.1.2	Änderungen.....	35
1.1.2.1	Ermächtigungen sind bei der Feststellung der Über- und Unterversorgung künftig nicht mehr zu berücksichtigten.....	35
1.1.2.2	Zulassungsbeschränkungen in anderen Gebieten nur bei Unterversorgung (nicht schon bei drohender Unterversorgung).....	37
1.2	Strukturfonds zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versor- gung.....	38
1.3	Reduktion und Verzicht auf Gebühren des ZA.....	40
1.4	Praxisfortführung.....	40
1.4.1	Vorbemerkung – die Änderungen im Überblick.....	40
1.4.2	Versorgungsrelevanz als entscheidende Tatbestands- voraussetzung für die Praxisfortführung.....	41
1.4.3	Rechtsfolge, wenn die Praxis (nicht) versorgungsrelevant ist.....	43
1.4.4	Nachbesetzungsverfahren – unabhängig von der Versor- gungsrelevanz der Praxis (Privilegierungstatbestände) ..	45
1.4.5	Verfahren vor den Zulassungsgremien.....	47
1.4.6	Entschädigung bei Ablehnung der Ausschreibung (Einziehung der Praxis).....	47
1.5	Ausnahmen von der Leistungsbegrenzung bei Jobsharing – BAG oder – Anstellung bei bisher unterdurchschnittlichem Praxisumfang.....	49
1.6	Vergrößerung der Kassenpraxis durch Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten.....	50
1.7	Weiterbeschäftigung des Weiterbildungsassistenten nach Abschluss der Weiterbildung.....	51
1.8	Überprüfung der Einhaltung der Versorgungsaufträge durch die KV.....	52
2	Neuregelungen für Praxisnetze, Medizinische Versorgungszentren und Krankenhäuser.....	57
2.1	Förderung von Praxisnetzen.....	57

2.2	Medizinische Versorgungszentren	57
2.2.1	Entfall des Merkmals „fachübergreifend“	57
2.2.2	Erweiterung des Gründerkreises.	58
2.2.3	Gestellung einer Sicherheitsleistung.	59
2.2.4	Nachbesetzungsverfahren und besonderes Versorgungsangebot	59
2.2.5	Verlegung von Arztstellen.	59
2.3	Anpassung der Rahmenbedingungen des Entlassmanagements der Krankenhäuser	60
2.4	Teilnahme der Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung.	61
2.4.1	Ermächtigung bei Unterversorgung oder zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf	61
2.4.2	Inanspruchnahme von Krankenhäusern bei nicht rechtzeitiger Terminvergabe durch eine Terminservicestelle.	61
2.4.3	Inanspruchnahme von Krankenhäusern bei Zweitmeinungsverfahren	61
3	Weiterentwicklung des vertragsärztlichen Vergütungssystems	63
3.1	Einleitung	63
3.2	Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs	64
3.2.1	Hintergrund	64
3.2.2	Regelmäßige Anpassung der Bewertung auf betriebswirtschaftlicher Basis	65
3.2.3	Vergütung delegationsfähiger Leistungen	66
3.2.4	Vergütung bei Einholung von Zweitmeinungen.	67
3.2.5	Vergütung der MRSA-Diagnostik und Eradikationstherapie.	68
3.3	Beratungen und Beschlüsse des Bewertungsausschusses	68
3.3.1	Hintergrund	68
3.3.2	Beschlussfassung über Sachkosten	69
3.3.3	Kompetenz des Erweiterten Bewertungsausschusses	69
3.3.4	Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses	70
3.3.5	Erlass einer Verfahrensordnung; Umgang mit neuen Leistungen.	71
3.4	Weiterentwicklung der Gesamtvergütung	72
3.4.1	Hintergrund	72
3.4.2	Asymmetrische Konvergenz der Gesamtvergütung.	73
3.4.3	Zuschläge für förderungsfähige vertragsärztliche Leistungen in Pflegeeinrichtungen	76
3.4.4	Bereinigung bei Modellvorhaben	77
3.5	Weiterentwicklung der Regelungen zur Honorarverteilung	78
3.5.1	Hintergrund	78
3.5.2	Informationspflichten der Kassenärztlichen Vereinigung	79

Inhaltsverzeichnis

3.5.3	Honorarentwicklung in den Versorgungsbereichen.	79
3.5.4	Honorarverteilung bei anerkannten Praxisnetzen	80
3.5.5	Honorarverteilung bestimmter anästhesiologischer Leistungen.	80
4	Beteiligung und Vergütung von Hochschulambulanzen.	83
4.1	Hintergrund	83
4.2	Ermächtigung kraft des Gesetzes	84
4.3	Erweiterung des Auftrags der Hochschulambulanzen	84
4.4	Differenzierte Zugangswege	85
4.5	Sicherstellung einer angemessenen Vergütung	86
4.6	Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung	87
5	Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung	89
5.1	Auftrag an GB-A zur Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie/Flexibilisierung des Therapieangebots	89
5.1.1	Versorgungssituation.	89
5.1.2	Psychotherapie-Richtlinie – Inhalt.	89
5.1.3	Regelungsauftrag	90
5.1.3.1	Psychotherapeutische Sprechstunden	91
5.1.3.2	Frühzeitige diagnostische Abklärung.	91
5.1.3.3	Akutversorgung.	92
5.1.3.4	Rezidivprophylaxe bzw. Erhaltungstherapie.	92
5.1.3.5	Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens	92
5.1.3.6	Förderung der Gruppentherapie	93
5.2	Delegationen im Rahmen psychotherapeutischer Behandlung.	93
5.3	Ausnahmen von der Leistungsbegrenzung bei Jobsharing-BAG oder –Anstellung bei bisher unterdurchschnittlichem Praxisumfang.	94
5.4	Befugniserweiterung für Psychologische Psychotherapeuten	95
5.4.1	Befugniseinschränkung von Psychologischen Psychotherapeuten.	95
5.4.2	Rückführung der Befugniseinschränkung.	95
5.5	Beratender Fauchausschuss für Psychotherapie	96
6	Angestellte Ärzte	99
6.1	Vorbemerkung	99
6.2	Vertreter für angestellte Ärzte.	101
6.3	Ruhen der Anstellungsgenehmigung	102
6.4	Verlegung/Übertragung einer Angestelltengenehmigung	103
6.5	Plausibilitätsprüfung	103
6.6	Beratender Fachausschuss	104

7 Weiterentwicklung besonderer Versorgungsformen	107
7.1 Gestaltungsmöglichkeiten bei Verträgen für besondere Versorgungsformen	107
7.1.1 Modellvorhaben	107
7.1.2 Strukturverträge	108
7.1.3 Hausarztzentrierte Versorgung	108
7.1.4 Besondere ambulante Versorgung	111
7.1.5 Besondere Versorgung	111
7.1.6 Aufsichtsrechtliche Neuregelung	114
7.2 Innovationsfonds zur Förderung sektorenübergreifender Versorgungsformen/Versorgungsforschung	115
7.2.1 Ziele eines Innovationsfonds	115
7.2.2 Ausgestaltung des Innovationsfonds und seine Verwaltung	116
7.3 Entwicklungen weiterer DMP's	119
7.4 Sicherstellung der Versorgung mit Hebammenleistungen	119
7.4.1 Hintergrund	119
7.4.2 Fortfall des Ersatzanspruches von Kranken- und Pflegekassen bei Behandlungsfehlern	121
7.5 Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung	121
7.5.1 Zugangsvoraussetzung „schwere Verlaufsform“	122
7.5.2 Klarstellung des Begriffs „Unterbrechung“	122
7.5.3 Qualitätsanforderungen für die Teilnahme an der ASV .	122
7.5.4 Abrechnung der ASV-Leistungen	123
7.5.5 Regelung zum Bestandsschutz für Krankenhäuser	123
8 Neuregelung für Notdienste und Notarztdienste	125
8.1 Begriffsklärung	125
8.1.1 Notdienst (Bereitschaftsdienst)	125
8.1.2 Rettungsdienst (Notarztdienst)	127
8.2 Sicherstellungsauftrag der KV auch für selektivvertragliche versorgte Versicherte	127
8.3 Einbeziehung von Nichtvertragsärzten	128
8.4 Sicherstellung des Notdienstes (auch) durch Kooperationen und organisatorische Verknüpfung mit Krankenhäusern	129
8.5 Informationsaustausch mit Landesapothekerkammern über Organisation des Notdienstes	129
8.6 Kooperationen der KVen mit Rettungsleitstellen der Länder ...	130
9 Neuorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung	131
10 Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin und der grundversorgenden Fachärzte	133

11 Verbesserung der Rechte der Versicherten	137
11.1 Rechtsanspruch auf Zweitmeinung bei planbaren Eingriffen . . .	137
11.2 Einrichtung von Terminservicestellen	138
11.3 Neuordnung des Notdienstes	141
11.4 Einrichtung medizinischer Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung/Bes. Berücksichtigung der Versor- gungsbedürfnisse von Menschen mit Behinderung	142
11.5 Wunsch und Wahlrecht des Versicherten bei Reha-Maßnahmen .	142
11.6 Absicherung von Lebendspendern	143
11.7 Heilmittelversorgung bei langfristigem Behandlungsbedarf	143
11.8 MDK: Stärkung der Patientenrechte durch Einrichtung eines Beirates bei den Medizinischen Diensten der Krankenkassen . . .	144
12 Änderungen im Medizinproduktebereich	145
12.1 Hintergrund	145
12.2 Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten	145
12.2.1 Voraussetzung für die Bewertung	146
12.2.2 Durchführung des Bewertungsverfahrens	148
12.2.3 Einstufungen des Nutzens der Methode	148
12.2.4 Beratung durch den G-BA	150
12.2.5 Keine aufschiebende Wirkung	150
13 Anpassungen bei den Verträgen und Vergütungen im Arzneimittel- und Heilmittelbereich	151
13.1 Apothekenabschlag	151
13.2 Schiedsregelung für die Heilmittelrahmenempfehlungen	151
13.3 Vorgaben für Angaben der Heilmittelverordnung und einheitli- che Regelungen zur Abrechnung	152
13.4 Angleichung der Heilmittelpreise	152
14 Änderungen in der Zahnmedizin	155
14.1 Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen	155
14.2 Zweitmeinungsverfahren bei Zahnärzten nicht relevant	156
14.3 Regelung zu Terminservicestellen gelten nicht im zahnärztlichen Bereich	156
14.4 Zahnärztliche MVZ	156
14.5 Keine Anwendbarkeit von § 103 Abs. 3a SGB V	157
14.6 Hochschulambulanzen	157
15 Neugestaltung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen von Ärzten	159
15.1 Hintergrund	159
15.2 Regionalisierung der Prüfung ärztlich verordneter Leistungen . .	160

15.3 Weitere Veränderungen bei den Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen	162
16 Datenschutzfragen	163
C Anhang	165
Synopse	167
<i>Glossar</i>	351
<i>Autorenverzeichnis</i>	369

1 Weiterentwicklung der Regelungen für Zu- und Niederlassung von Ärzten und Psychotherapeuten

1.1 Bedarfsplanung

1.1.1 Regelungsauftrag an G-BA

§ 101 Abs. 1 SGB V gibt das inhaltliche Programm für die Bedarfsplanungs-Richtlinien des G-BA vor.

Nach der Flexibilisierung des gesetzlichen Rahmens der Bedarfsplanung¹ mit dem VStG hatte der G-BA in der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie 2012 zum 1.1.2013 die bisherigen Vorgaben überarbeitet und insbesondere die Planungsbereiche neu strukturiert. Nunmehr wird dem G-BA aufgegeben, die neue Bedarfsplanung weiter zu entwickeln und anzupassen, um dem tatsächlichen Versorgungsbedarf in der vertragsärztlichen Versorgung noch besser gerecht zu werden und eine flächen-deckend bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung mittels kleinräumiger Planung zu fördern.²

Der G-BA hat für eine bedarfsgerechte Versorgung die Tauglichkeit der bisherigen Verhältniszahlen zu überprüfen und diese ggf. insbesondere unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung anzupassen (§ 101 Abs. 1 Satz 7 i. V. m. Abs. 2 Nr. 3 SGB V). Des Weiteren ist dabei die Möglichkeit zur kleinräumigen Planung, insbesondere für die Arztgruppe der „überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte und Psychotherapeuten“ (§ 101 Abs. 4 SGB V) zu prüfen. Letztlich soll der G-BA klären, ob für einzelne Arztgruppen eine Anpassung der Verhältniszahlen oder der räumlichen Planung die neue Bedarfsplanung weiter verbessern kann. Bundesweit maßgebliche Kriterien, wie die Sozial- und Morbiditätsstruktur sind bei der Festlegung der Verhältniszahl mit einzubeziehen (so die Ergänzung von § 101 Abs. 2 Nr. 3 SGB V).

1.1.2 Änderungen

1.1.2.1 Ermächtigungen sind bei der Feststellung der Über- und Unterversorgung künftig nicht mehr zu berücksichtigen

Die Versorgung der GKV-Versicherten wird primär durch zugelassene Vertragsärzte und MVZ sichergestellt. Bleiben dabei Sicherstellungsdefizite quantitativer oder qualitativer Art, haben die Zulassungsausschüsse auf Antrag vorrangig Krankenhausärzte persönlich (§ 116 SGB V i. V. m. § 31a Ärzte-ZV) und nach-

1 Zur Bedarfsplanung s. ausführlich Frehse: Bedarfsplanung. In: Rieger/Dahm/Katzenmeier/Steinhilper (Hrsg): HK-AKM, Beitrag 720 (Stand: 2014) m. w. N.

2 BT-Drs. 18/5123, S. 129.

rangig ärztlich geleitete Einrichtungen zu ermächtigen (§ 31 Ärzte-ZV).³ Unabhängig davon, ob eine Ermächtigung bedarfsabhängig oder bedarfsunabhängig ausgesprochen wurde, oder ob eine Ermächtigung schon von Gesetzes wegen (so z. B. bei den Hochschulambulanzen gem. § 117 SGB V) besteht, war bislang eine Berücksichtigung der persönlich ermächtigten Ärzte oder gar der in einer ermächtigten Einrichtung tätigen Ärzte in der Bedarfsplanung nicht vorgesehen. Dies hat sich mit dem GKV-VStG geändert:

Nach dem neuen § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2b SGB V hat der G-BA in Richtlinien zu regeln, wie die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte bei der Berechnung des Versorgungsgrades berücksichtigt werden.

Wenngleich das Gesetz nur von den ermächtigten Ärzten spricht, sind damit nicht nur die persönlich Ermächtigten gemeint, sondern auch alle Ärzte in ermächtigten Einrichtungen.⁴

Dieser Regelungsauftrag ist von Anfang an auf Kritik gestoßen⁵, weil die Anrechnung insbesondere der bedarfsabhängigen Ermächtigungen, die zudem grundsätzlich befristet erteilt werden, bedarfsplanerische Maßnahmen konterkariert. Werden die ermächtigten Ärzte bei der Berechnung des Versorgungsgrades berücksichtigt, kann der Versorgungsgrad über 110 % steigen, so dass der Landesausschuss nach § 103 Abs. 1 Satz 1 SGB V eine Überversorgung feststellen muss. Der Planungsbereich ist damit für Neuzulassungen gesperrt. Um nun auszuschließen, dass sich z. B. die Ermächtigung eines Krankenhauses auf die Niederlassungschancen von potentiellen Vertragsärzten auswirkt, regelt das GKV-VStG, dass die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte bei der Feststellung der Überversorgung künftig nicht mehr zu berücksichtigen sind (§ 103 Abs. 1 Satz 1 2. HS SGB V).

Korrespondierend sind die Ermächtigungen auch bei der Feststellung der Unterversorgung nicht zu berücksichtigen (§ 100 Abs. 1 SGB V). Das Gesetz spricht ausdrücklich nur die (bereits eingetretene) Unterversorgung an, dem Sinn und Zweck der Regelung entsprechend wird man diese jedoch auch auf die drohende Unterversorgung anzuwenden haben. Folge der Berücksichtigung der Ermächtigungen in der Bedarfsplanung könnte nämlich sein, dass der Versorgungsgrad über die Unterversorgungsgrenze steigt und damit nicht nur die Ermächtigung in Frage gestellt würde, sondern auch viele Sicherstellungsmaßnahmen, die die Feststellung von Unterversorgung bzw. von in absehbarer Zeit drohender Unterversorgung voraussetzen, nicht mehr greifen.

3 Zu den verschiedenen Zulassungs- und Ermächtigungsverfahren (Rechtsgrundlagen, Auswirkungen, Antragerfordernisse, Zuständigkeiten und Verfahren) s. Kremer/Wittmann: Vertragsärztliche Zulassungsverfahren. 2. Aufl. 2014.

4 So die Begründung des GKV-VStG zur Änderung des § 101, BT-Drs. 17/6906, S. 73.

5 Dazu Schiller: Spezifische Fragestellungen des Gesetzes und Auswirkungen auf die Praxis. In: Halbe/Orlowski u. a.: GKV-VStG. 2012, S. 55.

Andererseits ist zu beachten, dass die Feststellung von Unterversorgung immer mit der Obliegenheit der KV verbunden ist, Maßnahmen zu ergreifen, die innerhalb von einer vom Landesausschuss gesetzten Frist zu einer Beseitigung der Unterversorgung führen. Falls es nicht gelingen sollte, die Unterversorgung fristgerecht zu beseitigen, könnte es zu der Situation kommen, dass der Landesausschuss verpflichtet wäre, andere Planungsbereiche zu sperren (§ 100 Abs. 2 SGB V, § 16 Abs. 3 Ärzte-ZV), obwohl im Einzelfall mit Blick auf den Versorgungsbeitrag der ermächtigten Ärzte eine Unterversorgung faktisch nicht mehr besteht.

1.1.2.2 Zulassungsbeschränkungen in anderen Gebieten nur bei Unterversorgung (nicht schon bei drohender Unterversorgung)

Stellen die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen fest, dass in bestimmten Gebieten eines Zulassungsbezirks eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder in absehbarer Zeit droht, haben sie den für die betroffenen Gebiete zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen eine angemessene Frist zur Beseitigung der bereits eingetretenen oder Abwendung der in absehbarer Zeit drohenden Unterversorgung einzuräumen (§ 100 Abs. 1 SGB V).

Eine gewisse Rechtsunsicherheit bestand bislang dahingehend, ob Zulassungsbeschränkungen auch dann anzuordnen sind, wenn nach Ablauf der Frist eine in absehbarer Zeit drohende Unterversorgung nicht abgewendet werden konnte. Während in § 100 Abs. 2 SGB V nur von der Unterversorgung die Rede ist (ohne zwischen der eingetretenen und der in absehbarer Zeit drohenden Unterversorgung zu differenzieren), verpflichtete § 16 Abs. 3 Ärzte-ZV in der bis zum GKV-VSG geltenden Fassung den Landesausschuss nicht nur im Fall des Fristablaufs bei einer bestehenden Unterversorgung, sondern auch dann, wenn „lediglich“ drohende Unterversorgung festgestellt wurde, Zulassungsbeschränkungen anzuordnen. Durch eine entsprechende Ergänzung in § 100 Abs. 2 SGB V beabsichtigte der Gesetzgeber ursprünglich eine Klarstellung im Sinne der bislang gültigen Regelung des § 16 Abs. 3 Ärzte-ZV⁶. Dieses Vorhaben wurde letztlich aber nicht realisiert. Vielmehr hat sich auf einen Änderungsantrag der Fraktion der CDU/CSU und SPD die Auffassung durchgesetzt, dass Zulassungsbeschränkungen in anderen Gebieten nur noch dann angeordnet werden sollen, wenn eine bestehende Unterversorgung nicht fristgerecht beseitigt wurde⁷.

Der erfolglose Ablauf einer Frist des Landesausschusses nach § 100 Abs. 1 Satz 2 SGB V zur Abwendung einer drohenden Unterversorgung bleibt danach sanktionslos. Es wäre demzufolge konsequent gewesen, die Fristsetzung in § 100 Abs. 1 Satz 2 SGB V auf die Beseitigung der bereits eingetretenen Unterversorgung zu beschränken.

⁶ Dazu siehe Ausführungen BT-Drs. 18/4095, S. 112.

⁷ Änderungsantrag Nr. 27, BT-Drs. 18/5123, S. 46 und die Begründung dazu auf S. 128.

2 Neuregelungen für Praxisnetze, Medizinische Versorgungszentren und Krankenhäuser

2.1 Förderung von Praxisnetzen

Bereits durch das Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG)¹ ist § 87b Abs. 2 S. 2 SGB V geändert worden, um Vergütungsanreize für Praxisnetze zu setzen. Diese Änderung ist seinerzeit damit begründet worden, dass mit Zusammenschlüssen von Vertragsärzten verschiedener Fachrichtungen (vernetzte Praxen bzw. Praxisnetze) zur interdisziplinären, kooperativen und wohnortnahen Betreuung der Patienten die ambulanten Versorgungsstrukturen verbessert werden können. Den Kassenärztlichen Vereinigungen war in diesem Zusammenhang die Möglichkeit eingeräumt worden, bei der Verteilung der Gesamtvergütung unter bestimmten Voraussetzungen solche Kooperationen zu fördern, z. B. auch dadurch, dass einem Praxisnetz ein eigenes Honorarbudget zugewiesen werden kann, wenn es nach der entsprechenden Richtlinie der KV anerkannt ist.

Im neuen § 87b Abs. 2 S. 3 SGB V wird jetzt klargestellt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen nunmehr Praxisnetze durch gesonderte Vergütungsregeln fördern müssen, wenn die Praxisnetze von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannt sind. Es können für solche Praxisnetze auch eigene Honorarvolumen als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen nach § 87a Abs. 3 SGB V gebildet werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bestimmt im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Kriterien und Qualitätsanforderungen für die Anerkennung besonders förderungswürdiger Praxisnetze als Rahmenvorgabe für die Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigungen. In diesem Zusammenhang wird insbesondere auch auf spezielle Versorgungsziele abgestellt.

Die Verpflichtung, gesonderte Vergütungsregelungen für anerkannte Praxisnetze vorzusehen, bedeutet einen Eingriff in die Honorarverteilungskompetenz der regionalen Kassenärztlichen Vereinigung.

2.2 Medizinische Versorgungszentren

Auch im Rahmen dieser Reform sind die Regelungen über das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) wieder maßgeblich reformiert worden.

2.2.1 Entfall des Merkmals „fachübergreifend“

Der Gesetzgeber hat das Kriterium „fachübergreifend“ gestrichen, um noch mehr Flexibilität für die Gründung von MVZ zu schaffen. Dies kommt zum einen dem

¹ BGBl. 2011, I, S. 2983 ff.

Erfordernis der Versorgungssicherstellung in ländlichen Gebieten entgegen, zum anderen wird aber auch der Wunsch vieler junger Ärzte berücksichtigt, die lieber als Angestellte, ggfls. auch in Teilzeit, arbeiten wollen. Diese Änderung ist sicherlich zu begrüßen, insbesondere auch wenn man bedenkt, dass es bei der fachübergreifenden Konzeption eines MVZ nie eine ärztlich/medizinische Komponente gegeben hat. Die Notwendigkeit, dass die fachübergreifenden Fächer oder Schwerpunkte im Sinne einer besseren Patientenversorgung miteinander harmonisieren mussten, hat nie bestanden. Zukünftig sind also reine Hausarzt-MVZ oder reine spezialisierte facharztgruppengleiche MVZ möglich. Über § 72 Abs. 1 S. 2 SGB V gilt dies auch für Zahnärzte und Psychotherapeuten.

2.2.2 Erweiterung des Gründerkreises

Während der Kreis der möglichen Gründer eines MVZ durch das GKV-VStG mit Wirkung zum 1. Januar 2012 erheblich eingeschränkt worden ist, ist er nunmehr wieder erweitert worden. Auch Kommunen sollen jetzt MVZ gründen können. Dies ermöglicht es den Kommunen, die Versorgung der Region zu verbessern, wenn Ärzte verfügbar sind, die bereit dazu sind, in einem kommunalen MVZ zu arbeiten. Der Bundesrat hat hierzu vorgeschlagen, statt des Begriffs der Kommunen den der Gebietskörperschaften zu verwenden, um so auch landeseigenen Krankenhäusern den Weg zur MVZ-Gründung zu eröffnen. Letztlich ist es aber bei den Kommunen geblieben, die ja auch an der Versorgung vor Ort am nächsten dran sind. Im neuen Satz 4 wird klargestellt, dass die für Kommunen nach § 105 Abs. 5 SGB V geltenden Einschränkungen beim Betrieb von MVZ durch Kommunen nicht gelten.

Besonderen Charme hat der Umstand, dass Kommunen keine gesonderten Trägergesellschaften für den Betrieb eines MVZ gründen müssen. Sie können MVZ vielmehr – neben den bislang zulässigen privatrechtlichen Formen – in jeder öffentlich-rechtlichen Rechtsform führen, also z. B. auch als Eigen- oder Regiebetrieb. Dies hat unter anderem den Vorteil, dass keine eigenständige juristische Person gegründet werden muss und auch die Stellung einer Sicherheit entfällt.

Des Weiteren ist die Gründereigenschaft i. S. d. § 95 Abs. 1a S. 1 SGB V auf angestellte Ärzte erweitert worden, die auf ihre Zulassung zugunsten der Anstellung im MVZ verzichtet haben, solange sie im MVZ tätig und Gesellschafter des MVZ sind. Auch diese Erweiterung ist zu begrüßen. Es wäre jedoch sinnvoll gewesen, hier noch einen Schritt weiter zu gehen. Man hätte den Kreis auf die Ärzte erweitern sollen, die dem zuvor beschriebenen Arzt in seiner Rolle uneingeschränkt nachfolgen. Nach der derzeitigen Regelung ist nämlich die Veräußerbarkeit der Gesellschaftsanteile am MVZ für den ausscheidenden angestellten Arzt auf andere Vertragsärzte oder sonstige Gründungsberechtigte beschränkt. Ein bislang nicht niedergelassener Arzt ist insoweit leider kein tauglicher Nachfolger.

3 Weiterentwicklung des vertragsärztlichen Vergütungssystems

3.1 Einleitung

Das vertragsärztliche Vergütungssystem ist regelmäßig Gegenstand von Veränderungen, wenn die Politik Gesundheitsreformen beschließt. Bereits mit dem Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz von 1977 wurden grundlegende institutionelle und prozedurale Neuregelungen beschlossen, indem kassenartenübergreifend die Partner auf der Bundesebene auf einen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), der auf der Bundesebene im Bewertungsausschuss von den (damaligen) Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zu vereinbaren war, verpflichtet und die Gesamtverträge nicht mehr auf der Einzelkassen- sondern auf der Landesebene angesiedelt wurden. Mit der Einführung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität durch das Gesundheitsreformgesetz von 1988 und der Festschreibung einer mehrjährigen Budgetierung durch das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 ergaben sich nachhaltige Effekte auf die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen, die bis heute nachwirken.

Eine umfangreiche Vergütungsreform hatte das GKV-Modernisierungsgesetz von 2003 beabsichtigt. Die Reform wurde ab 2004 teilweise umgesetzt; andere Teile dieses komplexen Reformansatzes erwiesen sich allerdings entweder als nicht konsistent oder als nicht umsetzbar. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 unternahm der Gesetzgeber daher einen erneuten Anlauf zur Honorarreform. Dieser zeichnete sich u. a. dadurch aus, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gelockert und die Tragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen verlagert wurde. Zugleich verband der Gesetzgeber die Honorarreform von 2007 mit einer deutlichen Zentralisierung der Entscheidungen, insbesondere durch die Landesebene bindende Beschlüsse des Bewertungsausschusses. Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurden demgegenüber einerseits eine deutliche Zurückverlagerung von Kompetenzen an die regionalen Akteure sowie eine Modifikation der Kräfteverhältnisse zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Institutionen bei der Honorarverteilung vorgenommen, andererseits aber spiegelten sich auch neue Herausforderungen, wie etwa die sich verstärkt abzeichnenden Probleme bei der Wiederbesetzung von Arztsitzen insbesondere im ländlichen Bereich, hierin wider.

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz knüpft im Bereich der vertragsärztlichen Leistungen im Wesentlichen an die durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz geschaffenen Regelungen an und entwickelt diese weiter. In diesem Kapitel wird auf folgende Aspekte der Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz eingegangen:

- Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (Abschn. 3.2),
- Beratungen und Beschlüsse des Bewertungsausschusses (Abschn. 3.3),

- Weiterentwicklung der Gesamtvergütungen (Abschn. 3.4),
- Weiterentwicklung der Regelungen zur Honorarverteilung (Abschn. 3.5)

Es werden jeweils die Neuregelung im Kontext der bisherigen Regelung, die Motive der Neuregelungen und die beabsichtigten Wirkungen erläutert.

3.2 Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs

3.2.1 Hintergrund

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) wurde 1977 im Rahmen des Krankenversicherungs Kostendämpfungsgesetzes (KVKG) eingeführt und hat als (wie der Name programmatisch beschreibt) einheitliches Bewertungssystem die bis dahin vorfindlichen Unterschiede in den kassenartenspezifischen Bewertungssystemen (dem Bewertungsmaßstab Ärzte für die Primärkassen und der Ersatzkassen-Gebührenordnung für die Ersatzkassen) nivelliert.

Heute hat der EBM in der GKV drei Funktionen: Erstens vereinbaren die KVen und die Landesverbände der Krankenkassen den mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundenen Behandlungsbedarf (also die Mengenkomponekte der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung) „als Punktzahlvolumen auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs“ (§ 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V). Der EBM ist insoweit also Ausgangspunkt für die Vereinbarung der von den Krankenkassen an die KVen zu zahlende Gesamtvergütung. Des Weiteren ist der EBM die Basis für die Leistungsabrechnung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer – nur Leistungen, die im EBM beschrieben sind, können, sofern keine gesonderten Vereinbarungen getroffen wurden, gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet werden (§ 2 Abs. 9 Bundesmantelvertrag Ärzte). Schließlich rechnen die Kassenärztlichen Vereinigungen untereinander ärztliche Leistungen bei KV-bezirksübergreifender Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen des sog. „Fremdkassenzahlungsausgleichs“ mit dem EBM ab.

Als Grundlage für die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen wirkt der EBM steuernd in Bezug auf die Erbringung der Leistungen durch die Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung. Einerseits bedeutet dies, dass seine Ausgestaltung beeinflusst, inwieweit zum Beispiel die neuere medizinische oder technische Entwicklung im Leistungsgeschehen abgebildet wird. Andererseits setzt die Auffächerung der Gebührenordnungspositionen in zum Beispiel Einzelleistungen, Komplexpauschalen oder Behandlungsfallpauschalen Anreize hinsichtlich der Menge und Struktur sowie Qualität der erbrachten Leistungen.

Der EBM wird zwar in der Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen im Bewertungsausschuss als Bestandteil des Bundesmantelvertrages vereinbart, aber

seine Ausgestaltung berührt unmittelbar Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung und daher Gegenstände hohen gesundheitspolitischen Interesses. Vor diesem Hintergrund ist die Ausgestaltung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes regelmäßig Anknüpfungspunkt für Regelungen des Gesetzgebers, die im Laufe der Zeit – auch in ihrem Detaillierungsgrad – zugenommen haben. Mit diesen Interventionen will der Gesetzgeber die vermuteten Wirkungen des EBM in die von ihm angestrebte Richtung beeinflussen.

Mit dem GKV-VSG trifft der Gesetzgeber in diesem Kontext Regelungen zur regelmäßigen Anpassung der Bewertungen auf betriebswirtschaftlicher Basis (Abschn. 3.2.2), zur Vergütung delegationsfähiger Leistungen (Abschn. 3.2.3), zur Vergütung bei Einholung von Zweitmeinungen (Abschn. 3.2.4) sowie zur Vergütung von MRSA-Diagnostik und Eradikationstherapie (Abschn. 3.2.5).

3.2.2 Regelmäßige Anpassung der Bewertung auf betriebswirtschaftlicher Basis

Bereits bei seiner Einführung durch das KVKG hatte der Gesetzgeber den Bewertungsausschuss verpflichtet, den EBM „in regelmäßigen Zeitabständen auch daraufhin zu überprüfen, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stande der medizinisch-technischen Entwicklung sowie dem Erfordernis der Rationalisierung und Wirtschaftlichkeit entsprechen“ (§ 368g Abs. 4 Satz 3 RVO i. d. F. d. KVKG). Diese Vorgabe hat der Gesetzgeber auch bei Überführung des Krankenversicherungsrechts in das SGB V 1989 übernommen – hier war von der „Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung“ die Rede (§ 87 Abs. 2 Satz 2 SGB V i. d. F. d. Gesundheitsreform-Gesetzes v. 20.12.1988). Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 hat der Gesetzgeber dann die bis heute geltende Fassung von § 87 Abs. 2 Satz 3 SGB V beschlossen, mit der der Bewertungsausschuss verpflichtet wurde, den EBM unter Verwendung sachgerechter empirischer Stichproben in den Arztgruppen auf betriebswirtschaftlicher Basis zu kalkulieren. Der Bewertungsausschuss selber hatte zuvor bereits mit dem „EBM 2000“ erstmals ein systematisches betriebswirtschaftliches Kalkulationssystem eingeführt; dazu hatte die KBV Grundelemente der Kalkulation ärztlicher Leistungen aus dem Schweizer Arztvergütungssystem TARMED erworben und adaptiert. Im Ergebnis wird die Mehrzahl der ärztlichen Leistungen seitdem mit einem Standardbewertungssystem (STABS) kalkuliert. Die Vorgabe des Gesetzgebers in 2007 vollzog insoweit eine Entwicklung in der Selbstverwaltung nach.

Das GKV-WSG hatte zugleich allerdings die Vorgabe der „regelmäßigen Zeitabstände“ für eine Überprüfung des EBM gestrichen. Mit dem GKV-VSG wird nun die Verpflichtung wieder explizit in das Gesetz geschrieben: Die Leistungsbewertung der EBM-Positionen ist auf in bestimmten Zeitabständen zu aktualisierender betriebswirtschaftliche Basis durchzuführen (Neufassung von § 87

Abs. 2 Satz 3 SGB V durch Art. 1 Nr. 34 Buchst b Doppelbuchst. aa) GKV-VSG). Allerdings hatte der Bewertungsausschuss auch ohne die gesetzliche Verpflichtung selber die Aufgabe einer regelmäßigen Überprüfung gesehen – so hat er etwa in 2012 beschlossen, den EBM neu zu kalkulieren, indem das STABS überprüft und die betriebswirtschaftliche Kalkulationsmethode weiterentwickelt wird.¹

Im Mittelpunkt einer solchen Überprüfung werden zwei Dimensionen stehen müssen: Einerseits ist empirisch zu überprüfen, welche Arbeitszeit der Ärzte mit der Erbringung einer ärztlichen Leistung verbunden ist, denn die Vergütung der für die ärztlichen Leistungen eingesetzten Arbeitszeit stellt eine der wesentlichen Komponenten in der Vergütung der Vertragsärzte dar. Andererseits wird es um die Vergütung der technischen Leistungsanteile gehen, also etwa die Abschreibung der Geräte oder den Einsatz von Praxispersonal. Hier ist insbesondere von Interesse, inwieweit Marktentwicklungen, etwa: die Preisentwicklung medizinischer Geräte, Auswirkungen auf die Kosten der Leistungserbringung haben. In diesem Kontext ist auch die Frage zu untersuchen, inwieweit mit zunehmender Leistungsmenge Kostendegressionsvorteile entstehen, die sachgerechter Weise bei der Kalkulation der Gebührenordnungspositionen berücksichtigt werden sollten.

3.2.3 Vergütung delegationsfähiger Leistungen

Vor dem Hintergrund der Alterung der Bevölkerung einerseits und der sich in einzelnen Regionen abzeichnenden Wiederbesetzungsprobleme für Vertragsarzt-sitze andererseits gilt eine stärkere Verlagerung von Leistungen, die bisher von Ärzten ausgeübt wurden, auf nicht-ärztliche Personen als Möglichkeit, Verknappungsproblemen entgegenzutreten und zugleich Beiträge zur Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung zu leisten. Dies wird unter dem Stichwort der „delegationsfähigen Leistungen“ diskutiert.

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28.5.2008 hatte der Gesetzgeber auf diese Debatte reagiert und den Bewertungsausschuss verpflichtet, bei der Vergütung hausärztlicher Leistungen eine Regelung zu treffen, „nach der ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen..., die in der Häuslichkeit der Patienten in Abwesenheit des Arztes erbracht werden, vergütet werden“ (§ 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V in der Fassung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes). Daraufhin haben die Partner des Bundesmantelvertrages 2009 entsprechende Kostenpauschalen im hausärztlichen Bereich des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes eingeführt und mit Wirkung ab dem Jahr 2015 durch Beschluss des Bewertungsausschusses weiterentwickelt.²

1 Vgl. Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung am 22.10.2012, Online: http://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2012-10-22_ba288_9.pdf [abgerufen am 8.7.2015].

2 Vgl. Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 339. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), Online: http://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2014-11-18_ba339_de_1.pdf [abgerufen am 8.7.2015].

Innovationsausschuss

Zu Durchführung der Förderung innovativer sektorenübergreifender Versorgungsformen und der Versorgungsforschung soll gemäß dem neuen § 92b SGB V beim G-BA bis Anfang 2016 ein Innovationsausschuss als maßgebliches Entscheidungsgremium eingerichtet werden, der die konkreten Förderschwerpunkte und -kriterien festlegt und über die Verteilung der Fördermittel beschließt. Er besteht aus dem unparteiischen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses, drei vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannten Mitgliedern, jeweils einem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft benannten Mitglied sowie zwei Vertretern des Bundesministeriums für Gesundheit und einem Vertreter des Bundesministeriums für Bildung und Forschung; Patientenorganisationen erhalten ein Mitberatungs- und Antragsrecht. Zur Unterstützung des Innovationsausschusses wird beim G-BA eine neu zu bildende eigenständige Geschäftsstelle des Innovationsausschusses eingerichtet.

Investitionskostenabschlag

Bei der Vergütung von Hochschulambulanzen an öffentlich geförderten Krankenhäusern ist ein Investitionskostenabschlag zu berücksichtigen. Im Zuge der Neuregelungen der Honorierung der Hochschulambulanzen durch das GKV-VSG wurde die Höhe des Investitionskostenabschlages auf 5 % begrenzt (bisher 10 % bei pauschalierter Vergütung).

Medizinische Behandlungszentren zur ambulanten Behandlung von versicherten Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung

Die Neuregelung des GKV-VSG zu den besonderen Versorgungsbedürfnissen von Menschen mit Behinderung in § 119c SGB V ermöglicht – entsprechend der bereits für Kinder geltenden Regelung zu sozialpädiatrischen Zentren – die Ermächtigung von medizinischen Behandlungszentren zur ambulanten Behandlung von versicherten Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung durch die Zulassungsausschüsse. Dabei ist die Ermächtigung zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen sicherzustellen. Diese medizinischen Behandlungszentren sollen eine adäquate gesundheitliche Versorgung für Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, die das 18. Lebensjahr überschritten haben, gewährleisten. Sie müssen unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Behandlung bieten. Die Behandlung ist auf diejenigen Erwachsenen auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behinderung durch zugelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte nicht ausreichend behandelt werden können. Zu den in den medizinischen Behandlungs-