



ZIMMERMANN
RECHNET AB



Dr. Gerd W. Zimmermann ist seit 1979 als niedergelassener Allgemeinarzt in Hofheim/Taunus tätig und ebenso lange Mitglied im Deutschen Hausärzteverband. Er ist unser Gebührenordnungsexperte und schreibt regelmäßig für Sie.

Auswirkungen des **GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes** auf die hausärztliche Praxis

Das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der GKV (Versorgungsstärkungsgesetz) ist zwar am 23. Juli 2015 in wesentlichen Teilen in Kraft getreten. Einige Neuerungen, die direkt oder indirekt auch die hausärztliche Tätigkeit tangieren, treten aber erst 2016 in Kraft. Im Folgenden sind die einzelnen Regelungen und deren Auswirkungen auf die hausärztliche Praxis zusammengestellt und durch Tipps zur Umsetzung ergänzt. Wegen des erheblichen Umfangs der Neuerungen erfolgt dies in mehreren Folgen.

Verfahren zur Anerkennung des langfristigen **Heilmittelbedarfs** wird verbessert

§ 32 Abs. 1a SGB V sieht vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) verpflichtet wird, bis zum 30. Juni 2016 Konkretes zur Heilmittelversorgung von Versicherten mit langfristigem Heilmittelbedarf zu regeln. Hierbei soll er insbesondere bestimmen, wann ein langfristiger Heilmittelbedarf vorliegt und inwieweit ein Genehmigungsverfahren bei der Krankenkasse durchzuführen ist.

Dazu ist auch eine Neuregelung im § 73 Abs. 8 S. 9 SGB V zu beachten, die im Zusammenhang mit einer wirtschaftlichen Verordnungsweise von Heilmitteln zu sehen ist. Wichtigste Neuerung ist hier die Verpflichtung zur Nutzung vorgeschriebener elektronischer Programme ab 2017 durch Vertragsärzte.

Die inhaltlichen Vorgaben für die Praxissoftware müssen zuvor von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemeinsam im Bundesmantelver-

trag vereinbart werden. Diese Vereinbarung muss im Rahmen einer angemessenen Übergangsfrist innerhalb eines halben Jahres abgeschlossen sein. Ein Inkrafttreten ist deshalb hier frühestens zum 1. Oktober 2017 zu erwarten.

Die Auflage im SGB V zur Feststellung eines langfristigen Heilmittelbedarfs ist nicht völlig neu und war auch bisher so gültig. Neu ist auch nicht, dass dann - wenn ein Genehmigungsverfahren vorgesehen ist - die Kasse innerhalb von 4 Wochen über die entsprechenden Anträge zu entscheiden hat und ansonsten die Genehmigung als erteilt gilt. Da die Frist für eine solche „automatische“ Genehmigung allerdings unterbrochen wird, wenn ergänzende Informationen seitens des Antragstellers zur Entscheidung erforderlich sind, kam es oft zu einer missbräuchlichen Handhabung. Nur so erklären sich zumindest die meist dümmlichen Nachfragen der Kassen bei einem Antrag im Zusammenhang mit einem langfristigen Heilmittelbedarf eines Patienten beim



an n rechnet ab

Hausarzt. Immerhin sind solche Verordnungen bei anerkanntem langfristigen Heilmittelbedarf nicht Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V und damit für den verordnenden Hausarzt von Bedeutung.

Die Neuerung soll nun dazu führen, dass es gewissermaßen einen konkreten Katalog von Erkrankungen gibt, bei denen ohne die bisherige Möglichkeit der Verschleppung durch die Kassen eine Genehmigung zeitnah erfolgen kann. Wichtig für die hausärztliche Praxis ist hier aber auch die weiterhin bestehende Regelung im SGB V, dass ein Regress – auch bei der Heilmittelverordnung – nur nach vorheriger Beratung beim erstmaligen Auftreten einer deutlichen Überschreitung der Richtgröße möglich ist. Spätestens im Rahmen einer solchen Beratung ist die Anerkennung eines langfristigen Heilmittelbedarfs auch noch nachträglich möglich. Eine neue Gefahr könnte allerdings die erwähnte Einführung einer Verordnungssoftware ab 2017 nach sich ziehen. Deren Programme beinhalten die Informationen aus der Arzneimittel-Richtlinie des G-BA sowie über besondere Versorgungsbedarfe und müssen strikt befolgt werden. Ein Regress bei Zuwiderhandlung ist hier auch ohne vorherige Beratung möglich!



Krankenhausentlassmanagement ein wenig „entbürokratisiert“

§ 39 SGB V sieht vor, dass es den Krankenhäusern künftig bei bestimmten Konstellationen möglich ist, veranlasste Leistungen inklusive der Arzneimittelversorgung zu tätigen und auch die Arbeitsunfähigkeit festzustellen. Bei der Verordnung von Arzneimitteln können Krankenhäuser dabei eine Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gem. der Packungsgrößenverordnung verordnen. Die übrigen veranlassten Leistungen können für die Versorgung in einem Zeitraum von bis zu 7 Tagen getätigt werden. Dies gilt auch für die Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung.



Auch hier wurde der G-BA beauftragt, das Ordnungs- und Feststellungsrecht zu regeln. Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wird der Auftrag erteilt, gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesell-

schaft die weitere Ausgestaltung der Zusammenarbeit der einzelnen Leistungssektoren in einer dreiseitigen Vereinbarung unter Berücksichtigung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bis zum 31. Dezember 2015 in einem Rahmenvertrag zu regeln.

Beachtenswert ist, dass die Neuregelung auch im Rahmen der medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter nach § 41 SGB V gültig ist. Das heißt, auch Reha-Kliniken sind verpflichtet, ein solches Entlassungsmanagement zu gewährleisten. Die Terminfestsetzung betrifft hier ausschließlich die genannten Beratungsgremien, so dass eine Umsetzung vor Ort ebenfalls frühestens zum 1. April 2016 zu erwarten ist. Die im Gesetzestext erwähnten „bestimmten Konstellationen“ dürften in erster Linie die Entlassung von Patienten vor einem Wochenende oder vor Feiertagen betreffen.

Terminservicestellen – wie verhalten wir uns als Hausärzte?

Paragraf 75 Abs. 1a SGB V regelt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen Terminservicestellen einzurichten haben und Versicherten, die mit einer Überweisung einen Termin bei einem Facharzt suchen, einen solchen innerhalb von einer Woche zu vermitteln. Die Wartezeit des Patienten darf dabei vier Wochen nicht überschreiten. Kann innerhalb dieser Zeitspanne kein Termin bei einem niedergelassenen Facharzt angeboten werden, müssen die Terminservicestellen dem Versicherten einen Termin zur ambulanten Behandlung in einem Krankenhaus anbieten.



Bei dieser im Vorfeld sehr stark kritisierten Neuregelung hat der Gesetzgeber einen erheblichen terminlichen Druck erzeugt. Das Gesetz sieht

vor, dass die Partner des Bundesmantelvertrages bestimmte konkretisierende Vorgaben für die Tätigkeit der Terminservicestellen vereinbaren. Diese Vorgaben müssen innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten des GKV-VSG getroffen sein. Darüber hinaus muss die KBV die Auswirkungen der Tätigkeit der Terminservicestellen jährlich auswerten, erstmals bis zum 30.07.2017. Diese Servicestellen müssten so gesehen flächendeckend von den einzelnen KVen zum 1.01.2016 eingerichtet und handlungsfähig sein. Im hausärztlichen Bereich dürfte die Neuregelung zu einer nicht unerheblichen zeitlichen Mehrbelastung führen. So sollen künftig Überweisungen einen Dringlichkeitsvermerk tragen, wenn eine Vermittlung über die Servicestellen



als erforderlich angesehen wird. Welche Diskussionen mit Patienten hier entstehen, wenn eine Überweisung diesen Vermerk nicht trägt, bedarf sicherlich keiner näheren Erläuterung. Es empfiehlt sich deshalb, bei Überweisungen, die der Hausarzt selbst als indiziert erachtet, diese als dringlich zu kennzeichnen und nötige Infos über die Servicestellen für den Patienten zusammen mit der Überweisung abzugeben.



Ambulante Krankentransporte grundsätzlich nur noch nach Genehmigung

Eine Anpassung des § 60 SGB V stellt klar, dass Krankentransporte zu einer ambulanten Behandlung einem Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen unterliegen. Damit werden Unklarheiten im Hinblick auf das Genehmigungserfordernis beseitigt. Nunmehr unterliegen alle Krankentransporte zur ambulanten Behandlungen diesem Genehmigungsvorbehalt.



Die Regelung erfordert eine Anpassung der Krankentransport-Richtlinie im Gemeinsamen Bundesaus-

schluss. Wichtig für die hausärztliche Praxis ist, dass künftig auch Transporte zur ambulanten Behandlung, die bisher keiner Genehmigung unterworfen waren, wie z.B. zur zytostatischen oder Strahlenbehandlung oder Dialyse, nunmehr auch zunächst von der Kasse genehmigt werden müssen. Die im G-BA erforderlichen Beratungen werden allerdings erfahrungsgemäß einen längeren Zeitraum beanspruchen. Da im Gesetz keine Frist für das Inkrafttreten gesetzt ist, dürfte die Neuregelung frühestens 2017 zu erwarten sein.