

GKV-VSG – DAS ÄNDERT SICH FÜR DIE ASV

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz hat der Gesetzgeber an einigen wesentlichen Stellschrauben für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) gedreht. KVB FORUM stellt die seit dem 23. Juli 2015 geltenden Änderungen vor.

Mit dem am 23. Juli 2015 in Kraft getretenen GKV-VSG wurde in erster Linie ein Neuzuschnitt des Erkrankungskatalogs für die ASV vorgenommen. Ab sofort muss der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bei der Ausgestaltung der ASV-Richtlinie für onkologische und rheumatologische Erkrankungen keine Rücksicht mehr auf den Schweregrad der Erkrankung nehmen. Die Einschränkung auf „schwere Verlaufsformen“ bei Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen ist für den Bereich der onkologischen sowie für den der rheumatologischen Erkrankungen gestrichen worden.

Dies hat zur Folge, dass der G-BA die bereits in Kraft getretene Anlage zur ASV-Richtlinie für die Behandlung von Patienten mit gastrointestinalen Tumoren im Rahmen der ASV überarbeiten muss. Wie eine Anpassung der Richtlinie an die neue gesetzliche Grundlage aussehen wird, ist noch nicht absehbar. Die bereits beschlossene, aber bisher noch nicht in Kraft getretene Anlage für gynäkologische Tumoren wird nun aufgrund der veränderten Gesetzeslage durch den G-BA überarbeitet und erst nach einer erneuten Beschlussfassung in Kraft treten.

Eine weitere Änderung mit direkter Auswirkung für Vertragsärzte ist

die Anpassung der möglichen Abrechnungswege im Rahmen der ASV. Nach bisheriger Gesetzeslage war es vertragsärztlichen ASV-Teilnehmern freigestellt, ob sie direkt mit der Krankenkasse abrechnen wollen oder ihre KV oder eine andere Stelle mit der Abrechnung beauftragen möchten. Die dritte Option ist nun mit dem GKV-VSG entfallen: Die Abrechnung kann nun entweder direkt mit den Krankenkassen oder nach einer Beauftragung über die KV erfolgen. Die Möglichkeit, einen anderen Abrechnungsdienstleister zu beauftragen, besteht nicht mehr.

Der während des Gesetzgebungsverfahrens viel diskutierte unbefristete Bestandsschutz für Krankenhäuser, die bereits vor dem Jahr 2012 die Möglichkeit zur Durchführung ambulanter Leistungen nach Paragraf 116b SGB V erhalten haben, wurde nicht umgesetzt. Stattdessen wurde der bereits in der „alten Fassung“ der ASV vorgesehene Bestandsschutz von zwei Jahren nach Inkrafttreten der indikationsspezifischen ASV-Richtlinie des G-BA auf drei Jahre ausgedehnt.

Der G-BA wurde neu dazu verpflichtet, seine ASV-Richtlinien hinsichtlich Qualität, Inanspruchnahme und Wirtschaftlichkeit bis spätestens zwei Jahre nach Inkrafttreten zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen.

In weiteren Änderungen wurden Regelungen konkretisiert, die vor allem die Abläufe bei der Prüfung der Teilnahmeanzeigen bei den erweiterten Landesausschüssen betreffen, so zum Beispiel die Klärstellung zu den Mitberatungsrechten von Staatsministerien und Patientenvertretern in den erweiterten Landesausschüssen in verkleinerter Besetzung sowie die Interpretation der Zwei-Monats-Frist zur Prüfung der Teilnahmeanzeigen.

Janina Bär (KVB)



Kontakt und weitere Infos

Ausführliche Informationen zur Teilnahme an der ASV sowie Unterlagen zur Beauftragung der KVB für die Abrechnung Ihrer ASV-Leistungen finden Sie unter www.kvb.de/asv. Bei Fragen zur Abrechnung von ASV-Leistungen wenden Sie sich bitte an den Abrechnungsservice ASV unter Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 08 50 oder per Email an ASV-Abrechnung@kvb.de.