

Ab 1. September 2019

## Mehr offene Sprechstunden

- Mindestens 5 Stunden wöchentlich müssen Vertragsärzte, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen, als offene Sprechstunden anbieten. Patienten benötigen keine Überweisung. Bei reduziertem Versorgungsauftrag gelten die Zeiten jeweils anteilig. Die Arztgruppen legen KBV und GKV-Spitzenverband im Bundesmantelvertrag fest (voraussichtlich: Ophthalmologen, Gynäkologen, Orthopäden, HNO-Ärzte).

§ 19a Abs. 1 Ärzte-ZV

## Höhere Vergütung

- Bis zu 5 offene Sprechstunden pro Woche bekommen Vertragsärzte extrabudgetär vergütet.
- Bei TSS-vermittelten Patienten erhalten Haus- und Fachärzte zusätzlich zur extrabudgetären Vergütung Honorarzuschläge zur Versicherten- bzw. Grundpauschale in Höhe von:

- 50 Prozent bei Terminvermittlung innerhalb 8 Tagen und bei Akutfällen nach Ersteinschätzungsverfahren innerhalb von 24 Stunden (Vermittlungsart: TSS-Akutfall),
- 30 Prozent bei Terminvermittlung innerhalb von 9 bis 14 Tagen,
- 20 Prozent bei Terminvermittlung innerhalb von 15 bis 35 Tagen.

- 10 Euro extrabudgetär erhalten Haus-, Kinder- und Jugendärzte bei erfolgreicher Vermittlung eines Facharzttermins.
- Für neue, das heißt, erstmals oder erstmals nach 2 Jahren vorstellige Patienten bekommen grundversorgende oder an der unmittelbaren medizinischen Versorgung teilnehmende Ärzte alle Leistungen im jeweiligen Behandlungsfall extrabudgetär vergütet. Die Arztgruppen legt zuvor der Bewertungsausschuss fest.

§ 87 Abs. 2b, 2c und § 87a Abs. 3 SGB V

## PreP im Leistungskatalog (voraussichtlich)

- Versicherte mit substanziellem HIV-Infektionsrisiko haben ab vollendetem 16. Lebensjahr Anspruch auf bestimmte Prophylaxemaßnahmen (ärztliche Beratung zu Präexpositionsprophylaxe bzw. PreP), Untersuchungen und Arzneimittelverordnung. Näheres wollen KBV und GKV-Spitzenverband innerhalb von 2 Monaten nach Gesetzesverkündung klären – anschließend sollen innerhalb eines Monats EBM und Vergütungshöhe angepasst werden.

§ 20j SGB V

Ab 30. November 2019

## Zufälligkeitsprüfung fällt weg (voraussichtlich)

- Die Zufälligkeitsprüfung wird ersetzt durch eine Prüfung, der ein begründeter Antrag von KV oder Krankenkasse vorausgehen muss. Diese kann Überweisungen und Leistungen wie etwa aufwändige medizinisch-technische Leistungen umfassen.
- Anlass für eine Prüfung besteht bei: Fehlindikation, Ineffektivität, Qualitätsmangel, Unangemessenheit der durch die Leistungen verursachten Kosten im Hinblick auf das Behandlungsziel oder begründetem Verdacht, dass Leistungen wie Zahnersatz unvereinbar mit dem Heil-/Kostenplan sind. Näheres vereinbaren KBV und der Spitzenverband der Krankenkassen.

§ 106a Abs. 1 SGB V

MINDESTSPRECHSTUNDEN

25

Wochenstunden ab 11. Mai 2019 (bisher 20)

Ab 1. Januar 2021

## Elektronische AU-Übermittlung

- Ärzte müssen AU-Daten unmittelbar elektronisch unter Nutzung der Telematikinfrastruktur an die Krankenkasse übermitteln und dem Patienten digital oder auf Papier bereitstellen (noch ungeklärt ist, ob die elektronische AU-Übermittlung auch an den Arbeitgeber erfolgen darf).

§ 295 Abs. 1 SGB V

## Einheitliche E-Patientenakte

- Krankenkassen müssen Versicherten eine von der gematik zugelassene E-Patientenakte (ePA) bereitstellen, auf die auch per Smartphone/Tablet zugegriffen werden kann.
- Den Umfang der Zulassung für Komponenten und Dienste einschließlich der Sicherheitsanforderungen und das Nähere zum Zulassungsverfahren klären gematik und das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI).

§ 291b Abs. 1a SGB V

Ab 1. Dezember 2019

## Kontaktlose E-Gesundheitskarte

- Neu ausgegebene E-Gesundheitskarten (eGK) der Krankenkassen müssen mit einer kontaktlosen Schnittstelle ausgestattet sein (NFC – Near Field Communication), Versicherte haben Anspruch auf Ausstellung einer solchen eGK.
- Ein Zugriff auf die eGK-Daten kann auch ohne Einsatz der Karte erfolgen, wenn der Patient in die Nutzung dieses Zugriffsverfahrens eingewilligt hat.

§ 291 Abs. 2a SGB V

WEITERBILDUNGSSTELLEN

2000

werden gefördert (bisher 1000)

Ab 1. Januar 2022

## Einheitliche Kodierungsregeln

- Ärzte und Psychotherapeuten erhalten bundesweit einheitliche Regelungen für die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen. Die Kodierrichtlinien sollen bis 30. Juni 2020 feststehen. Näheres klären KBV, Spitzenverband der Krankenkassen, Deutsche Krankenhausgesellschaft und Deutsches Institut für medizinische Dokumentation.

§ 295 Abs. 4 SGB V

Ab 1. Januar 2020

## Erweiterte Notdienstnummer 116 117

- TSS müssen rund um die Uhr an sieben Tagen in der Woche (24/7) verfügbar sein. Die TSS-Rufnummern müssen mit der Notfallnummer des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes 116 117 zusammengeführt werden.
- TSS müssen Patienten in Akutfällen auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene vermitteln.

§ 75 1a SGB V

Ab 1. Oktober 2020

## Neue Blankoverordnung

- Heilmittelerbringer wie Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden können bei ausgewählten Indikationen über Auswahl, Dauer, Frequenz der Behandlung selbst entscheiden. Diagnose und Indikationsstellung erfolgen weiterhin durch den Vertragsarzt.
- Ärzte können von einer Blankoverordnung absehen, wenn dies aus medizinischen Gründen notwendig ist.
- Blankoverordnungen unterliegen nicht der ärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung.

§ 73 Abs. 11 SGB V

## Veränderte Heilmittelverordnung

- Es wird keine Krankenkasseneignung mehr für Verordnungen benötigt, die über die „orientierende Behandlungsmenge“ (bisher: Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls) hinausgehen.

§ 32 SGB V



TERMINVERMITTLUNG

10 Euro

extrabudgetär für Hausärzte ab 1. September 2019

OFFENE SPRECHSTUNDEN

5

Wochenstunden mindestens ab 1. September 2019

Noch offen

## Neuregelung zum Krankentransport

- Kliniken sollen nach stationärer Behandlung medizinisch notwendige Krankentransporte verordnen dürfen, um Vertragsärzte zu entlasten (bisher dürfen nur diese solche Rückfahrten verordnen). Der GBA bestimmt die weitere Ausgestaltung.

§ 39 Abs. 1a SGB V

STATUS „NEUER PATIENT“ AB

2 Jahren

ohne Behandlung. Honorar erhalten Ärzte extrabudgetär ab 1. September 2019