Die Zweitmeinung im neuen Gesetz

Am 16. Juli 2015 hat es der Bundespräsident unterzeichnet, am 22. Juli 2015 ist es im Bundesgesetzblatt veröffentlicht worden und nun in weiten Teilen in Kraft: Im „Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) ist der Anspruch von Patienten festgeschrieben, eine medizinische Zweitmeinung einzuholen. Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung wird damit um § 27b ergänzt. Er enthält folgenden Absatz 1: „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, haben Anspruch darauf, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung bei einem Arzt oder einer Einrichtung nach Absatz 3 einzuholen.“

Die Zweitmeinung kann nicht bei einem Arzt oder einer Einrichtung eingeholt werden, durch den oder durch die der Eingriff durchgeführt werden soll.“ Welche planbaren Eingriffe unter die-

se Regelung fallen, ist noch offen. Dies muss der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bis zum 31. Dezember dieses Jahres bestimmen. Sicher ist nur, dass es sich um planbare und sogenannte mengenanfällige Leistungen handeln wird. Das sind Maßnahmen, bei denen es in den vergangenen Jahren einen zahlenmäßigen Zuwachs gegeben hat.

Außerdem legt der G-BA fest, welche Anforderungen Ärzte und Versorgungseinrichtungen zu erfüllen haben, damit sie eine Zweitmeinung abgeben dürfen. Das neue Gesetz verschafft den Patienten jedenfalls kein uneingeschränktes Recht auf eine Zweitmeinung. Und im Gegensatz zum früheren, gewissermaßen gesetzlosen Zustand, scheint nun sogar die Möglichkeit am Horizont aufzutauchen, die Kostenerstattung für die Zweitmeinung zu verweigern, sofern sie nicht einen der noch zu bestimmenden planbaren und mengenanfälligen Eingriffe betrifft. Ob das Versorgungsstärkungsgesetz also die Patienten oder doch eher die Position der Versorger stärkt, bleibt damit erst einmal dahingestellt.

Robert Bublak

Das Recht auf eine Zweitmeinung sichert nicht zu, die Kosten erstattet zu bekommen.

den. Für privat Versicherte lohnt sich der Blick in den abgeschlossenen Versicherungsvertrag. In jedem Fall ist es ratsam, sich mit der Krankenkasse in Verbindung zu setzen, bevor man aktiv wird“ [www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/leben-mit-krebs/beratung-und-hilfe/aerztliche-zweitmeinung.html].

Freie Arztwahl im Sozialgesetzbuch

Das Recht auf eine zweite Meinung, so hört es sich an, gibt es zwar. Aber dieses Recht sichert nicht zu, die Kosten erstattet zu bekommen, so man es in Anspruch nimmt. Wo aber ein Recht ist, muss es doch immerhin Regeln geben – denkt man. Tatsächlich gibt es den § 76 im Sozialgesetzbuch V, der die freie Arztwahl garantiert. Damit scheint das Recht auf eine Zweitmeinung eine gesetzliche Grundlage zu

haben. Jedoch wird auch in diesem Paragraphen gewarnt: Wer ohne zwingenden Grund zu einem anderen als einem der nächsterreichbaren Vertragsärzte geht, muss die Mehrkosten tragen.

„Ja, das Recht auf eine Zweitmeinung basiert tatsächlich auf dem Recht auf freie Arztwahl und ist andernorts gesetzlich nicht explizit geregelt“, erklärt Claudia Schlund von der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland. Inzwischen ist zwar das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz im Bundesgesetzblatt erschienen und damit zumindest in dem Teil, der die Zweitmeinung regelt, eigentlich in Kraft getreten.

Doch für welche Eingriffe genau eine Zweitmeinung eingeholt werden darf, steht noch gar nicht fest. Das muss der Gemeinsame Bundesausschuss festlegen. Bis Ende 2015 hat er dafür Zeit.