



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

In der ersten Ausgabe 2016 unserer Verbandszeitschrift hatte ich bereits über wichtige Teile des Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) berichtet. Einige Neuerungen, die direkt oder indirekt auch die hausärztliche Tätigkeit tangieren, treten erst im Laufe dieses Jahres in Kraft oder noch später. In der Folge sind deshalb weitere Regelungen und deren Auswirkungen auf die hausärztliche Praxis als **Teil 2** in dieser Ausgabe zusammengestellt. Weitere Veröffentlichungen folgen.

Hausärzte in KBV und KVen politisch **gleichstellen!**

Nach Paragraph 79 Abs. 3a SGB V neu dürfen künftig in der Vertreterversammlung der KBV über die Belange, die ausschließlich die hausärztliche Versorgung betreffen, nur die Vertreter der Hausärzte, über die Belange, die ausschließlich die fachärztliche Versorgung betreffen, nur die Vertreter der Fachärzte abstimmen. Bei gemeinsamen Abstimmungen müssen

die Stimmen so gewichtet werden, dass eine Parität der Stimmen zwischen Vertretern der Hausärzte und Vertretern der Fachärzte entsteht. Die KBV wird dabei vom Gesetzgeber aufgefordert, weiteres zur Abgrenzung der Abstimmungsgegenstände und zur Stimmen-

gewichtung in der Satzung bis zum vierten auf die Verkündung des GKV-VSG folgenden Kalendermonats zu regeln. Ein entsprechen-

der Satzungsbeschluss muss dabei mit der (ungewichteten) Mehrheit von 2/3 der Stimmen der Mitglieder der Vertreterversammlung gefasst werden.




Die gesetzliche Zeitvorgabe ist bereits überschritten. Die KBV-Vertreterversammlung hat es in zwei Sitzungen nicht geschafft, eine Satzungsänderung, die den Auflagen des Gesetzes Rechnung trägt, zustande zu bringen. Das Bundesgesundheitsministerium hat daraufhin im Rahmen einer Ersatzvornahme eine Regelung vorgegeben, die insbesondere die Stimmen-gewichtung zum Gegenstand hat, mit der bei Abstimmungen nicht mehr wie bisher die Facharztmehrheit die Hausarztmitglieder in der KBV-VV überstimmen kann. Gegen diese Ersatzvornahme wollen KBV und einige KVen juristisch vorgehen.

Da eine eventuelle Klage aufschiebende Wirkung hat, kann es ggf. noch bis Ende 2016 dauern, bis die vorgesehene Gleichstellung von Hausarzt- und Facharztvertretern in den Selbstverwaltungsorganen realisiert werden kann.



Beim **Zweitmeinungsverfahren** kann der Hausarzt helfen

Paragraf 27b SGB V neu sieht ein Zweitmeinungsverfahren für planbare Eingriffe vor, bei denen im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist. Die Zweitmeinung kann bei einem Arzt eingeholt werden, der über eine besondere Expertise verfügt. Zum Kreis der zur Erbringung einer Zweitmeinung Berechtigten gehören neben den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Einrichtungen auch zugelassene Krankenhäuser sowie privatärztlich tätige Ärzte, die zum Zweck des Zweitmeinungsverfahrens an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

 Es ist schon jetzt nicht selten, dass der Hausarzt als Hauptansprechpartner des Patienten auch in den Entscheidungsprozess im Hinblick auf den Ort der Durchführung eines z. B. operativen Eingriffes einbezogen wird. Künftig stehen dem Hausarzt bei dieser Beratungsfunktion Namenslisten der Kasernenärztlichen Vereinigungen und der Landeskrankenhausesellschaften zur Verfügung, die über die berechtigten Ärzte und Einrichtungen informieren, bei denen eine Zweitmeinung eingeholt werden kann. Der Versicherte hat dabei das Recht auf Überlassung von Abschriften der Befundunterlagen aus der Patientenakte, wobei die Kosten, die durch die Zusammenstellung und Überlassung


von Befundunterlagen für die Zweitmeinung entstehen, von der Krankenkasse erstattet werden müssen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) musste bis zum 31.12.15 die notwendigen Regelungen treffen. Wenn spätestens drei Monate nach Inkrafttreten des Beschlusses des G-BA keine Regelung im EBM getroffen wurde, können Versicherte die Zweitmeinung deshalb auch bei den dafür berechtigten Ärzten und Einrichtungen im Wege der Kostenersatzung in Anspruch nehmen. Eine Relevanz für die hausärztliche Praxis ist somit voraussichtlich zum 1. April 2016 zu erwarten.



Gibt es bald weitere **delegationsfähige** Leistungen?

Nach Paragraf 87 Abs. 2a SGB V ist bei künftigen Überprüfungen und Anpassungen im EBM auch der Umfang delegationsfähiger Leistungen zu berücksichtigen. Für diese Überprüfung ist eine Frist von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes, also bis zum 31.03.2016, festgelegt.

 Wegen des zunehmenden Hausärztemangels ist davon auszugehen, dass insbesondere dort weitere Leistungen definiert werden, die an qualifizierte Praxismitarbeiter, wie z. B. die sog. VERAH®, delegiert werden können. Berücksichtigt man, dass in den HZV-Verträgen bereits eine angemessene Finanzierungsgrundlage für die Beschäftigung derartig qualifizierter Praxismitarbeiter geschaffen ist, erweitert sich deren Einsatzmöglichkeit auf diesem Weg. Mit einer Umsetzung von Neuerungen auf dieser Ebene ist wegen der wie üblich langen Vorlaufzeiten allerdings frühestens zum 1. Oktober 2016 zu rechnen.



Wird die **Honorartrennung** endlich korrekt umgesetzt?

Im neuen Paragraf 87b Abs. 1 SGB V wurden klarstellende Regelungen zur Honorartrennung aufgenommen. Demnach sollen in den Honorarverteilungsmaßstäben der einzelnen Länder-KVen klare und dauerhafte Regelungen zur Trennung der haus- und fachärztlichen Vergütung gewährleistet werden. Die KBV hat bereits bekanntgegeben, dass sie insbesondere im Hinblick auf Laborleistungen und psychotherapeutische Leistungen derzeit keinen Handlungsbedarf sieht.



An dieser Stelle kreuzen sich die beiden gesetzlichen Bestimmungen zur Gestaltung der Honorartrennung und das im Paragraf 79 Abs. 3a SGB V geforderte Selbstbestimmungsrecht für Hausärzte in der vertragsärztlichen Selbstverwaltung. Allein schon die Ankündigung der KBV, dass sie bei der Regelung zur Finanzierung von



Laborleistungen keinen Handlungsbedarf sieht, dokumentiert die Notwendigkeit für eine solche Trennungsregelung auch bei der Beschlussfassung. Laborleistungen werden derzeit nämlich nach einer Vorgabe der KBV „paritätisch“ aus dem Honorarvolumen der Hausärzte und Fachärzte finanziert, obgleich der Mammutanteil dieser Honorare in den fachärztlichen Honorarsektor fließt. Auch die im Paragraf 118 SGB V nunmehr mögliche „automatische“ Ermächtigung psychiatrischer Institutsambulanzen und die

Ermächtigung von Hochschulambulanzen nach Paragraf 117 SGB V spielen hier eine Rolle. Künftig ist ein Direktzugang zu den Hochschulambulanzen unter Wegfall des (fachärztlichen) Überweisungsvorbehaltes möglich. Hausärzte können dann – wenn keine Termine zeitnah zur Verfügung stehen oder bei vermutlich nicht ausreichender Qualifizierung – Patienten auch direkt an solche Institutionen überweisen. Dabei muss natürlich gewährleistet sein, dass auch die so entstehenden Honorare ausschließlich zu Lasten des fachärztlichen Honoraranteils gehen. Hier könnte die im Paragraf 87b Abs. 3 SGB V künftig enthaltene Informationsregelung eine Rolle spielen, die KVen verpflichtet, einmal jährlich Informationen über die Grundsätze und Versorgungsziele des Honorarverteilungsmaßstabes zu veröffentlichen. Der einzelne Hausarzt hätte in diesem Fall zumindest die Möglichkeit, auf der Grundlage solcher Informationen gegen seinen Honorarbescheid Widerspruch wegen fehlerhafter Umsetzung des o.g. Paragrafen 87b Abs. 1 SGB V einzulegen.

Umsetzung von HZV-Verträgen wird erleichtert

In einer Ergänzung zum Paragraf 87a Abs. 5 SGB V wird dem Bewertungsausschuss die Aufgabe gestellt, Vorgaben zur Vereinfachung der Bereinigung des Handlungsbedarfs im Falle der KV-übergreifenden Bereinigung zu treffen. Zudem sind durch den Bewertungsausschuss einfache Regelungen für die Fälle, in denen Versicherte aus den Einzelverträgen wieder ausscheiden und in die vertragsärztliche Versorgung zurückkehren, zu beschließen (Paragraf 64 Abs. 3 Satz 5 ff SGB V). Konkret soll künftig sogar ein Verzicht auf eine Bereinigung bei Modellvorhaben mög-

lich sein, wenn das voraussichtliche Bereinigungsvolumen geringer als der Aufwand ist.



Die gesetzliche Neuregelung hat auch Auswirkungen auf das bisher sehr komplizierte Bereinigungsverfahren bei Verträgen zur HZV nach Paragraf 73b SGB V. Für Hausärzte wird es dadurch leichter, an solchen Verträgen teilzunehmen, weil nicht mehr wie bisher, ein defizitäres Ergebnis in Einzelfällen zu befürchten ist. Eine weitergehende Beschlussfassung ist seitens der KBV für Februar/März 2016 vorgesehen. Vorgaben zur pauschalen Ermittlung und Übermittlung des voraussichtlichen Bereinigungsvolumens an die Vertragspartner nach Paragraf 73b Absatz 7 Satz 1 SGB V (HZV-Verträge) sollen Ende September 2016 beschlossen werden.