

Versorgungsverstärkungsgesetz

Gesundheitsministerium lässt sich in die Karten schauen

Aus dem Bundesgesundheitsministerium unter Leitung von Hermann Gröhe (Foto) ist ein Referentenentwurf für das mit Spannung erwartete GKV-Versorgungsverstärkungsgesetz „durchgesickert“. Darin sind konkrete Formulierungen zur Änderung und Ergänzung des Sozialgesetzbuches V enthalten. In den tagesaktuellen Medien wurde bereits über dieses Papier berichtet. Die KV-Blatt-Redaktion hat ausgewählte Punkte des Papiers nachstehend zusammengefasst. Die Darstellung ist nicht vollständig und wird ggf. in den nächsten Ausgaben ergänzt.

Bislang sehr kontrovers diskutierte Punkte wie die Einrichtung sogenannter Terminservicestellen oder die Spaltung der Vertreterversammlungen der KBV und der KVen sind dort erwartungsgemäß enthalten.

Terminservicestellen: Wie erwartet, soll die Einrichtung sogenannter Terminservicestellen nun gesetzlich geregelt werden. Eine solche Terminservicestelle soll einem GKV-Versicherten auf dessen Verlangen nach Vorliegen einer Überweisung zum Facharzt innerhalb einer Woche einen Termin vermitteln. Die Wartezeit für den zu vermittelnden Termin darf vier Wochen nicht überschreiten. Die Entfernung zwischen Wohnort und zu vermittelnder Facharztpraxis „muss zumutbar“ sein. Kooperationen beim Betreiben von Terminservicestellen zwischen KVen und Krankenkassen sollen möglich sein. Einzelheiten müssen die Ärzte und Krankenkassen über den Bundesmantelvertrag regeln.

Förderung der Allgemeinmedizin: KVen und Krankenkassen werden zur Förderung der Allgemeinmedizin gesetzlich verpflichtet. Die Kosten der Weiterbildung im ambulanten Bereich müssen sie je zur Hälfte tragen. Die Zuschüsse der Krankenkassen müssen außerhalb der Gesamtvergütung gezahlt werden. Maßstab ist die Höhe der Weiterbildungsvergütung im Krankenhaus. Bundesweit müssen jährlich mindestens 7.500 Weiterbildungsstellen gefördert



werden. Einzelheiten (Höhe der Förderung, Verteilung der Weiterbildungsstellen auf die KV-Regionen, Finanzausgleichregelungen bei von den Vorgaben abweichenden Zahlen geförderter Weiterbildungsstellen usw.) müssen Krankenkassen und Kassenärztliche Bundesvereinigung für alle Regionen regeln.

Spaltung der Vertreterversammlungen:

KBV und KVen müssen in ihren Satzungen Regelungen vorsehen, wonach Hausärzte über hausärztliche Belange und Fachärzte ausschließlich über fachärztliche Belange abstimmen. Bei gemeinsamen Abstimmungen muss zwischen beiden Gruppen eine Parität hergestellt werden.

Zusätzlicher Fachausschuss: Durch eine Änderung der Vorschrift des § 79 c werden die KBV und die KVen nun gezwungen, neben den bestehenden Fachausschüssen für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung auch einen Fachausschuss für angestellte Ärztinnen und Ärzte einzurichten.

Zweitmeinungen als EBM-Leistung: Bis Ende März 2016 muss im EBM eine Regelung zur Abrechnung von Zweitmeinungsleistungen vorgesehen werden. Das Recht der Patienten auf Einholung einer Zweitmeinung, etwa bei Operationen oder Rehamaßnahmen, wird ausgeweitet. Die Kriterien und Anforderungen für Zweitmeinungsärzte sollen vom Gemeinsamen Bundesausschuss vorgegeben werden.

Ausverkauf von Vertragsarztsitzen: Ein Zulassungsausschuss soll in Zukunft

die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes in einem statistisch überversorgten Gebiet ablehnen, wenn diese nicht erforderlich ist. Bislang ist dies lediglich eine „Kann“-Bestimmung.

Ermächtigung von Krankenhausärzten:

Hat ein Landesausschuss in einem bestimmten Bereich einen Versorgungsbedarf festgestellt, ist der Zulassungsausschuss gegebenenfalls zur Ermächtigung eines Krankenhausarztes verpflichtet.

Vergütung von Praxisnetzen: Für von einer KV anerkannte Praxisnetze müssen gesonderte Vergütungsregelungen vorgesehen werden. Die Bildung eigener Honorarvolumina als Teil der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung soll möglich sein (Kann-Bestimmung).

Öffentlich-rechtliche MVZ: Kommunen sollen Medizinische Versorgungszentren (MVZ) auch in eigener, öffentlich-rechtlicher Trägerschaft gründen. Eine Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung soll nicht mehr notwendig sein. (Die Bestimmung, dass dies bislang nur möglich ist, wenn eine Versorgung auf andere Weise nicht erfolgen kann, wurde gestrichen.)

Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 und § 106 a SGB V: Krankenkassen und KVen in einer Region vereinbaren künftig gemeinsam und einheitlich Inhalt und Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Wie bisher wird jedoch zwischen der Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen sowie für Verordnungen unterschieden. Auch werden bindende Kriterien für solche regionale Vereinbarungen gesetzlich vorgesehen.

Integrierte Versorgung: KVen sollen über eine Änderung des § 140 a SGB V Vertragspartner der Integrierten Versorgung werden können. Bei Einführung dieser Gesetzesvorschrift waren KVen ausdrücklich von einer solchen Möglichkeit ausgenommen worden.

Reinhold Schlitt