



# Blick in das GKV-VSG: Gesetzesentwurf liegt vor

Das Bundeskabinett hat am 17. Dezember 2014 den Entwurf eines „Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-VSG) beschlossen. Obwohl bis zur Gesetzesverabschiedung noch mit Detailänderungen zu rechnen ist, lassen sich die wesentlichen, auf dem Koalitionsvertrag der Bundesregierung basierenden Aspekte vorab im Überblick darstellen.

## Anspruch auf Zweitmeinung wird gesetzlich verankert

In § 27b SGB V wird der Anspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung bei Indikationen zu planbaren Eingriffen gesetzlich verankert. Die Zweitmeinung dürfen Vertragsärzte, MVZ, ermächtigte Ärzte und Einrichtungen sowie zugelassene Krankenhäuser erbringen, sofern sie den späteren Eingriff nicht durchführen. Der die Indikation stellende Arzt muss den Patienten regelmäßig 10 Tage vor dem Eingriff mündlich über den Anspruch aufklären. Der EBM (Einheitliche Bewertungsmaßstab) wird entsprechend ergänzt (vgl. § 87 Abs. 2a SGB V). Es bleibt abzuwarten, ob eine

Zeitraum von bis zu 7 Tagen möglich. Konkretisierungen erfolgen in einem Rahmenvertrag. Da die Medikamentenabgabe in Kliniken teilweise ohne Packungsbeilage erfolgt, die bei einer Abgabe an Endverbraucher jedoch grundsätzlich notwendig ist, stellt sich die Frage nach einer praktikablen Handhabung.

## Terminservicestellen bei KVen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen Terminservicestellen (§ 75 Abs. 1a SGB V) einrichten, die Versicherten mit einer Überweisung innerhalb von 4 Wochen einen Facharzttermin vermitteln müssen. Für Termine bei Augen-, Frauen- oder Kinderärzten bedarf es keiner Überweisung. Kann die Servicestelle fristgerecht keinen Termin vermitteln, hat sie einen ambulanten Termin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten, sofern die Behandlung aus medizinischen Gründen innerhalb von 4 Wochen erforderlich ist. Eine weiterführende Klinikbehandlung ist zur Sicherung und Festigung des Behandlungserfolgs möglich (vgl. § 756 Abs. 1a SGB V).

Kommunen sollen MVZ auch in öffentlich-rechtlicher Rechtsform als Eigen- oder Regiebetrieb gründen können. Die für sie problematische unbegrenzte Bürgerschaftserklärung bei der Gründung von MVZ als GmbH entfällt. Fraglich ist die Bedeutung der Restriktionen des Kommunalwirtschaftsrechts hinsichtlich der Errichtung kommunaler wirtschaftlicher Betriebe.

## Nachbesetzungsverfahren

Ist die Nachbesetzung einer Arztpraxis aus Versorgungsgründen nicht erforderlich, können die Zulassungsausschüsse aktuell ein Nachbesetzungsverfahren (§ 103 SGB V) ablehnen. Aus der „Kann“- wird eine „Soll“-Vorschrift. Die Nachbesetzung in überversorgten Gebieten wird damit risikoreicher. Außerdem werden Anstellungs- oder Jobsharing-Verhältnisse nur noch dann bevorzugt berücksichtigt, wenn diese mindestens 3 Jahre bestanden hatten. Kurzfristige Varianten sind damit obsolet. Ferner wird die Bereitschaft eines behindertengerechten Ausbaus der Praxis begünstigend berücksichtigt.



Ärzte und Krankenhäuser sollten sich mit den diskutierten Gesetzesänderungen frühzeitig auseinandersetzen. (Bild: beermedia/Fotolia)

Erhöhung der ambulanten Gesamtvergütung erfolgt. Anderenfalls würde die Erhöhung der Fallzahl ggf. mit einer Reduktion des Fallwerts einhergehen.

## Krankenhäuser dürfen bei Entlassung Arzneimittel verschreiben

Beim Entlassmanagement (§ 39 Abs. 1a SGB V) dürfen Krankenhäuser Arzneimittel in der jeweils kleinsten Packung gemäß der Packungsgrößenverordnung verordnen. Die Verordnung von Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie ist für einen

## Innovationsfonds ab 2016

Ab 2016 soll ein durch den Gesundheitsfonds und die Krankenkassen getragener Innovationsfonds in Höhe von jährlich 30 Mio. € für neue Versorgungsformen und Versorgungsforschung zur Verfügung stehen (§ 92a SGB V).

## Medizinische Versorgungszentren

Die Notwendigkeit einer fachübergreifenden Versorgung in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) (§ 95 SGB V) entfällt.

## Krankenhäusermächtigung und medizinische Behandlungszentren

Die Ermächtigung von Krankenhäusern (§ 116a SGB V) wird verbindlicher. Stellt ein Landesausschuss eine bereits bestehende oder drohende Unterversorgung fest, ist der Zulassungsausschuss künftig verpflichtet, Kliniken auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen. Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung sollen in medizinischen Behandlungszentren (§ 119c SGB V) versorgt werden können, die fachlich unter ständi-

ger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Behandlung bieten.



### Besondere Versorgung statt integrierte Versorgung

Aus der „integrierten Versorgung“ wird die „besondere Versorgung“ (§ 140a SGBV). Diese soll Verträge über eine leistungssektorenübergreifende oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung oder die Vereinbarung besonderer ambulanter Versorgungsaufträge ermöglichen. Die Regelung fasst die aktuellen Vorgaben zu Strukturverträgen, zu Verträgen zur integrierten Versorgung und zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (§§ 73a, 73c, 140a SGBV) zusammen. Hier wird die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts relativiert: Leistungen außerhalb der Regelversorgung können inklusive nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel vereinbart werden. Auch reine Managementverträge werden für zulässig erklärt.

### Fazit

Einige der geplanten Änderungen – z. B. zur Verschreibung von Arzneimitteln beim Entlassmanagement – könnten durchaus einen positiven Einfluss auf den Arbeitsalltag der betroffenen Krankenhäuser und Ärzte haben, andere hingegen – etwa arztgruppengleiche MVZ – grundsätzliche Bedeutung für die Versorgungslandschaft. Krankenhäuser und Ärzte sollten sich mit den diskutierten Gesetzesänderungen daher frühzeitig auseinandersetzen.

*RA Dr. Ralph Steinbrück,  
Fachanwalt für Medizinrecht und  
Wirtschaftsmediator, Rechtsanwälte  
Ulsenheimer und Friederich, München*

Korrespondenz: [steinbrueck@uls-frie.de](mailto:steinbrueck@uls-frie.de)