

GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) von RA Dr. Stefan Stelzl

Das GKV-VSG wurde vom Bundeskabinett am 17.12.2014 beschlossen. Angesichts der derzeitigen Mehrheitsverhältnisse im Deutschen Bundestag wird das Gesetz wohl in dieser Form beschlossen werden.

1. Die beiden wichtigsten Änderungen werden

- **die gravierende Erschwerung der Praxisabgabe / Praxisübergabe sowie**
- **die Möglichkeit der Gründung von fachgleichen Medizinischen Versorgungszentren (fachgleiche MVZ) sein. MVZs werden zukünftig auch für Zahnärzte möglich sein, wo dies bislang von den Zulassungsausschüssen abgelehnt worden war.**

2. Zur Praxisübergabe nach dem GKV-VSG im Einzelnen:

Viele Praxen werden nach dem Willen des Gesetzgebers nicht mehr nachbesetzt werden können. Der Gesetzgeber möchte Vertragsarztsitze, die für eine bedarfsgerechte Versorgung nicht benötigt werden, konsequent abbauen.

Vertragsarztsitze, deren Ausschreibung vom Zulassungsausschuss abgelehnt wird, können dann nur noch auf Wegen übertragen werden, die keine Ausschreibung erfordern. Hier bietet sich insbesondere der Verzicht auf die Zulassung gegen Anstellung bei einem anderen Vertragsarzt oder in einem MVZ an. Diese Möglichkeiten der Praxisabgabe werden an Bedeutung zunehmen.

2.1. Nach § 103 Abs. 3a SGB V **soll** (bisherige Regelung: „kann“) der Zulassungsausschuss zukünftig Anträge auf Ausschreibung von Vertragsarztpraxen in überversorgten Gebieten ablehnen. Dem Ausschreibungsantrag soll nur noch dann stattgegeben werden,

- wenn ein besonderer lokaler oder qualifikationsbezogener Versorgungsbedarf besteht. Damit sollen faktisch Sitze nur noch nachbesetzt werden, wenn die Voraussetzungen einer Sonderbedarfszulassung bestehen. Dies wird nur bei den wenigsten Praxen der Fall sein, oder
- wenn ein Arztsitz einer speziellen Fachrichtung weiterhin benötigt wird, oder
- wenn die Praxis von einem Ehegatten, Lebenspartner oder Kind des bisherigen Vertragsarztes fortgeführt werden soll, oder
- wenn die Praxis von einem angestellten Arzt oder einem BAG-Partner des bisherigen Vertragsarztes fortgeführt werden soll. Das Anstellungsverhältnis oder die BAG müssen dabei aber bereits **mindestens drei Jahre** gedauert haben. Maßgeblich für die Berechnung soll der Tag der ersten Lesung des Gesetzes im Deutschen Bundestag sein, nicht etwa der Tag des Inkrafttretens des Gesetzes!

- wenn sich der Nachfolger verpflichtet, die Praxis innerhalb desselben Planungsbereichs in ein schlechter versorgtes Gebiet (z.B. einen anderen Ortsteil oder eine andere Gemeinde) zu verlegen, wenn dort ein Versorgungsbedarf in dem Fachgebiet besteht.
- wenn der Nachfolger fünf Jahre in einem unterversorgten Gebiet tätig war.

3. Weitere Versorgungsgründe sind nach den Vorgaben des Gesetzgebers zwar möglich, sie werden aber in der Gesetzesbegründung nicht näher definiert. Hier liegt eine Chance für abgebende Praxen, doch noch nachbesetzt zu werden. Allerdings ist man dabei auf den good-will der Zulassungsausschüsse angewiesen. In der Gesetzesbegründung sind nur „Mitversorgungsaspekte“, „Versorgungsbedürfnisse von Menschen mit Behinderung“ und der „Erhalt eines besonderen Versorgungsangebots eines MVZ oder einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)“ genannt.

4. Weitere Regelungen des Versorgungsstärkungsgesetzes:

- Das Gesetz gibt den Verantwortlichen vor Ort mehr Möglichkeiten, stärkere Anreize für eine Niederlassung in unterversorgten oder strukturschwachen Gebieten zu setzen. Dazu wird die Einrichtung eines Strukturfonds zur Förderung der Niederlassung erleichtert und die Fördermöglichkeiten werden erweitert.
- Zudem werden die Gründungsmöglichkeiten für medizinische Versorgungszentren weiterentwickelt. Kommunen können durch Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums insbesondere in ländlichen Regionen aktiv die Versorgung mitgestalten.
- Um die hausärztliche Versorgung nachhaltig zu stärken wird die Zahl der mindestens zu fördernden Weiterbildungsstellen von 5.000 auf 7.500 erhöht. Weiterzubildende in der ambulanten Versorgung sollen die gleiche Vergütung wie ein Assistenzarzt im Krankenhaus erhalten.
- Bei der ärztlichen Vergütung wird die Versorgungsorientierung gestärkt, z. B. durch die Sicherstellung zeitnaher Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen und den Abbau unbegründeter Nachteile in den Gesamtvergütungen sowie durch Transparenz der Grundsätze und Versorgungsziele der Honorarverteilung. Zudem sollen die Leistungen von Hochschulambulanzen angemessen vergütet werden.
- Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, Terminservicestellen einzurichten. Sie sollen Versicherten mit einer Überweisung innerhalb von vier Wochen einen Termin bei einem Facharzt vermitteln. Um die psychotherapeutische Versorgung zu verbessern, wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, die Psychotherapie-Richtlinie zu überarbeiten.
- Das Krankenhaus-Entlassmanagement wird verbessert, und strukturierte Behandlungsprogramme werden ausgebaut.

- Für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen können medizinische Behandlungszentren eingerichtet werden.
- Bei bestimmten mengenanfälligen planbaren Eingriffen erhalten Versicherte einen Anspruch auf die Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung.
- Bei Leistungen der medizinischen Rehabilitation erhalten Versicherte mehr Wahlrechte.
- Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz erhalten Anspruch auf zusätzliche Leistungen zahnmedizinischer Prävention.
- Versicherte erhalten einen Anspruch auf Krankengeld schon von dem Tag an, an dem die ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit erfolgt ist.
- Zur Förderung von Innovationen in der Versorgung und von Versorgungsforschung wird ein Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss mit einem Volumen von 300 Mio. Euro jährlich - zunächst in den Jahren 2016 bis 2019 - eingerichtet.
- Kranken- und Pflegekassen sollen künftig auf Regressforderungen gegenüber freiberuflichen Hebammen verzichten. Das kann dazu beitragen, die Versicherungsprämien langfristig zu stabilisieren und den Versicherungsmarkt zu beleben, und hilft damit eine flächendeckende Versorgung mit Hebammenhilfe dauerhaft sicherzustellen
- Im Medizinproduktebereich wird für neue Methoden, bei denen Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse angewendet werden, ein systematisches Verfahren zur Methodenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vorgesehen. Krankenhäuser, die eine solche neue Methode erbringen wollen, werden zur Teilnahme an Erprobungsstudien verpflichtet.
- Im Arznei- und Heilmittelbereich werden die Regelungen zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen weiterentwickelt und regionalisiert. Die Höhe des Apothekenabschlags wird gesetzlich festgelegt. Zudem werden Regelungen angepasst, um fehlerhafte Verschreibungen zu vermeiden und Retaxationen zu verringern.