



Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz - unter Berücksichtigung der letzten Änderungsanträge von CDU/CSU und SPD

Inhalt

1. **Einführung**
2. **Kooperationsformen**
 - a. **Praxisnetze**
 - b. **Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)**
 - c. **Besondere Versorgung**
3. **Aufkaufregelung für Vertragsarztsitze in überversorgten Gebieten**
4. **Überprüfung des Versorgungsauftrags**
5. **Terminservicestellen**
6. **Recht auf Zweitmeinung**
7. **Gründungsvoraussetzungen bei MVZ**
8. **Neuregelungen bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen**
9. **Stimmverteilung in den Vertreterversammlungen**
10. **Fazit**

1. Einführung

Der Entwurf der Bundesregierung zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) (BT-Drs. 18/4095) soll, wie bereits das GKV-VStG vom 22.12.2011, eine bedarfsgerechte, flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung der Patienten weiter auf hohem Niveau sicherstellen. Im Anschluss an die letzte Entwurfsfassung vom 25.02.2015 haben die Koalitionsfraktionen von CDU/CSU und SPD am 19.05.2015 einen umfangreichen Änderungskatalog vorgelegt, der nicht unerhebliche Änderungen der gesetzlichen Neuregelungen beinhaltet. Verabschiedet werden soll das GKV-VSG nach der 2. und 3. Lesung in

der Sitzung des Bundestages am 11.06.2015. Danach wird das Gesetz noch im Bundesrat behandelt. Bis zur Verkündung im Bundesgesetzblatt könnte jedoch noch einige Zeit vergehen, da der Bundesrat einen eigenen Änderungskatalog beschlossen hat und die Ansicht vertritt, dass das GKV-VSG auch der Zustimmung der Länderkammer bedürfe (Stellungnahme des Bundesrates, Drs. 641/14, S. 1).

Gleichwohl sind durch die Änderungsanträge der Koalitionsfraktionen die wesentlichen Linien der künftigen Neuregelungen abgesteckt, so dass man sich auf den Umfang des zukünftigen Gesetzestextes einstellen kann. Mit diesem Beitrag werden



die für die ärztliche Tätigkeit im Bereich und damit auch in der Radiologie wichtigsten Regelungen des Gesetzentwurfes zum GKV-VSG vorgestellt werden, wobei die Änderungsanträge durch CDU/CSU und SPD besondere Berücksichtigung finden.

2. Kooperationsformen

Wesentliche Neuregelungen betreffen die Kooperations- und Versorgungsformen. Auf der einen Seite betreffen die Neuregelungen Arztnetze und Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV), auf der anderen Seite selektive Vertragsformen wie die bisherige Integrierte Versorgung nach §§ 140a SGB ff..

a. Praxisnetze

Nach dem GKV-VSG müssen Praxisnetze im Falle einer Anerkennung von den Kassenärztlichen Vereinigungen in besonderer Weise gefördert werden. Nach § 87b Absatz 2 Satz 3 SGB V (neu) müssen für anerkannte Praxisnetze gesonderte Vergütungsregelungen vorgesehen werden. Zudem wird durch das GKV-VSG die Möglichkeit eröffnet, dass für diese Praxisnetze eigene Honorarvolumen als Teil der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung gebildet werden. Die Kriterien für die Anerkennung von Praxisnetzen soll die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband regeln.

b. Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

Die Fraktionen von CDU/CSU und SPD haben hinsichtlich der ASV einige Änderungsanträge (Änderungsanträge Nr. 23, 34, 48) eingebracht. Im Wesentlichen reagieren sie damit auf die Kritik, dass sich die ASV in der heutigen Fassung des § 116b SGB V auch bei onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen nur auf schwere Verlaufsformen bezieht. Durch diese Regelungen ergeben sich bisher erhebliche Abgrenzungskonflikte zur vertragsärztlichen Regelversorgung. Mit dem Wegfall der Anforderung der „schweren Verlaufsformen“ werden die Bedeutung und der Umfang der ASV deutlich zunehmen. Umso deutlicher ist seitens der Radiologie daher noch einmal auf die mangelnde Einbeziehung der Radiologen in das interdisziplinäre Team hinzuweisen (vgl. hierzu Fortschr Röntgenstr 2014; 186(8):

812-815).

Weiterhin haben die Koalitionsfraktionen den Bestandsschutz für Krankenhäuser, die an der ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V in der Fassung bis zum 31.12.2011 teilnahmen, der in dem ursprünglichen Entwurf dauerhaft vorgesehen war, nun auf drei Jahre nach Inkrafttreten eines Richtlinienbeschlusses des G-BA für die jeweilige Erkrankung oder hochspezialisierte Leistung begrenzt.

c. Besondere Versorgung

Unter dem neuen Abschnitt „Besondere Versorgung“ werden in den §§ 140a ff. SGB V (neu), neben der Integrierten Versorgung, verschiedene Formen der Selektivverträge zusammengefasst, die vorher an verschiedenen Stellen des SGB V geregelt waren. Dabei werden die frühere integrierte Versorgung, die Strukturverträge und die besondere ambulante ärztliche Versorgung zusammengefasst [§§ 73a, 73c. 140a ff. SGB V (neu)]. Ausweislich der Begründung des Gesetzentwurfes soll dadurch eine Systematisierung und auch eine Flexibilisierung vorgenommen werden (BT-Drs. 18/4095, S. 126), da das Satzungserfordernis bei den Krankenkassen gestrichen wird. Zur Entbürokratisierung soll nur noch eine Übermittlungspflicht anstatt einer Vorlagepflicht an die Aufsichtsbehörde der Krankenkasse bestehen (BT-Drs. 18/4095, S. 86). Dafür werden in § 73 Absatz 6 SGB V (neu) erheblich schärfere Sanktionen gegenüber Krankenkassen im Falle einer Beanstandung vorgesehen. Ob die gewünschten Ziele so erreicht werden, kann durchaus als zweifelhaft eingeschätzt werden.

3. Aufkaufregelung für Vertragsarztsitze in überversorgten Gebieten

Einer der umstrittensten Punkte des Gesetzentwurfes zum GKV-VSG wird durch die Änderungsanträge der Koalitionsfraktionen – vermutlich auch aufgrund erheblichen politischen Druckes aus der Fachöffentlichkeit zwar nicht beseitigt, aber in erheblicher Weise entschärft. Dies betrifft die sog. Aufkaufregelung von Vertragsarztsitzen in § 103 Abs. 3 a SGB V (neu), nach der der Zulassungsausschuss zukünftig einen Antrag auf Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes ablehnen „soll“, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht

erforderlich ist. Bisher hatte der Zulassungsausschuss diesbezüglich noch ein Ermessen („kann“). Diese Aufkaufregelung betrifft dabei einen weiten Kreis möglicher Fälle: Die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes im Rahmen einer Einzelpraxis, die Rückumwandlung einer Anstellung in einer Zulassung gemäß § 95 Absatz 9b SGB V, die Nachbesetzung bei Ausscheiden aus einer Gemeinschaftspraxis oder auch die Beschränkung des Versorgungsauftrages auf die Hälfte und Ausschreibung des anderen Teils nach § 19a Ärzte-ZV.

Wird die Regelung Gesetz, muss der Zulassungsausschuss zukünftig den Antrag eines Vertragsarztes auf Nachbesetzung ablehnen, wenn die Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. Damit weicht die bisherige „Kann“-Regelung einer „Soll“-Regelung. Kann- und Soll-Regelungen haben verwaltungsrechtlich unterschiedliche Rechtsfolgen:

Die Zulassungsausschüsse entscheiden bisher nach pflichtgemäßem Ermessen über die Nachbesetzung, wobei sie dieses Ermessen entsprechend dem Zweck der Ermächtigung in § 103 Absatz 3a, 4 SGB V auszuüben und die gesetzlichen Grenzen des Ermessens einzuhalten und insbesondere sachlich gleichgelagerte Fälle in gleicher Weise zu behandeln haben (vgl. hierzu BVerwG, Beschl. vom 31.10.1988, Az.: 1 DB 16/88). Eine Soll-Regelung ist demgegenüber im Regelfall für die Zulassungsausschüsse rechtlich zwingend und verpflichtet sie, so zu verfahren, wie es im Gesetz bestimmt ist. Nur bei Vorliegen von Umständen, die den Fall als atypisch erscheinen lassen, darf die Behörde anders verfahren als im Gesetz vorgesehen und den atypischen Fall nach pflichtgemäßem Ermessen entscheiden (BVerwG, Beschl. v. 03.12.2009, Az: 9 B 79/09).

Es sei angemerkt, dass bereits nach der jetzigen Rechtslage gemäß § 103 Absatz 3a Satz 5 und 6 SGB V kein Vorverfahren (also eine Anrufung des Berufungsausschusses) stattfindet, sondern sofort Klage erhoben werden muss, die jedoch nach § 103 Abs. 3a Satz 7 SGB V keine aufschiebende Wirkung hat.

Ziel dieser Neukonzeption ist es, Vertragsarztsitze, die aus Versorgungsgründen nicht benötigt würden, abzubauen und mehr Ärzte für weniger versorgte Regionen zur Verfügung zu stellen (BT-Drs. 18/4095, S. 108). In der Begründung zum Gesetzentwurf werden verschiedene Kriterien für

eine Erforderlichkeit aus Versorgungsgründen genannt, die nicht unter die Sollregelung fielen. Dabei geht es vor allem um Fälle, in denen ein besonderer lokaler oder qualifikationsbezogener Versorgungsbedarf besteht oder ein Arztsitz einer speziellen Fachrichtung weiterhin benötigt werde (BT-Drs. 18/4095, S. 108). Explizit wird beispielsweise auf Mitversorgungsaspekte des unterversorgten Umlandes, Versorgungsbedürfnisse von Menschen mit Behinderung oder den Erhalt des besonderen Versorgungsangebotes eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) oder einer Berufsausübungsgemeinschaft verwiesen (BT-Drs. 18/4095, S. 108).

Im geplanten Gesetzestext werden allerdings keine Kriterien genannt, wann ein Sitz aus Versorgungsgründen notwendig ist. Weiterhin besitzt der Zulassungsausschuss bei seinen Entscheidungen nur einen gerichtlich eingeschränkt kontrollierbaren Beurteilungsspielraum, so dass für die Beteiligten keinerlei Rechtssicherheit besteht. Zudem erscheinen die möglichen Ausnahmen in der Gesetzesbegründung als zu eng. Die Begründung nennt exemplarisch einen lokalen oder qualifikationsbezogenen Sonderbedarf sowie weitere Beispiele. Die Anforderungen an einen lokalen Sonderbedarf nach der Bedarfsplanungsrichtlinie sind jedoch sehr eng gefasst. Der Bundesrat hatte hierzu bereits einen Änderungsvorschlag eingebracht, dass ein Antrag auf Nachbesetzung dann abgelehnt werden soll, wenn die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort der Niederlassung unter Berücksichtigung des wahrgenommenen Versorgungsauftrages nicht beeinträchtigt wird. (Drs. 641/14, S. 62 f.) Danach wären durch den Zulassungsausschuss weitere Faktoren in die Überlegung einzubringen, wie z.B. Fallzahlen der Praxis, Wartezeiten der Patienten, Behandlungsstunden und Erreichbarkeit der Praxis.

Diese Kritik wurde seitens der Koalition teilweise aufgenommen. Nach dem Vorschlag in den Änderungsanträgen wird der § 103 SGB V dahingehend geändert, dass die Soll-Regelung laut § 103 Absatz 3a Satz 7 SGB V (neu) erst bei einem Versorgungsgrad von 140 Prozent eingreift. Bei einem Überversorgungsgrad zwischen 110 – 140 Prozent soll dagegen die bisherige Kann-Regelung Anwendung finden. Die Feststellung eines Versorgungsgrades von 140 Prozent wird durch die Landesausschüsse getroffen. Ermächtigte Ärzte werden bei der Berechnung im Übrigen nicht hinzugezählt.

Gleichwohl finden sich auch bereits im Gesetzentwurf Privilegierungen und Ausnahmen. Diese sind im Falle der Perspektive einer Praxisabgabe und der Gefahr eines Aufkaufs des Vertragsarztsitzes aufgrund der oben genannten Quoten weiterhin zu berücksichtigen. Gemäß § 103 Absatz 5 Satz 5 Nr. 5 SGB V ist die Übertragung eines Vertragsarztsitzes auf Ehegatten, Lebenspartner oder Kinder des bisherigen Vertragsarztes privilegiert. Dies gilt ebenso für einen mindestens drei Jahre angestellten Arzt oder für eine Übertragung innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft in Form einer Gemeinschaftspraxis, bei der der gemeinschaftliche Praxisbetrieb ebenfalls mindestens drei Jahre angedauert haben muss, wie § 103 Absatz 5 Satz 5 Nr. 6 SGB V beschreibt. Ebenso privilegiert ist nach § 103 Absatz 5 Satz 5 Nr. 4 SGB V die Übertragung auf einen Arzt, der mindestens fünf Jahre in einem unterversorgten Gebiet tätig war. Diese im Gesetzentwurf noch mögliche Privilegierung wird von den Koalitionsfraktionen in eine zwingend zu berücksichtigende Regelung überführt. Ein weiterer Privilegierungsgrund soll zukünftig diejenigen Ärzte berücksichtigen, die sich verpflichten, den zur Nachbesetzung anstehenden Vertragsarztsitz in ein schlechter versorgtes Gebiet desselben Planungsbereichs zu verlegen.

Anzumerken ist, dass das gesamte Prüfungsverfahren nicht bei MVZ gilt. Gegebenenfalls könnte daher in der Praxis überlegt werden, eine Gemeinschaftspraxis in ein MVZ umzuwandeln, um den Beschränkungen bei der Nachbesetzung nicht zu unterliegen. Diese Konsequenz hat auch der Bundesrat gesehen (Drs. 641/14, S. 63), wurde aber von CDU/CSU und SPD nicht aufgegriffen.

Die Einziehung der vertragsärztlichen Zulassung durch den Zulassungsausschuss soll nach dem Gesetzentwurf (und auch der geltenden Rechtslage) nicht ohne Entschädigung erfolgen. Diese Verpflichtung besteht, da das BSG in ständiger Rechtsprechung betont, dass die Rechtsstellung eines Kassenarztes eigentumsähnlich ist und von Art. 14 GG geschützt wird (BSG, Urt. v. 19.03.1957, Az.: RKa 5/55). Auch im Nachbesetzungsverfahren soll den Erfordernissen des Eigentumsschutzes Rechnung getragen werden (BSG, Urt. v. 14.12.2011, Az.: B 6 KA 39/10 R). Um diesem Erfordernis nachzukommen, hat die Kassenärztliche Vereinigung nach § 103 Absatz 3a SGB V dem Vertragsarzt oder seinen zur Verfügung über die Praxis berechtig-

ten Erben eine Entschädigung in der Höhe des Verkehrswertes der Arztpraxis zu zahlen. Maßgeblich ist dafür nach § 103 Absatz 4 Satz 8 SGB V der Verkehrswert der Praxis, da dieser auch bei einer Veräußerung der Praxis bei der Auswahl möglicher Bewerber maßgeblich ist. Dabei ist nach der Rechtsprechung der BGH die sog. modifizierte Ertragswertmethode als grundsätzlich geeignet anzusehen. Problematisch daran ist, dass die Entscheidung des Zulassungsausschusses gerichtlich nur dahingehend überprüft werden kann, ob sie gegen Denkgesetze und Erfahrungssätze verstößt oder sonst auf rechtsfehlerhaften Erwägungen beruht. Gleichwohl wird die Abstellung auf den reinen Verkehrswert in den Änderungsanträgen der Koalitionsfraktionen weiterhin bekräftigt. Ausdrücklich soll nach den Äußerungen der Koalitionsfraktionen nicht auf einen theoretisch erzielbaren höheren Kaufpreis abgestellt werden. Die Entschädigung soll jedoch den Ersatz von Folgeschäden, die z. B. aufgrund von längerfristigen Verträgen entstehen können, einschließen.

4. Überprüfung des Versorgungsauftrags

Zur Erfüllung des vertragsärztlichen Versorgungsauftrages enthält das GKV-VSG weitere Regelungen. In § 95 Absatz 3 SGB V (neu) wird eingefügt, dass die Versorgungsaufträge von der Kassenärztlichen Vereinigung zu prüfen sind. Damit zielt der Entwurf darauf ab, den Aspekt zu stärken, dass der Vertragsarzt zur Versorgung nicht nur berechtigt sondern auch verpflichtet ist. Auch im Kontext des Strebens nach kürzeren Wartezeiten für die Patienten soll diese Prüfung beinhalten, ob die Ärzte ihren vollen und hälftigen Versorgungsaufträgen auch wirklich nachkommen. Dies gilt auch hinsichtlich angestellter Ärzte und MVZ.

5. Terminservicestellen

Der bedarfsgerechte Zugang der Patienten zur Versorgung soll laut der Gesetzesbegründung insbesondere durch die Einrichtung von Terminservicestellen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erreicht werden. Damit wird das Ziel verfolgt, die Wartezeiten der Versicherten in Wartezimmern zu verkürzen.

In diesem Zusammenhang ist vorgesehen § 75 Absatz 1 Satz 2 bis 4 SGB V aufzuheben und

nach Absatz 1 die Absätze 1 a und 1 b einzufügen. Der neue § 75 Absatz 1a SGB V bestimmt, dass der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 75 Absatz 1 SGB V auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung erfasst. Daher sieht § 75 Absatz 1 a SGB V (neu) vor, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen bis spätestens sechs Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes, Terminservicestellen einzurichten haben, die auch in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen betrieben werden können.

Die Aufgabe der Terminservicestellen besteht darin, den gesetzlich Versicherten bei Vorliegen einer Überweisung zu einem Facharzt innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin vorwiegend bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V (Vertragsärzte, MVZ, ermächtigte Einrichtungen) zu vermitteln. Eine Überweisung muss nicht vorliegen, wenn ein Behandlungstermin beim Augenarzt oder einen Frauenarzt zu vermitteln ist. In diesem Zusammenhang ist laut der Gesetzesbegründung zu beachten, dass kein Anspruch der Versicherten auf die Vermittlung zu einem bestimmten Facharzt besteht.

Darüber hinaus bestimmt § 75 Absatz 1a SGB V (neu), dass die Wartezeit auf den zu vermittelnden Behandlungstermin vier Wochen nicht überschreiten darf und die Entfernung zwischen Wohnort der Versicherten und dem vermittelten Facharzt zumutbar sein muss. Bei der Prüfung der Zumutbarkeit der Entfernung zum nächsten Facharzt sind laut Gesetzesbegründung für die jeweiligen Facharztgruppen unterschiedliche Kriterien anzuwenden, wobei auch die Besonderheiten der Patientengruppen und auch die besonderen örtlichen Verhältnisse im Planungsbereich sowie die öffentliche Verkehrsanbindung zu berücksichtigen sind. Insbesondere soll das Kriterium der Zumutbarkeit unter Würdigung der Belange der betroffenen Patientengruppen bestimmt werden. Berücksichtigt werden soll dabei, welche Leistung typischerweise von rüstigen oder von gebrechlichen Patientinnen und Patienten beansprucht werden. Dabei soll insbesondere auch den Belangen von Menschen mit Behinderungen Rechnung getragen werden.

Für den Fall, dass die Terminservicestelle keinen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V innerhalb der Frist von vier Wochen vermitteln kann, hat

sie nach den Bestimmungen des § 75 Absatz 1a SGB V (neu) einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten. Dabei soll es nicht ausreichend sein, die Versicherten lediglich auf die Behandlungsmöglichkeit in einem bestimmten Krankenhaus zu verweisen. Hinsichtlich der Terminvermittlung in einem zugelassenen Krankenhaus gelten die oben genannten Voraussetzungen entsprechend. Der Termin muss daher dem Versicherten innerhalb von einer Woche angeboten werden und es darf eine Wartezeit auf diesen Termin von vier Wochen nicht überschritten werden. Ferner muss das Krankenhaus in einer für die konkrete Behandlung angemessenen Entfernung liegen. Hinsichtlich der Behandlung im Krankenhaus werden auch die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung gelten.

Die Inanspruchnahme eines zugelassenen Krankenhauses ist dann nicht erforderlich, wenn es sich bei dem Behandlungstermin um eine verschiebbare Routineuntersuchung handelt, Fälle von Bagatellerkrankungen oder weitere vergleichbare Fälle vorliegen. In diesem Zusammenhang soll ein Termin in einer „angemessenen“ Zeit vermittelt werden und darf über die Vier-Wochen-Frist hinausgehen. Als denkbare medizinische Gründe für die Einstufung des Falls nennt die Gesetzesbegründung beispielhaft die Indikation oder, wenn keine Gefahr besteht, dass sich der Gesundheitszustand ohne Behandlung verschlechtert oder eine längere Verzögerung zu einer Beeinträchtigung des angestrebten Behandlungserfolgs führt. Dabei soll jedoch zunächst grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass eine Behandlung innerhalb von vier Wochen medizinisch begründet ist.

In der Gesetzesbegründung wird insbesondere hervorgehoben, dass, unabhängig vom jeweiligen Einzelfall, der Grundsatz der freien Arztwahl gemäß § 76 SGB V gelte und unberührt bleibe (BT-Drs. 18/4095, S. 88). Daher ist es dem Versicherten freigestellt, nicht nur auf die Behandlung bei dem von der Terminservicestelle vermittelten Facharzt zu verzichten und stattdessen zu einem späteren Termin seinen „Wunscharzt“ aufzusuchen, sondern auch die von der Terminservicestelle angebotene Behandlung im Krankenhaus abzulehnen und auf einen späteren Behandlungstermin bei einer oder einem niedergelassenen Fachärztin oder Facharzt zu warten.

Um bundesweit eine möglichst einheitliche Ver-

fahrensweise bei den Terminservicestellen zu gewährleisten, werden die Bundesmantelvertragspartner in § 75 Absatz 1 a SGB V (neu) verpflichtet, konkretisierende Regelungen insbesondere zu den unbestimmten Rechtsbegriffen wie „zumutbare Entfernung“, angemessene Wartezeit“, „Nachweis des Vorliegens einer Überweisung“ oder „Bagatellerkrankungen“ zu treffen.

Schließlich bestimmt § 75 Absatz 1a SGB V (neu), dass die vorgenannten Voraussetzungen keine Anwendung finden, soweit es um die Vermittlung von Terminen für zahnärztliche Behandlungen nach § 28 Absatz 2, kieferorthopädische Behandlungen nach § 29 SGB V sowie um psychotherapeutische Behandlungen nach § 28 Absatz 3 SGB V geht. Die Ausnahme für die psychotherapeutischen Behandlungen wird in der Gesetzesbegründung damit begründet, dass eine ambulante psychotherapeutische Versorgung – anders als bei anderen fachärztlichen Leistungen – in der Regel nicht durch entsprechende stationäre psychotherapeutische Leistungserbringer ersetzt werden könne. Zudem sei zu berücksichtigen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen des GKV-VSG verpflichtet wird, zur Reduzierung von Wartezeiten in der psychotherapeutischen Versorgung die Psychotherapie-Richtlinie zu überarbeiten. Der Gemeinsame Bundesausschuss habe dabei insbesondere Regelungen zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung von Gruppentherapien sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens zu beschließen. Zur Reduzierung von Wartezeiten bei dringendem Behandlungsbedarf solle dabei eine Akutversorgung auch durch Psychotherapeuten ermöglicht werden.

Auch hinsichtlich dieser Regelungen haben die Fraktionen von CDU/CSU und SPD nunmehr einen Änderungsantrag (Nr. 18) eingereicht und beantragen unter anderem, dass die Regelungen zur Vermittlung eines zeitnahen Facharzttermins sollen auch für die Vermittlung von psychotherapeutischen Sprechstunden gelten sollen.

Neu wäre nach dem Änderungsantrag auch die Einführung einer Evaluierungsverpflichtung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Der Ergänzungsvorschlag wird im Änderungsantrag als sachgerechte Maßnahme begründet, die geeignet sei, Transparenz über die Arbeit der Terminservicestellen in Bezug auf die fristgemäße Vermittlung von Facharztterminen, die Häufigkeit

der Inanspruchnahme sowie über die Vermittlungsquoten – insbesondere auch im Hinblick auf das Angebot von Terminen in Krankenhäusern – zu schaffen.

Wie die Terminstellen praktisch umgesetzt werden sollen, lässt der Gesetzgeber offen und überlässt dies den Kassenärztlichen Vereinigungen. Insbesondere hinsichtlich der Koordinierung freier Kapazitäten bei den Fachärzten ist fraglich, ob diese überhaupt bereit sind Termine freizuhalten, da keine finanziellen Anreize bestehen, Behandlungskapazitäten zu schaffen. Zumal die Regelung die Fachärzte nicht zur Meldung freier Kapazitäten verpflichtet. Gleiches gilt hinsichtlich der Patienten, auch diese sind nicht verpflichtet die vermittelten Termine wahrzunehmen.

Ob die Terminservicestellen tatsächlich ihre Aufgaben erfüllen werden und somit ihren Zweck, eine angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung zu gewährleisten, nachkommen, wird sich zeigen. Dies gilt auch hinsichtlich der Vereinbarkeit mit den Wunsch Kriterien der Patienten in Bezug auf den Arzt, Behandlungsort und –zeit. Fest steht allerdings schon jetzt, dass die Einrichtung und Inbetriebnahme der Terminservicestellen einen hohen bürokratischen und finanziellen Aufwand für die Kassenärztlichen Vereinigungen bringen werden.

6. Recht auf Zweitmeinung

Neben den Terminservicestellen soll das SGB V nach dem bisherigen Entwurf zum GKV-VSG das sog. Zweitmeinungsverfahren enthalten. Dieses soll in einem neuen § 27b SGB V implementiert werden. Das Zweitmeinungsverfahren betrifft nach § 27b Absatz 1 (neu) Versicherte, bei denen die Indikation zu einem planbaren Eingriff gestellt wird, bei dem insbesondere im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung seiner Durchführung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist. Die Anforderungen daran sollen durch den G-BA in seinen Richtlinien bestimmt werden. Dabei darf die Zweitmeinung jedoch nicht von einem Arzt oder einer Einrichtung eingeholt werden, durch den oder in der der Eingriff stattfinden soll. Nach dem ursprünglichen Gesetzesentwurf sollten zur Zweitmeinung zugelassene und ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser, MVZ und Einrichtungen berechtigt sein. Dem behandelnden Arzt obliegt dabei nach §

27b Absatz 5 SGB V (neu) eine Auskunftspflicht. Dabei muss er insbesondere auf die von den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landeskrankenhausgesellschaft entwickelte Liste der Leistungserbringer hinweisen. Der Arzt hat nach § 27b Absatz 5 (neu) dafür Sorge zu tragen, dass die Aufklärung in der Regel mindestens zehn Tage vor dem geplanten Eingriff erfolgt. In jedem Fall hat die Aufklärung so rechtzeitig zu erfolgen, dass der Versicherte seine Entscheidung über die Einholung einer Zweitmeinung wohlüberlegt treffen kann.

Die Änderungswünsche der Koalitionsfraktionen (Nr. 1,4, 22) modifizieren dies dahingehend, dass hinsichtlich des G-BA auch die Möglichkeiten der telemedizinischen Leistungserbringung zu berücksichtigen sind. Weiterhin dürfen Zweitmeinungen zudem noch durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzte erbracht werden dürfen.

Aus radiologischer Sicht ist es wichtig, dass in § 27b Absatz 4 SGB V (neu) die Regelung angefügt werden soll, dass der Arzt den Versicherten bei der Aufklärung auf sein Recht auf Überlassung von Abschriften notwendiger Befundunterlagen aus der Patientenakte gemäß § 630g Absatz 2 BGB hinzuweisen hat. Die Koalitionsfraktionen betonen insbesondere in ihrer Begründung, dass für Röntgenbilder derzeit § 28 Absatz 8 RöV gelte. Hierdurch werde ein effektives Verfahren ermöglicht, bei dem radiologische Untersuchungen nicht unnötig wiederholt werden müssten, wenn der Versicherte sich zur Einholung einer Zweitmeinung entscheidet. Der Versicherte könne die Übergabe einer Abschrift der Befundunterlagen sowie die Überlassung z. B. von Röntgenbildern unmittelbar, aber auch zu einem späteren Zeitpunkt verlangen (S. 39 der Änderungsanträge). Damit sind die Fraktionen einer Anregung des Bundesrates (Drs. 641/14, S. 10) gefolgt.

7. Gründungsvoraussetzungen bei MVZ

Das GKV-VSG sieht vor, das Merkmal „fachübergreifend“ aus der Formulierung des § 95 Absatz 1 Satz 2 SGB V zu streichen. Nach der bisherigen Fassung des § 95 Absatz 1 Satz 2 SGB V ist Voraussetzung für die Gründung eines MVZ, dass es sich hierbei um eine fachgruppenübergreifende ärztlich geleitete Einrichtung handelt. Dementsprechend müssen mindestens zwei Vertragsärzte mit verschiedenen Fachgebieten und mindestens halber Arztstelle im MVZ tätig sein,

wobei verschiedene Schwerpunktbezeichnungen nach den weiterbildungsrechtlichen Vorgaben genügen, vgl. § 95 Absatz 1 Satz 3 SGB V.

Die Streichung des Kriteriums „fachübergreifend“ ermöglicht nunmehr auch die Gründung fachgruppengleicher MVZ unter Hausärzten, Zahnärzten oder sonstigen Facharztgruppen. Bezweckt wird damit die weitere Flexibilisierung der Zusammenarbeit unter Vertragsärzten. Zudem sollen die Gründungsmöglichkeiten für MVZ weiterentwickelt werden. Eine weitere Folge dieser Änderung ist zudem, dass die Abgrenzung zur fachgruppengleichen Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) verwässert wird. Für solche BAG besteht nunmehr die Möglichkeit der Umwandlung in ein fachgruppengleiches MVZ und die Umwandlung in die Rechtsform einer GmbH. Eine weitere Neuerung des GKV-VSG ist, dass Anstellungsgenehmigungen von einem MVZ auf ein anderes MVZ desselben Trägers entsprechend der Sitzverlegung bei Vertragsärzten ermöglicht werden soll. Dies wird eine Verschärfung der Wettbewerbssituation zur Folge haben, da Einzelpraxen und BAG künftig verstärkt in den Wettbewerb mit großen MVZ-Strukturen mit einem hohen finanziellen Background treten werden und die Anstellungsdichte in der Ärzteschaft weiter steigen wird. Zudem ist zu erwarten, dass neben einer Neugründungswelle von MVZs viele BAG in ein MVZ umgewandelt werden.

Das GKV-VSG wird im Bereich des Nachbesetzungsverfahrens und den bisherigen Auswahlkriterien eine weitere Neuerung bringen. Nach den bisherigen Regelungen findet im Rahmen des Nachbesetzungsverfahrens eine personengebundene Auswahl nach den Qualifikationen des Bewerbers statt. Das GKV-VSG sieht nunmehr vor, einen neuen § 103 Absatz 4 Satz 10 SGB V einzufügen, der bestimmt:

„[...] hat sich ein medizinisches Versorgungszentrum auf die Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes beworben, kann auch anstelle der in Satz 5 genannten Kriterien die Ergänzung des besonderen Versorgungsangebots des medizinischen Versorgungszentrums berücksichtigt werden.“

Dementsprechend kann der Zulassungsausschuss im Rahmen des Nachbesetzungsverfahrens bei der Bewerbung eines MVZ neben der personengebundenen Auswahl, das besondere Versorgungsangebot des MVZ dahingehend berücksichtigen, inwieweit dieses durch die Zulassung verbessert wird. Dadurch wird sich für ein MVZ die Möglichkeit eröffnen, sich auf einen

ausgeschriebenen Vertragsarztsitz vorsorglich bewerben zu können, ohne dass ein konkreter Kandidat zur Verfügung steht. Daraus folgt letztendlich die Aushebelung der „Bestenauswahl“ im Rahmen des Nachbesetzungsverfahrens zugunsten der MVZ-Struktur. Dies ist insbesondere dann problematisch, wenn im Nachbesetzungsverfahren ein konkreter Niederlassungsbewerber und ein MVZ zur Auswahl stehen. Einzelpraxen und BAGs können sich weiterhin nur mit einem konkreten Bewerber am Nachbesetzungsverfahren teilnehmen.

Schließlich soll den Kommunen die Möglichkeit gegeben werden, aktiv die Versorgung in der Region zu beeinflussen und zu verbessern. Dementsprechend sieht der Entwurf des GKV-VSG vor, dass auch Kommunen künftig MVZ-Träger sein können. Dabei wird Kommunen die Gründung eines MVZ nicht nur in der Rechtsform des privaten Rechts, sondern auch in der öffentlich-rechtlichen Rechtsform in der Rechtsform des Eigenbetriebs und des Regiebetriebs ermöglicht. Dies eröffnet den Kommunen im Einzelfall mehr Gestaltungsfreiheit, da sie entscheiden können, welche öffentlich rechtliche Rechtsform im Einzelfall zur Anwendung kommen soll. Im Eigenbetrieb entfällt für die Kommunen zusätzlich das Erfordernis der Erbringung einer selbstschuldnerischen Bürgschaft. Zudem soll nach der neuen Regelung das Zustimmungserfordernis der Kassenärztlichen Vereinigungen entfallen. Dies bedeutet, dass Kommunen künftig ohne Abstimmung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen MVZ gründen und betreiben dürfen, mit der Folge, als „zweite Instanz“ steuernd in die Versorgung eingreifen zu können. Darüber hinaus werden die Kommunen als öffentlich-rechtliche Konkurrenz für Niedergelassene und private MVZ in den Wettbewerb treten. Positiv ist jedoch, dass die Kommunen die Chance erhalten, künftig aktiv die Versorgung zu gestalten und einer drohenden Unterversorgung vorzubeugen.

8. Neuregelungen bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Durch GKV-VSG sollen die Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Richtgrößenprüfungen zum 1.1.2017 neu geordnet werden, § 106b SGB V (neu). Danach wird die Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit ärztlich verordneten Leistungen anhand von Vereinbarungen geprüft, die von den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den

Kassenärztlichen Vereinigungen zu treffen sind. Auf der Grundlage dieser Vereinbarungen können Nachforderungen wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise nach § 106 Absatz 3 SGB V festgelegt werden. In den Vereinbarungen müssen Regelungen zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen in allen Bereichen ärztlich verordneter Leistungen enthalten sein. In diesem Zusammenhang haben die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen einheitliche Rahmenvorgaben für die Prüfungen zu vereinbaren. Darin ist insbesondere festzulegen, in welchem Umfang Wirtschaftlichkeitsprüfungen mindestens durchgeführt werden sollen. In diesen Vereinbarungen ist zudem ein Verfahren festzulegen, das sicherstellt, dass individuelle Beratungen bei statistischen Prüfungen der Ärztinnen und Ärzte der Festsetzung einer Nachforderung bei erstmaliger Auffälligkeit vorgehen. Davon ausgenommen sind jedoch Einzelfallprüfungen. Mit dieser Regelung soll der in § 106 Absatz 5e SGB V im Rahmen von Richtgrößenprüfungen enthaltende Grundsatz „Beratung vor Regress“, auch in den auf regionaler Ebene zu vereinbarenden Prüfungsarten sichergestellt werden, sofern statistische Prüfungsmethoden gewählt werden. Dies soll nach der Intention des Gesetzgebers dem Abbau von Niederlassungshemmnissen dienen.

Ferner sollen die Vertragspartner besondere Verordnungsbedarfe für die Verordnung von Heilmitteln festlegen, die bei den oben genannten Prüfungen anzuerkennen sind. Darüber hinaus steht es den gesamten Vertragspartnern offen, weitere anzuerkennende besondere Verordnungsbedarfe auf regionaler Ebene zu vereinbaren.

Zudem nennt der neue § 106b Fälle, in den eine Wirtschaftlichkeitsprüfung ausgeschlossen ist, z.B. hinsichtlich der Verordnungen der nach § 32 Absatz 1a Satz 1 SGB V genehmigten Heilmittel für Versicherte mit langfristigem Behandlungsbedarf oder der Verordnungen von Arzneimitteln, für die der Arzt einem Arzneimittelrabattvertrag nach § 130a Absatz 8 SGB V beigetreten ist.

Der neue § 106b SGB V sieht somit insbesondere im Arzneimittelbereich eine Regionalisierung der Regelungen zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Ärztinnen und Ärzte vor. Näheres dazu wird sich jedoch erst aus den noch zu treffenden Vereinbarungen zwischen den oben genannten Vertragspartnern ergeben.

9. Stimmverteilung in den Vertreterversammlungen

In der Ärzteschaft stark umstritten ist die geplante strukturelle Änderung in der Selbstorganisation der Vertragsärzte. Um die Zusammenarbeit der Hausärzte einerseits und der Fachärzte andererseits jeweils zu verbessern, werden in der Vertreterversammlung eine Stimmgewichtung und eine nach Versorgungsbereichen getrennte Abstimmung aufgenommen (BT-Drs. 18/4095, S. 92 f.). Dies bedeutet, dass § 79 Abs. 3 SGB V dahingehend geändert wird, dass bei Angelegenheiten, die nur einen der beiden Versorgungsbereiche betreffen, nur unter den Angehörigen dieses Versorgungsbereiches abgestimmt wird. Bei versorgungsbereichs-übergreifenden Fragen werden demgegenüber die Stimmen so gewichtet, dass in Zukunft Parität herrschen soll.

10. Fazit

Durch das GKV-VSG soll die Sicherung der flächendeckenden und möglichst gut erreichbaren medizinischen Versorgung der Versicherten durch Maßnahmen zur Flexibilisierung der Rahmenbedingungen für Leistungserbringer auf verschiedenen Ebenen gezielt gefördert werden. Den Beteiligten vor Ort wird ermöglicht, regionalen Erfordernissen und Gegebenheiten Rechnung zu tragen. Ob die drohende Unterversorgung in ländlichen Gebieten durch diese Maßnahmen langfristig abgemildert werden kann, darf wie bereits bei dem GKV-VStG bezweifelt werden. Widersprüchlich erscheint die Einrichtung von Terminservicestellen, d.h. die Anerkennung der Tatsache, dass Patienten häufig lange Wartezeiten für einen Besuch beim Facharzt in Kauf nehmen müssen, bei gleichzeitiger Weigerung auch in diesen überversorgten Planungsbereichen Vertragsärzten die Nachbesetzung zu ge-

nehmigen. Insgesamt ist die vertragsärztliche Bedarfsplanung auf den Prüfstand zu stellen, zumal deren statistische Planungsgrundlagen aus den 90iger Jahren stammen und dringend einer Aktualisierung bedürften.

Positiv ist daher in jedem Fall zu bewerten, dass die Koalition die für Vertragsärzte sicherlich einschneidende Regelung, die Aufkaufpflicht von Vertragsarztsitzen in überversorgten Gebieten, in drastischer Weise eingeschränkt hat.

Auf der anderen Seite ist es bedauerlich, dass sich die Politik nicht zu einer Modifizierung der Vorgaben der ASV und insbesondere einer Stärkung der Radiologen im Rahmen der Teambildung durchringen konnte. ■

Impressum

Lic. iur. can. Urs Fabian Frigger,
Rechtsanwalt

Stefanie Broß,
Rechtsanwältin

Rechtsanwälte Wigge
Scharnhorststr. 40
48 151 Münster
Tel.: (0251) 53 595-0
Fax: (0251) 53 595-99
Internet: www.ra-wigge.de
E-Mail: kanzlei@ra-wigge.de