



GP_Infoblatt

Gesundheitspolitische Informationen

extra

www.bundesgesundheitsministerium.de

Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz

Am 1. Januar 2012 wird das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft treten. Es schafft die Voraussetzungen dafür, dass in allen Regionen Deutschlands – auch in strukturschwachen Gebieten – in Zukunft weiterhin genügend Ärztinnen und Ärzte für eine wohnortnahe, bedarfsgerechte medizinische Versorgung zur Verfügung stehen. Die medizinische Versorgung wird gezielt verbessert. Flexibilisierung und Deregulierung eröffnen allen an der Gesundheitsversorgung Beteiligten größere Handlungsspielräume vor Ort. Die Länder erhalten mehr Mitwirkungs- und Gestaltungsoptionen. Gleichzeitig wird die vertragsärztliche Vergütung flexibilisiert und regionalisiert. Die Krankenkassen können künftig neue Wettbewerbsspielräume nutzen.

Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz sichert gleichzeitig für alle Versicherten den Zugang zu einer hochwertigen und innovativen Versorgung. Es wird schrittweise ein sektorenverbindender neuer Bereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung eingeführt, in dem bestimmte spezialfachärztliche Leistungen unter gleichen Qualitäts- und Vergütungsbedingungen sowohl von Krankenhausärzten als auch von niedergelassenen Vertragsärzten erbracht werden können. Eine bestmögliche Versorgung der Versicherten steht dabei im Mittelpunkt und nicht mehr die Frage, wer die Leistung erbringt.

Zudem verbessert das GKV-Versorgungsstrukturgesetz die Voraussetzungen dafür, dass Innovationen möglichst rasch und gezielt in die Versorgung einfließen und den Patienten zugutekommen. Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält ein neues Instrument zur Erprobung nichtmedikamentöser Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

Die wesentlichen Maßnahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes sind im Folgenden in einer Übersicht zusammengestellt:

Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung: Weiterentwicklung der Bedarfsplanung

Zielgenauere und regionalen Besonderheiten Rechnung tragende flexible Ausgestaltung der Bedarfsplanung mit erweiterten Einwirkungsmöglichkeiten der Länder:

- Flexibilisierung der Planungsbereiche.
- Anpassung der Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad für alle Arztgruppen künftig allein nach sachgerechten Kriterien und nicht mehr stichtagsbezogen.
- Gesetzliche Vorgabe zur Berücksichtigung von Demografie bei der Anpassung der Verhältniszahlen.
- Möglichkeit auf Landesebene, bei der Aufstellung des Bedarfsplanes von der Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA abzuweichen, um regionale Besonderheiten zu berücksichtigen.
- Einbeziehung von an der Versorgung teilnehmenden Krankenhausärzten in die Bedarfsplanung.
- Erweiterung der Möglichkeit zur Erteilung von Sonderbedarfszulassungen.
- Stärkung der Einwirkungsmöglichkeiten der Länder unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten.
- Förderung des Verzichts auf Zulassungen in überversorgten Gebieten. Möglichkeit des Zulassungsausschusses, die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes in einem überversorgten Planungsbereich abzulehnen. Möglichkeit, Vertragsärzten in Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad zwischen 100 und 110 Prozent befristete Zulassungen zu erteilen.

Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung: Ausbau und Flexibilisierung der Sicherstellungsinstrumente

Ausbau der Instrumente zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung mit entsprechenden Anreizen auch im Vergütungssystem und der Förderung flexibler Versorgungskonzepte:

- Herausnahme von Leistungen aus der Mengengrenzung (zum Beispiel Abstaffelung) in strukturschwachen Gebieten.
- Möglichkeit für Preiszuschläge für besonders förderwürdige Leistungen sowie Leistungen von besonders förderungswürdigen Leistungserbringern in strukturschwachen Gebieten.
- Kassenärztliche Vereinigungen können Strukturfonds einrichten und damit gezielt Niederlassungen fördern.
- Bei lokalem Versorgungsbedarf können Krankenhäuser und Ärzte in Reha- und Pflegeeinrichtungen zur Versorgung ermächtigt werden.
- Sektorenübergreifende Organisation des ärztlichen Notdienstes.
- Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erhält die Möglichkeit, in Organisationsrichtlinien Vorgaben für die Umsetzung einer künftig einheitlichen europäischen Notdienstnummer aufzustellen.
- Verbesserung der Möglichkeiten für Kassenärztliche Vereinigungen, Eigeneinrichtungen zu betreiben.
- Auch Kommunen können künftig in begründeten Ausnahmefällen mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung Eigeneinrichtungen betreiben.
- Aufhebung der Residenzpflicht für Vertragsärzte.
- Unterstützung mobiler Versorgungskonzepte wie zum Beispiel Tätigkeit an weiteren Orten und Bildung von Zweigpraxen.
- Erleichterte Grundlagen zur Delegation ärztlicher Leistungen an andere Gesundheitsberufe.
- Förderung der Telemedizin.

Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung: bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf

- Die Möglichkeit für Vertragsärztinnen, sich im zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung vertreten zu lassen, wird von sechs auf zwölf Monate verlängert.
- Die Möglichkeit für die Beschäftigung einer Entlastungsassistentin bzw. eines Entlastungsassistenten wird für die Erziehung von Kindern für bis zu 36 Monate sowie für die Pflege von Angehörigen für bis zu sechs Monate eröffnet. Die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten die Möglichkeit, den 36- bzw. 6-Monats-Zeitraum zu verlängern.
- Bei der Entscheidung über die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes in einem gesperrten Bereich werden Kindererziehungs- bzw. Pflegezeiten, durch die eine ärztliche Tätigkeit unterbrochen wurde, fiktiv berücksichtigt.

Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems

- Die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten die alleinige Verantwortung für die Honorarverteilung, die nach haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichen getrennt wird. Dabei können sie auch Kooperationen, wie vernetzte Praxen, gemäß bestimmten Qualitätsanforderungen anerkennen und ausgerichtet an definierten Versorgungszielen finanziell fördern. Die KBV hat in Richtlinien hierzu Vorgaben zu bestimmen. Bei der Verteilung der Gesamtvergütung ist ein Honorarverteilungsmaßstab anzuwenden, der von der Kassenärztlichen Vereinigung im Benehmen mit den Krankenkassen festgesetzt wird.
- Die Vertragspartner auf regionaler Ebene erhalten mehr Gestaltungsmöglichkeiten bei ihren Vereinbarungen über die Gesamtvergütungen. Die Kassenärztliche Vereinigung vereinbart mit den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten die Anpassung des notwendigen Behandlungsbedarfs und damit den maßgeblichen Faktor für die Veränderung der Höhe der Gesamtvergütungen.
- Zentrale Vorgaben der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene für die Gestaltung der Vergütungen werden ganz oder teilweise zurückgenommen und/oder auf Empfehlungen beschränkt.
- Überregulierungen werden abgebaut: Der Grad der Pauschalierung der EBM-Vergütungen wird zurückgeführt, damit förderungswürdige Einzelleistungen und Leistungskomplexe berücksichtigt werden können. Um die Inanspruchnahme und den Behandlungsbedarf entsprechend der Morbidität sachgerechter abbilden zu können und Fehlanreize zu vermeiden, sollen die EBM-Pauschalen zudem nach „neuen“ und „bereits in der Praxis behandelten Patienten“ sowie nach dem Schweregrad der Erkrankung differenziert werden.
- Die Regelung zur Ausgabenbegrenzung extrabudgetärer (vertragsärztlicher) Leistungen durch das GKV-FinG wird aufgehoben, insbesondere zur Förderung des ambulanten Operierens als ambulante Leistungen.

Reform des vertragszahnärztlichen Vergütungssystems

- Der Vorrang des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität und die strikte Anbindung an die Grundlohnsummenentwicklung bei der Anpassung der Gesamtvergütungen werden aufgegeben.
- Den regionalen Vertragspartnern werden größere Verhandlungsspielräume für die Vereinbarungen der Gesamtvergütungen eröffnet. Es werden neue Kriterien vorgegeben, um bedarfsgerechte und den morbiditätsbedingten Leistungsbedarf widerspiegelnde Vergütungen zu ermöglichen.
- Durch die einmalige Ermittlung durchschnittlicher Punktwerte und Berücksichtigung dieser Werte als Ausgangsbasis bei Vergütungsvereinbarungen werden Belastungsunterschiede zwischen den Krankenkassen beseitigt und Chancengleichheit im Wettbewerb hergestellt.

- Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erhalten die alleinige Verantwortung für die Honorarverteilung. Bei der Verteilung der Gesamtvergütung ist ein Honorarverteilungsmaßstab anzuwenden, der von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung im Benehmen mit den Krankenkassen festgesetzt wird.

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

- Es wird stufenweise eine ambulante spezialfachärztliche Versorgung für Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltenen Erkrankungen und hochspezialisierten Leistungen als eigenständiger Bereich im Gesundheitsversorgungssystem der GKV mit gleich hohen speziellen Qualifikationsanforderungen für niedergelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und Krankenhäuser geschaffen.
- Die Konkretisierung erfolgt durch den Gemeinsamen Bundesausschuss im Rahmen gesetzlicher Vorgaben durch Richtlinien. Darin erfolgt für alle Leistungserbringer eine einheitliche Festlegung der jeweiligen medizinisch-inhaltlichen Anforderungen sowie der besonderen Maßnahmen zur Qualitätssicherung.
- Grundsätzlich besteht freier Zugang für Leistungserbringer, wenn die Erfüllung der jeweils festgelegten Anforderungen nachgewiesen werden kann.
- Die Vergütung erfolgt vorläufig nach einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM). Mittelfristig wird eine diagnosebezogene Vergütungssystematik und -kalkulation entwickelt.

Innovative Behandlungsmethoden

- Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält ein neues Instrument zur Erprobung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, deren Nutzen noch nicht mit hinreichender Evidenz belegt ist. Er kann innovative Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Potenzial künftig zeitlich begrenzt unter strukturierten Bedingungen bei gleichzeitigem Erkenntnisgewinn unter Aussetzung des Bewertungsverfahrens erproben.
- Die angemessene Beteiligung und Beratung der betroffenen Fachkreise im G-BA-Verfahren wird gesichert.
- Die Anbieter einer innovativen Methode erhalten das Recht, beim Gemeinsamen Bundesausschuss eine Erprobung zu beantragen.
- Die Finanzierung der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung erfolgt über den Systemzuschlag nach §§ 91, 139c SGB V; die Hersteller werden an der Finanzierung beteiligt.

Weiterentwicklung der Strukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses

- Die Strukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses werden weiterentwickelt mit dem Ziel, Legitimation und Akzeptanz der Entscheidungen zu erhöhen sowie die erforderliche Transparenz und die Beteiligungsmöglichkeiten weiter zu stärken.

- Die Neutralität der Unparteiischen und deren Stellvertreter wird wesentlich gestärkt. Zukünftig können nur solche Personen als Unparteiische berufen werden, die im vorangegangenen Jahr nicht bei den Trägerorganisationen oder deren Mitgliedsverbänden beschäftigt waren oder sonst aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit etwa als Arzt den Interessen einer Trägerorganisation nahestehen. Die Amtszeit im Beschlussgremium wird von vier Jahren auf sechs Jahre verlängert. Eine weitere anschließende Amtszeit der Unparteiischen wird ausgeschlossen.
- Der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages kann die von den Trägerorganisationen vorgeschlagenen Unparteiischen und deren Stellvertreter anhören und ihrer Berufung mit qualifizierter Mehrheit widersprechen, wenn er die Unabhängigkeit oder Unparteilichkeit als nicht gewährleistet ansieht.
- Bei Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses, von denen nicht jede der drei Leistungserbringerorganisationen wesentlich betroffen ist, werden die Stimmen der nicht betroffenen Leistungserbringerorganisationen jeweils zu gleichen Teilen auf die Mitglieder der betroffenen Leistungserbringerorganisationen übertragen.
- Für Beschlüsse, die wegen des Ausschlusses von bisher zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen besondere Auswirkungen auf die Versorgung haben und mit sektorenübergreifender Stimmverteilung getroffen werden, wird ein Mindestquorum von neun Stimmen eingeführt, das etwa einer Zweidrittelmehrheit entspricht, um diese weitreichenden Entscheidungen auf eine breitere Akzeptanzbasis zu stellen.
- Bei den jeweiligen Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses erhalten stellungnahmeberechtigte Verbände und Institutionen das Recht, auch mündlich angehört zu werden.
- Bei Beschlüssen zu den Bedarfsplanungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses erhalten die Länder ein Mitberatungsrecht.
- Bei Beschlüssen zur Qualitätssicherung werden die Bundespsychotherapeutenkammer bzw. die Bundeszahnärztekammer beteiligt, soweit ihre jeweiligen Belange berührt sind.
- Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) erhält zukünftig ein Stimmrecht bei Beschlüssen und Richtlinien, die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung personenbezogener oder -beziehbarer Daten regeln.

Stärkung wettbewerblicher Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen

- Die Angebotsmöglichkeiten der Krankenkassen für Satzungsleistungen werden deutlich ausgeweitet.
- Dies gilt für Vorsorge- und Reha-Maßnahmen, künstliche Befruchtung, zahnärztliche Behandlung (ohne Zahnersatz), nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe, Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern.

Weitere Regelungen

- Krankenkassen sollen künftig Satzungsregelungen zur **Haushaltshilfe** über den Pflichtleistungsanspruch hinaus für den Fall vorsehen, dass Versicherten wegen einer ambulanten Krankenbehandlung die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist, etwa die Gewährung von Haushaltshilfe auch an Alleinstehende.
- Verbesserung des **Entlassmanagements** nach Krankenhausaufenthalt.
- Verbesserung der **zahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen oder Menschen mit Behinderungen**, die die Zahnarztpraxis aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit oder Behinderung nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können, durch die Einführung einer zusätzlichen Vergütung für die erforderliche aufsuchende Betreuung durch den Zahnarzt.
- Gesetzliche Klarstellung, dass der Sicherstellungsauftrag auch beinhaltet, Versicherten in einem **angemessenen Zeitraum fachärztliche Versorgung** zukommen zu lassen.
- **Klarstellung im Leistungsrecht**, dass Versicherte mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, eine noch nicht allgemein anerkannte Leistung beanspruchen können, wenn Aussicht auf Heilung oder eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht (Klarstellung des Geltungsumfanges des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 6. Dezember 2005 – BvR 347/98 –).
- Gezielte Regelungen, die den Versicherten im Falle von **Krankenkassenschließungen** den Kassenwechsel erleichtern und dabei die unterbrechungsfreie Krankenversicherung sicherstellen sowie die Befugnisse der Aufsichtsbehörden bei Pflichtverletzungen von Kassenvorständen stärken.
- Modifizierung der Zulassungsregelungen für **medizinische Versorgungszentren** zur Stärkung der Freiberuflichkeit und zur Sicherung der Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen.
- Stärkung des Grundsatzes „Beratung vor Regress“ bei **Wirtschaftlichkeitsprüfungen** im Arzneimittel- und Heilmittelbereich und Schaffung von Transparenz im Rahmen der Richtgrößen und bei der Anerkennung von Praxisbesonderheiten im Heilmittelbereich.
- **Ablösung der Richtgrößenprüfung im Arzneimittelbereich in einer Modellregion** befristet auf drei Jahre. Die Selbstverwaltung kann hierzu einen Medikationskatalog auf Wirkstoffbasis vereinbaren, um insbesondere die Verbesserung der Therapietreue der Patienten, der Arzneimittelsicherheit und der Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung zu erproben.
- Neuausgestaltung der Regelungen zur **Datentransparenz** mit dem Ziel, die Datengrundlage für die Versorgungsforschung und die Weiterentwicklung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung zu verbessern.
- Neuregelung des Verfahrens zur **Versicherteninformation** mit dem Ziel, zur Verbesserung der Transparenz den Versicherten einen unkomplizierten Zugang zu Informationen über die von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten zu ermöglichen.
- Stärkung der **ambulanten Rehabilitation**. Ambulante Rehabilitationseinrichtungen werden den stationären gleichgestellt, indem einheitliche Versorgungsverträge geschlossen werden. Zudem wird auch für die ambulante Rehabilitation ein Schiedsverfahren zu den Vergütungsverträgen vorgesehen.
- Genehmigung **notwendiger Heilmittelbehandlungen** bei langfristigem Behandlungsbedarf.
- Stärkung der **pädiatrischen Hochschulambulanzen**. Bei der Vergütung pädiatrischer Hochschulambulanzen sind Vergütungsvereinbarungen für vergleichbare Leistungen der sogenannten Kinder- und jugendmedizinischen Spezialambulanzen anderer Krankenhäuser zu berücksichtigen.
- **Entbürokratisierung** in verschiedenen Bereichen, z. B.
 - Wegfall der Verpflichtung zur Vereinbarung ambulanter Kodierrichtlinien,
 - Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Abrechnungsverfahren bei der Versorgung mit Hilfsmitteln und Krankenfahrten,
 - Möglichkeit zur Nutzung von Routinedaten der Krankenkassen zur Qualitätssicherung,
 - Entlastungen bei der Zulassung und Durchführung von DMP.
- Mehr Transparenz durch **Veröffentlichung der zentralen Ergebnisse der Jahresrechnung der Krankenkassen**; obligatorische Prüfung und Testierung der Jahresrechnung durch Wirtschafts- bzw. Buchprüfer.

Diese Information wird Ihnen überreicht von:

Impressum

Herausgeber: Bundesministerium für Gesundheit, Kommunikationsstab, 11055 Berlin **V. i. S. d. P.:** Christian Albrecht
Gestaltung: A&B One **Druck:** Silber Druck oHG