

# MedTech ambulant № 04/11

15. Dezember 2011; Empfänger: 1340

## GKV-Versorgungsstrukturgesetz – Medizintechnik und Hilfsmittel

### Übersicht relevanter Regelungen

**§ 11 Abs. 6 SGB V:** Als Wettbewerbsinstrument erhalten die Krankenkassen mehr Freiheiten für die Gestaltung von Satzungsleistungen. Dies kann z. B. auch die ärztliche Leistung oder den Hilfsmittelbereich betreffen.

**§ 33 Abs. 9 SGB V:** Es wird eine Mehrkostenregelung für Intraokularlinsen mit Zusatznutzen eingeführt.

**§ 84 Abs. 8 SGB V:** Die KBV und der GKV-Spitzenverband sollen bundesweite Praxisbesonderheiten festlegen.

**§ 87 SGB V:** Telemedizinisch erbringbare ärztliche Leistungen sollen definiert und im EBM berücksichtigt werden.

**§ 116 b SGB V:** Es wird schrittweise ein Sektoren verbindender neuer Bereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung eingeführt. Hier sollen bestimmte hochspezialisierte fachärztliche Leistungen unter gleichen Qualitäts- und Vergütungsbedingungen sowohl von Krankenhausärzten als auch von niedergelassenen Vertragsärzten erbracht werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird dazu Indikationen und Anforderungen festlegen.

**§ 128 Abs. 2 SGB V:** Es ist Ärzten untersagt, sich an Unternehmen von Leistungserbringern zu beteiligen, wenn das ihr Überweisungsverhalten maßgeblich bestimmt. Zuweisungen von Versicherten gegen Entgelt oder andere wirtschaftliche Vorteile sind verboten. Dies gilt auch für die unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten, Materialien und die Gestellung von Räumlichkeiten, sofern sie das Ordnungs- und Zuweisungsverhalten beeinflussen.

**§ 137 c und e SGB V:** Der G-BA kann auf Eigeninitiative neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zur zeitlich begrenzten und strukturierten Erprobung zulassen, deren Nutzen noch nicht mit hinreichender Evidenz belegt ist. Erstmals können auch Hersteller eine Erprobung beim G-BA beantragen. Ziel ist die Gewährleistung eines schnelleren Zugangs von Innovationen für die Patienten im ambulanten Bereich.

**§ 295 Abs. 3 SGB V:** Die Einführung übergeordneter nationaler Kodierrichtlinien für den ambulanten Sektor entfällt.

**§ 303 a SGB V:** Die Datenlage für die Versorgungsforschung soll verbessert werden.

### Zielsetzung des GKV-VStG

Zum 01.01.2012 tritt das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) in Kraft. Mit dem Gesetz soll eine flächendeckende, bedarfsgerechte und wohnortnahe medizinische Versorgung der Bevölkerung sichergestellt und verbessert werden. Die demographische Entwicklung, unterschiedliche Ver-

sorgungssituationen in Ballungsräumen und ländlichen Regionen sowie der medizinisch-technische Fortschritt müssen dabei berücksichtigt werden. Die Länder sollen z. B. bei der Bedarfsplanung Mitwirkungs- und Gestaltungsoptionen erhalten. Zudem soll die vertragsärztliche Vergütung flexibilisiert und regionalisiert werden.



### Beratung vor Regress und Versorgungsverbesserungen

Das GKV-VStG beinhaltet Änderungen im Bereich der Richtgrößen- und Wirtschaftlichkeitsprüfung. Das Prinzip "Beratung vor Regress" ist von einer Soll- in eine Muss-Vorschrift umgewandelt worden. D. h. bei einer erstmaligen Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 % darf kein Regress festgesetzt werden, bevor dem betroffenen Vertragsarzt nicht zumindest eine einmalige Bera-

tung angeboten wurde.

Im Bereich der Heilmittelverordnung bei langfristigem Behandlungsbedarf unterliegen durch die Krankenkassen genehmigte Heilbehandlungen nicht mehr der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Diese vorab genehmigten Daueranordnungen gelten als wirtschaftlich und belasten das Richtgrößenvolumen des Arztes nicht.

### Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal

Bereits jetzt regelt der § 28 Abs. 1 SGB V, dass zur ärztlichen Behandlung auch die Hilfeleistungen anderer Personen gehören, die vom Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten sind. Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wird diese Regelung konkretisiert. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband haben den Auftrag festzulegen, wann nichtärztliche Mitarbeiter ärztliche Leistungen erbringen können und welche Anforderungen an die Erbringung zu stellen

sind. Dazu soll binnen 6 Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes eine Liste von delegierbaren ärztlichen Leistungen erarbeitet werden. Diese Aufstellung delegationsfähiger Leistungen soll nicht abschließend sein und wird zukünftig Teil des Bundesmantelvertrages. Die Anordnung durch den Arzt sowie die medizinische und juristische Verantwortung bleibt beim Vertragsarzt. Vorrangig sollen insbesondere Ärzte in unterversorgten Regionen mit dieser Maßnahme entlastet werden.

### Mehrkostenregelung für Intraokularlinsen

Bislang ist die Behandlung von GKV-Versicherten mit Grauem Star in der Regel nur mit monofokaler Intraokularlinse eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Wählte der Versicherte eine Intraokularlinse mit Zusatznutzen (z. B. Multifokallinse), musste er die Gesamtkosten der Behandlung selbst tragen. Mit dem neuen Gesetz wird nun eine vergleichbare Mehrkostenregelung, wie für Hilfsmittel, geschaffen. Damit muss die Krankenkasse künftig –

unabhängig von der Wahl der Linse – die Kosten der Standardbehandlung (ärztliches Honorar und Kosten der Standardlinse) übernehmen. Der Patient trägt nur noch den Differenzbetrag zwischen Standard- und Sonderlinse sowie die Mehrkosten für zusätzliche ärztliche Leistung. Diese zusätzlichen ärztlichen Leistungen werden über GOÄ abgerechnet. Entsprechend dieser neuen Regelung müssen die Gebührenordnungen angepasst werden.