



Serie GKV-VSG  
Folge 5

# Richtgrößenprüfung ade – und jetzt?



**Prof. Bernd Halbe,**  
Rechtsanwalt und  
Gründer der Kanzlei  
Dr. Halbe - Rechtsan-  
wältin Köln/Berlin



**Joachim Schütz,**  
Rechtsanwalt  
und Justiziar  
Deutscher Haus-  
ärzteverband e. V.

Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz weicht die Wirtschaftlichkeitsprüfung **regionalen Vereinbarungen**. Von manchen Neuregelungen haben sich Ärztevertreter aber mehr erhofft.

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wird zum 1. Januar 2017 eine weitere Vereinbarung der Regierungsparteien aus dem Koalitionsvertrag umgesetzt. Dort heißt es nämlich: „Wir werden für Arznei- und Heilmittel gesetzlich vorgeben, dass die heutigen Wirtschaftlichkeitsprüfungen bis Ende 2014 durch regionale Vereinbarungen von Krankenkassen und Kassenärztlicher Selbstverwaltung ersetzt werden.“

Konkret wird der mittlerweile auf 21 Absätze und beinahe 3.000 Wörter angewachsene § 106 SGB V, der gegenwärtig die Wirtschaftlichkeitsprüfungen regelt, künftig auf fünf einzelne Paragraphen verteilt, deren Inhalt wie folgt sein wird:

<b>§ 106 SGB V n.F.</b>	Allgemeine Verfahrensregeln
<b>§ 106a SGB V n.F.</b>	Prüfung ärztlicher Leistungen
<b>§ 106b SGB V n.F.</b>	Prüfung ärztlich verordneter Leistungen
<b>§ 106c SGB V n.F.</b>	Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss
<b>§ 106d SGB V n.F.</b>	Abrechnungsprüfung

Die Trennung der Prüfungsarten von ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen in zwei unterschiedliche Vorschriften soll der Tatsache Rechnung tragen, dass in diesen beiden Leistungsbereichen künftig noch mehr als bisher unterschiedliche Prüfungsarten angewendet werden. Die Prüfungsarten zu ärztlichen Leistungen bleiben im Wesentlichen unverändert, die Wirtschaftlichkeitsprüfungen für ärztlich verordnete Leistungen hingegen werden durch regionale Vereinbarungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen ersetzt. Diese Vereinbarungen werden zudem schiedsstellenfähig sein. Dabei sind die Ver-

tragspartner der regionalen Selbstverwaltung darin frei, den Besonderheiten vor Ort Rechnung tragen zu können, gleichwohl werden die

Vertragspartner auf Bundesebene, also Kassenärztliche Bundesvereinigungen und GKV-Spitzenverband, aufgefordert, bundeseinheitliche Rahmenbedingungen zu vereinbaren.

Der Gesetzgeber setzt für die bundeseinheitlichen Regelungen gegenwärtig eine Frist bis zum 31. Oktober 2015. Sollte bis dahin keine Vereinbarung auf Bundesebene zustande gekommen sein, entscheidet das Schiedsamt gemäß § 89 SGB V.

## Wann greift das Schiedsamt ein?

Inhaltlich gibt der Gesetzgeber für die Rahmenbedingungen auf Bundesebene vor,

- dass sie den Mindestumfang der Prüfungen regeln müssen,
- dass der Grundsatz „Beratung vor Regress“ sichergestellt sein muss
- und die besonderen Verordnungsbedarfe für die Verordnung von Heilmitteln festgelegt werden müssen.

Kommen regionale Vereinbarungen ganz oder teilweise nicht bis zum 31. Juli 2016 zustande, setzt den Vertragsinhalt ebenfalls das Schiedsamt fest.

Eine Klage gegen diese Festsetzung hat keine aufschiebende Wirkung. Bis zum Zustandekommen oder der Festsetzung einer Vereinbarung gilt das alte Recht fort. Verordnungen von Heilmitteln für Versicherte mit langfristigem Behandlungsbedarf (chronisch kranke Menschen oder Menschen mit Behinderung) sind auch weiterhin von der Wirtschaftlichkeitsprüfung ausgenommen; dasselbe gilt für Verordnungen im Rahmen von Rabattverträgen gemäß § 130a Abs. 8 SGB V.

## Gleiche Behandlung bei Prüfung

Lediglich klarstellend und damit die derzeitige Praxis bestätigend legt der Gesetzgeber fest, dass Abrechnungsprüfungen bezogen

auf alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte – unabhängig von ihrem vertragsarztrechtlichen Status – sowie auf alle teilnehmenden Praxen, Medizinischen Versorgungszentren und sonstigen Einrichtungen von der Kassenärztlichen Vereinigung durchzuführen sind. Berücksichtigt werden muss dabei der Umfang des jeweiligen Versorgungsauftrages, das heißt dass etwa in Vollzeit angestellte Ärzte und niedergelassene Ärzte mit vollem Versorgungsauftrag („ganze Zulassung“) bei den Zeitprofilen im Rahmen der Plausibilitätsprüfungen gleich zu behandeln sind.

## Fazit

Auf den ersten Blick sind die Neuregelungen zu den Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu

begrüßen, insbesondere soweit es um den Wegfall der Richtgrößenprüfungen geht: Ob allerdings der Ansatz, die regionalen Gesamtvertragspartner zu beauftragen, eigenständige Lösungen zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit zu finden, eine Verbesserung für die Hausärzte nach sich ziehen wird, bleibt abzuwarten.

Bedenken ergeben sich zum Beispiel bei der Rahmenvorgabe „Beratung vor Regress“. Die Neuregelung, die erst auf „Anregung“ der Ärzteschaft in das Gesetz aufgenommen wurde, bleibt hinter den Erwartungen an eine klare Neuregelung zurück. Denn sie löst nicht

die durch die Rechtsprechung aufgeworfene Frage, in welchen Fällen der Grundsatz „Beratung vor Regress“ gilt. Es bleibt zu hoffen, dass hierzu auf der Ebene der Gesamtvertragspartner sachgerechte Lösungen und Antworten gefunden werden. Dies vor allem auch im Hinblick darauf, dass die sogenannte „Regressgefahr“ weiterhin als eines der größten Hemmnisse der Niederlassung von jungen Medizinerinnen und Medizinern, gerade im hausärztlichen Bereich, gilt.

## GKV-VSG – Die Serie

**Teil 1** Verbesserung der Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

**Teil 2** Weiterentwicklung der Hausarztzentrierten Versorgung und der neuen Besonderen Versorgung; Schaffung wettbewerbsneutraler und diskriminierungsfreier Rahmenbedingungen für Selektivverträge

**Teil 3** Fachgleiche Medizinische Versorgungszentren: Chancen und Risiken für Hausärzte

**Teil 4** Kollektivvertrag: Stärkung der Hausärzte in der ärztlichen Selbstverwaltung, Weiterentwicklung der Honorartrennung, Verbesserung des Entlassmanagements und Weiterentwicklung des EBM

**Teil 5** Wirtschaftlichkeitsprüfungen: Regionale Vereinbarungen statt Richtgrößenprüfungen

**Teil 6** Was Hausärzte sonst noch betrifft – ein Ausblick

