



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und
bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

vom 23.7.2018

Stand: 15.8.2018

Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkung	4
2. Kommentierung des Gesetzentwurfs.....	7
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 6 § 10 (Familienversicherung)	7
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 10 § 20j – neu – (Präexpositionsprophylaxe)	9
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 13 § 29 Absatz 5 (Kieferorthopädische Behandlung).....	10
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 27 § 55 (Leistungsanspruch)	12
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 35 § 75 (Inhalt und Umfang der Sicherstellung).....	14
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 39 § 85 (Gesamtvergütung).....	16
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 40 § 87 (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte).....	17
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 41 § 87 a (Regionale Euro–Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten).....	23
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 45 § 89 (Schiedsamt).....	25
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 46 § 89 a (Sektorenübergreifendes Schiedsgremium)	26
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 47 § 95 (Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung).....	27
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 48 § 96 (Zulassungsausschüsse)	30
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 49 § 101 (Überversorgung)	31
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 50 § 103 (Zulassungsbeschränkungen)	32
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 51 § 105 (Förderung der vertragsärztlichen Versorgung).....	36
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 66 § 132 d (Spezialisierte ambulante Palliativversorgung)	39

- Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 73
§ 197 a (Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im
Gesundheitswesen)41
- Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 77
c) § 235 Absatz 2 (Beitragspflichtige Einnahmen von
Rehabilitanden, Jugendlichen und Menschen mit Behinderungen
in Einrichtungen)43
- Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 83
§ 291a (Elektronische Gesundheitskarte und
Telematikinfrastruktur)44
- Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 86
b) § 295 Absatz 1 (Abrechnung ärztlicher Leistungen)46
- Artikel 8 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 5 §
71 (Pflegeeinrichtungen)48
- Artikel 8 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 6 §
72 (Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag).....49
- Artikel 8 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 7 §
112 (Qualitätsverantwortung).....50
- 3. Ergänzender Änderungsbedarf 51**
 - 3.1 Nicht-Diskriminierung von GKV-Versicherten bei
Terminvergabe51
 - 3.2 Speicherung von Daten in der elektronischen Patientenakte52
 - 3.3 Legitimation elektronischer Antragsverfahren in der
zahnärztlichen Versorgung.....53
 - 3.4. Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung55

1. Vorbemerkung

Mit dem Referentenentwurf für ein Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) soll die Termin- und Wartezeitensituation in den Arztpraxen in Deutschland verbessert werden. Dieser Schritt wird vom vdek ausdrücklich begrüßt.

Das zusätzliche Aufgabenbündel, das die Terminservicestellen bekommen, ist geeignet, diese Einrichtungen zu wertvollen Vermittlungseinrichtungen weiterzuentwickeln und den Zugang zur benötigten ärztlichen Hilfe zu erleichtern. Hervorzuheben ist die Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit über die bundeseinheitliche Notdienstnummer 116 117 sowie das vorgesehene Online-Angebot zur Terminvermittlung. Künftig sollen auch Termine zu Haus- und Kinderärzten und unter bestimmten Bedingungen auch Termine für eine Akutbehandlung vermittelt werden; ansonsten bleibt das Vorliegen einer entsprechenden Überweisung bis auf wenige Ausnahmen obligatorisch. Ein wirksamer Mechanismus, wie die Bevorzugung von Privatpatienten in den Arztpraxen unterbunden werden kann, enthält der Entwurf jedoch nicht. Hier ist nachzubessern, indem gesetzlich klargestellt wird, dass die Diskriminierung von gesetzlich versicherten Patienten gegenüber Privatpatienten als Verstoß gegen die vertragsärztlichen Pflichten zu werten ist. Hierzu wird in der vorliegenden Stellungnahme ein konkreter Vorschlag gemacht.

Der vdek begrüßt auch, dass die Mindestsprechstundenzeiten von 20 auf 25 Stunden in der Woche heraufgesetzt werden und Ärzte in der sog. wohnortnahen Versorgung mindestens fünf Stunden in der Woche als offene Sprechstunden anbieten müssen. Die Sprechzeiten sind über die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zu veröffentlichen und die Einhaltung der Mindestsprechzeiten zu überprüfen. Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) kommt die Aufgabe zu, die Bedingungen zur einheitlichen Umsetzung zu regeln, wozu auch Vorgaben für digitale Vermittlungsplattformen und die Zertifizierung eines Moduls zum Terminmanagement in allen Praxisverwaltungssystemen gehört. Diese Maßnahmen werden den notwendigen Druck erzeugen, dass die Terminservicestellen künftig so arbeiten, wie es vom Gesetzgeber auch beabsichtigt war. Kritisch ist zu sehen, dass im Zuge der Neuregelungen vieles, das heute selbstverständlich in den Arztpraxen ist, in Zukunft extrabudgetär vergütet werden soll. Wird ein Patient über eine Terminservicestelle einem Facharzt vermittelt oder lässt der Patient sich in einer offenen Sprechstunde behandeln, sollen diese Leistungen extrabudgetär vergütet werden. Damit werden Fehlreize für Ärzte geschaffen, verlässliche Terminsprechstunden in offene Sprechstunden umzuwandeln, was zu längeren Wartezeiten in den Praxen führen dürfte. Eine finanzielle Förderung von regulären Terminen, die über die Terminservicestellen vermittelt werden und für die keine freie Arztwahl besteht, leitet weitere Fehlentwicklungen ein.

Die neuen extrabudgetären Vergütungen müssen auf tatsächliche Mehrleistungen, die im Zuge des Gesetzes entstehen, begrenzt bleiben. Eine höhere Vergütung bei der Behandlung von Neupatienten ist angesichts des Mehraufwandes bei der Erstanamnese gerechtfertigt. Da es sich bei den bisherigen Grund- und Versichertenpauschalen um Mischkalkulationen handelt, müssen jedoch in der Folge diese Pauschalen für Bestandspatienten abgesenkt werden. Die Vermittlung von Facharztterminen durch Hausärzte sollte nach Auffassung des vdek nur dann zusätzlich vergütet werden, wenn in medizinisch besonders dringenden Fällen eine Behandlung durch den Facharzt innerhalb von 72 Stunden erfolgt. Eine bessere Vergütung von Akutfällen nach vorheriger Triage durch die Terminservicestelle kann dazu beitragen, Notaufnahmen zu entlasten. Insgesamt ist davon auszugehen, dass mit diesen Neuregelungen erhebliche Ausgabensteigerungen und vermehrte Prüferfordernisse einhergehen.

Regionale Vergütungszuschläge sind nach dem Referentenentwurf in Regionen mit drohender oder bereits bestehender Unterversorgung obligatorisch festzulegen. Dieses Instrument kann dazu beitragen, die Versorgung in ländlichen Regionen zu stützen und für angehende Vertragsärzte attraktiver zu machen. Allerdings sollten die Verhandlungen über die Höhe der Zuschläge – statt im Landesausschuss Ärzte/Krankenkassen – im Rahmen der regionalen Verhandlungen zum ärztlichen Honorar erfolgen, da sich anderenfalls Doppelungen der Regelungen zu Zuschlägen für besonders förderungswürdige Leistungen und Leistungserbringer ergeben. Die vorgesehene hälftige Finanzierung durch Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) ist dabei sachgerecht. Instrumente, die vormals ausschließlich in schlechter versorgten Gebieten zum Einsatz kamen, sollen nun breite Anwendung finden. Dies gilt auch für die regionalen Strukturfonds, die finanziell ausgebaut und künftig verpflichtend für alle KVen werden. Letztlich geht mit der breiten Anwendung spezifischer Instrumente gegen Versorgungsprobleme die Gefahr einher, bestehende Versorgungsdisparitäten ggf. zu vergrößern.

Mit dem TSVG soll auch der Aufbau von Eigeneinrichtungen der KVen gefördert werden; dies bis hin zur Verpflichtung zum Betrieb von Eigeneinrichtungen in Gebieten, in denen Unterversorgung oder drohende Unterversorgung festgestellt worden ist. Der Verpflichtung kann auch durch mobile oder digitale Sprechstunden, Praxisbussen o. ä. entsprochen werden. Diese Maßnahmen können durch die regionalen Strukturfonds bei den KVen gefördert werden. Nach Ansicht des vdek ist es richtig, durch klare Vorgaben dazu anzuhalten, den Sicherstellungsauftrag zu erfüllen. Bei den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) sollen Fehlentwicklungen, die zu einem zunehmenden Einfluss von Kapitalinvestoren geführt haben, zurückgedrängt werden.

Bei der ärztlichen Bedarfsplanung sollen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung in der Übergangszeit Zulassungsbeschränkungen für einzelne Facharztgruppen, u. a. auch für Psychiater und Pädiater, befristet entfallen, bis die Bedarfsplanungs-Richtlinie, die derzeit auf der Grundlage eines Gutachtens überprüft wird, neu geregelt ist. Das soll nun bis zum 30.6.2019

abgeschlossen werden. In ländlichen Gebieten sollen Zulassungsbeschränkungen für Neuniederlassungen entfallen und die Bedarfsplanung flexibilisiert werden. Den Ländern soll dabei die Bestimmung der Regionen obliegen, in denen neue Arztsitze entstehen sollen. Dazu erhalten sie ein Mitberatungs- und Antragsrecht in den Zulassungsausschüssen. Nach Ansicht des vdek sind hier insbesondere die Selbstverwaltungspartner gefordert, sach- und bedarfsgerechte Lösungen zu entwickeln.

Ein wesentliches Element des Referentenentwurfs sind die Regelungen zur Digitalisierung. Spätestens ab 2021 haben die Krankenkassen ihren Versicherten eine elektronische Patientenakte (ePA) anzubieten. Den Patienten soll über die elektronische Gesundheitskarte (eGK) hinaus ein mobiler Zugriffsweg auf ihre Daten ermöglicht werden. Die Einwilligung des Versicherten in die Nutzung medizinischer Anwendungen soll vereinfacht werden. Positiv hervorzuheben ist, dass ab 2021 ein einheitliches, verbindliches elektronisches Verfahren zur Übermittlung von Arbeitsunfähigkeitsdaten (AU) an die Krankenkassen eingeführt werden soll. Die Pflicht zur Übermittlung obliegt dabei der Stelle, die die AU feststellt; in der Regel dem Arzt. Damit wird ein konkreter Vorschlag der Krankenkassen zur Beseitigung von Hemmnissen bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen umgesetzt. Darüber hinaus sollten auch die rechtlichen Grundlagen für elektronische Antragsverfahren im Leistungsgeschehen gelegt werden. Bei der Beantragung von Zahnersatz, genehmigungspflichtigen Hilfsmitteln oder psychotherapeutischen Leistungen ließen sich so die bürokratischen Aufwände deutlich reduzieren.

Zahlreiche mitgliedschafts-, beitrags- und leistungsrechtliche Regelungen sowie Neuregelungen zu Arzneimitteln (PrP, Grosshandelszuschlag, Impfstoffe), zur Pflegeversicherung, zum Sozialdaten- und Gesundheitsschutz machen das TSVG zu einem veritablen Omnibus-Gesetz. Einzelne Regelungen des Gesetzesentwurfs werden in Teil 2 der vorliegenden Stellungnahme kommentiert.

Bei vollem Wirksamwerden sollen sich die Neuregelungen des TSVG auf Kosten von etwa 500 bis 600 Millionen Euro im Jahr bilanzieren. Ab dem Jahr 2021 kommen nochmals 570 Millionen Euro für die Erhöhung der Festzuschüsse beim Zahnersatz hinzu. Mit dem TSVG, das in weiten Teilen zum 1.4.2019 in Kraft treten soll, wird somit ein weiteres, milliardenschweres gesundheitspolitisches Gesetzespaket auf den Weg gegeben.

Im folgenden Teil 2 werden einzelne Regelungen aus Sicht des vdek kommentiert. Im Übrigen schließt sich der vdek den Bewertungen des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) an. In Teil 3 werden ergänzende Vorschläge gemacht, so

- zur verbindlichen Verhinderung von Diskriminierung von GKV-Patienten bei der Vergabe von Arztterminen,
- zur Speicherung von Daten auf der elektronischen Patientenakte,
- zur Legitimation elektronischer Antragsverfahren in der zahnärztlichen Versorgung und
- zu den Modellvorhaben in der Heilmittelversorgung.

2. Kommentierung des Gesetzentwurfs

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 10 (Familienversicherung)

Sachverhalt

Zu a)

Diese Regelung stellt sicher, dass Abfindungen, Entschädigungen oder ähnliche Leistungen, die wegen Beendigung des Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, dem Gesamteinkommen in der Familienversicherung zuzurechnen sind.

Bewertung

Diese Änderung ist ausdrücklich zu begrüßen. Mit ihr wird eine Forderung der Ersatzkassen umgesetzt. Die Berücksichtigung einmaliger Abfindungen als Gesamteinkommen bei der Familienversicherung ist sachlich gerechtfertigt, weil die regelmäßigen monatlichen Einkommensverhältnisse auch von solchen Einnahmen mitbestimmt werden, die in größeren zeitlichen Abständen fließen oder durch einmalige Zahlungen geprägt sind, die als Entschädigungen für den Verlust des Arbeitsplatzes zum Teil Einkommensfunktion haben.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Sachverhalt

Zu b) bb)

Die Änderung bewirkt, dass die Familienversicherung ohne Altersgrenze im Anschluss an eine beendete Vorrangversicherung durchgeführt wird, wenn die Behinderung, aufgrund derer sich das Kind nicht selbst unterhalten kann, innerhalb der in § 10 SGB V vorgegebenen Altersgrenzen eingetreten ist und die Familienversicherung nur aufgrund einer Vorrangversicherung nicht durchgeführt werden konnte.

Bewertung

Hierdurch wird erreicht, dass insbesondere behinderte Kinder, die eine Waisenrente beziehen und damit einer gegenüber der Familienversicherung vorrangigen Versicherungspflicht unterliegen, nach dem Ende des Waisenrentenbezugs den behinderten Kindern ohne Waisenrentenbezug gleichgestellt werden.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Sachverhalt

Zu c)

Nach dem Vorbild anderer Sozialleistungsbereiche – wie z. B. bei der Waisenrente im Recht der Renten- und Unfallversicherung (vgl. § 48 Absatz 3 Nr. 1

und 2 SGB VI, § 67 Absatz 2 Nr. 1 und 2 SGB VII) oder im Kindergeldrecht (vgl. § 2 Absatz 1 Nr. 1 und 3 BKGG, § 63 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 EStG) wird der überwiegende Unterhalt als Anspruchsvoraussetzung bei der Familienversicherung von Stiefkindern und Enkeln durch das Merkmal der Haushaltsaufnahme ersetzt bzw. bei Enkelkindern als alternative Voraussetzung verlangt.

Bewertung

Die Änderung ist grundsätzlich zu begrüßen. Mit ihr wird eine Forderung der Ersatzkassen umgesetzt. Sie dient einer Harmonisierung von verschiedenen Bereichen des Sozialrechts und trägt zu einer erheblichen Verwaltungsvereinfachung zur Feststellung der Familienversicherung bei, ohne dass ungerechtfertigt (beitragsfreie) Versicherungsverhältnisse begründet werden. Die Prüfung des überwiegenden Unterhalts wird aber noch nicht völlig abgeschafft. Es erscheint sachgerecht, diese Prüfung gänzlich entfallen zu lassen. Denn Sie ist äußerst kompliziert und verwaltungsaufwändig.

Änderungsvorschlag

In § 10 Absatz 4 Satz 1 SGB V werden die Worte „*überwiegend unterhält*“ durch die Worte „*in seinen Haushalt aufgenommen hat*“ ersetzt.

Der Vorschlag zur Neufassung des Änderungsbefehls trägt dem Vorschlag Rechnung, ganz auf die Prüfung des überwiegenden Unterhalts zu verzichten.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 10
§ 20j – neu – (Präexpositionsprophylaxe)

Sachverhalt

Einführung einer neuen Leistung. (Noch) nicht HIV-Infizierte über 16 Jahre mit erhöhtem HIV-Infektionsrisiko können neben der Verwendung von Kondomen (Eigenverantwortung) künftig auch Beratung, Untersuchung und Verordnung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zur Präexpositionsprophylaxe als Kassenleistung beanspruchen.

Bewertung

Die Regelung nimmt vom bisherigen Prinzip der Eigenverantwortlichkeit hinsichtlich der Vermeidung von HIV-Infektionen, insbesondere durch Sexualkontakte Abstand. Wichtige und erfolgreiche Präventionsbemühungen werden somit untergraben. Arzneimittel werden diskontinuierlich bei „Bedarf“ genommen, möglichst vor dem Geschlechtsverkehr mit Personen, deren HIV-Status unbekannt ist. Es entsteht ein erhebliches Kostenrisiko, da entsprechende hierfür zugelassene Präparate deutlich teurer sind als Kondome. Hinzu kommen ungedeckelte (neue) Kosten für ärztliche Untersuchung (kontinuierlich), Diagnostik, Verschreibung und ggf. Behandlung, wenn es doch zu einer Infektion z. B. mit anderen, sexuell übertragbaren Erkrankungen gekommen sein sollte (z. B. Hepatitis, Tripper, Syphilis etc.). Hinzu kommt ein zurzeit noch nicht bezifferbares Risiko der Resistenzentwicklung. Dies ist sowohl durch den vermehrten Einsatz von Antibiotika durch bakteriell verursachte Geschlechtskrankheiten wie auch durch den bedarfsgesteuerten Einsatz von Virustatika bei Gesunden, die im Falle einer eventuell später dennoch eintretenden HIV-Infektion deren Behandlung erschweren würde, bedingt. Daran ändert auch die vorgesehene wissenschaftliche Begleitevaluation nichts. Die Neuregelung wird deshalb sowohl aus Präventions-, Infektions- und epidemiologischen Gründen als auch aus Gründen der nicht bezifferbaren Mehrkosten abgelehnt.

Änderungsvorschlag

Die Regelung wird gestrichen.

Sachverhalt

In Anlehnung an die bestehende Mehrkostenregelung für Zahnfüllungen gemäß § 28 Absatz 2 Satz 2 SGB V sollen auch im kieferorthopädischen Versorgungsbereich Mehr- und Zusatzleistungen wählbar sein, ohne den Anspruch auf die vergleichbare Sachleistung nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) zu verlieren. Die infrage kommenden Mehr- und Zusatzleistungen sollen von den BEMA-Vertragsparteien konkret bestimmt werden. Um für die Versicherten vor Behandlungsbeginn Transparenz über die zu erwartenden zusätzlichen Kosten zu verschaffen, sind Regelungen und die erforderlichen Vordrucke zu vereinbaren. Diese sollen u. a. sicherstellen, dass der Versicherte auch über seinen Anspruch auf eine mehrkostenfreie Sachleistung informiert wurde. Die Einhaltung der vertraglich geregelten Pflichten durch die Vertragskieferorthopäden soll anlassbezogen durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen geprüft werden können. Umfang und Pflicht zur Datenbereitstellung für diese Prüfzwecke sowie die entsprechenden datenschutzrechtlichen Voraussetzungen werden ebenfalls geregelt.

Bewertung

Seit der Umsetzung des Gesetzauftrages zur BEMA-Umstrukturierung zum 1.1.2004 und der zeitgleichen Neufassung der Richtlinieninhalte sind die Entwicklungen in der Kieferorthopädie nicht mehr im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bewertet worden. Die von Seiten des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) initiierte Ausschreibung zur gutachterlichen Überprüfung des Nutzens kieferorthopädischer Leistungen und den aufgewendeten Finanzmitteln lässt erkennen, dass auch dort eine aktuelle wissenschaftliche Bewertung als Grundlage für die Definition von GKV-Leistungsansprüchen angesehen wird.

Insbesondere im Festzuschussystem bei Zahnersatzleistungen zeigen die Erfahrungen, dass Leistungserbringer und Versicherte im Dialog um Vor- und Nachteile von Behandlungsalternativen und deren Kosten nicht auf Augenhöhe agieren (können). Bei kieferorthopädischen Behandlungsleistungen für Kinder und Jugendliche dürfte dies nicht anders sein. Für weitere Änderungen im System ist eine wissenschaftliche Überprüfung des Nutzens der kieferorthopädischen Behandlungsleistungen im G-BA eine Grundvoraussetzung.

Die beabsichtigte Mehrkostenregelung sollte daher von einer Verpflichtung zur Prüfung eines vollständigen Behandlungsplanes der vertrags- und privat Zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen durch die Krankenkasse flankiert werden.

Änderungsvorschlag

In § 29 Absatz 5 Satz 2 (n.F.) werden die Worte „*von den Kassen*“ durch die Worte „*mit den Krankenkassen*“ ersetzt.

In § 29 Absatz 5 wird folgender Satz 3 neu eingefügt:

„Die Bundesmantelvertragspartner vereinbaren ein Verfahren zur Antragstellung, Prüfung der vertrags- und privatärztlichen und zahntechnischen Leistungen und Beratung der Versicherten durch die Krankenkasse vor Leistungserbringung.“

Die Sätze 3 bis 11 werden zu den Sätzen 4 bis 12. Die Bezüge zu einzelnen Sätzen des Absatzes sind entsprechend anzupassen.

In § 29 Absatz 5 Satz 5 wird das Wort „*Kasse*“ durch das Wort „*Krankenkasse*“ ersetzt.

In § 29 Absatz 5 Satz 12 wird das Wort „*insofern*“ durch die Worte „*für die Verfahren nach den Sätzen 3, 5 und 6*“ ersetzt.

Sachverhalt

Zu a)

Es wird geregelt, dass der Anspruch der Versicherten auf Festzuschüsse bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen um zehn Prozent auf generell 60 Prozent der Kosten für die Regelversorgungen erhöht wird. Konsequenterweise erhöhen sich dann auch die Bonuszuschläge für die nachgewiesene regelmäßige Zahnpflege auf 70 Prozent bzw. 75 Prozent.

Bewertung

Vor dem Hintergrund, dass der G-BA kürzlich eine Erhöhung der Festzuschüsse für Zahnersatz nach Überprüfung der Abrechnungsfrequenzen der vertragszahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen mit einem Volumen für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Höhe von ca. 170 Millionen Euro beschlossen hat, ist ein zusätzliches gesetzgeberisches Handeln zum jetzigen Zeitpunkt nicht zwingend. Grundsätzlich sollten zunächst die rechtlichen Voraussetzungen für eine vollständige Transparenz im Abrechnungsgeschehen sowohl der vertraglichen als auch der privaten Leistungen beim Zahnersatz geschaffen werden.

Um die Beratung der Krankenkassen hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit und der Wahl des Zahnersatzes zu verbessern, sollte den gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen des Heil- und Kostenplanes Transparenz über die beabsichtigten privat Zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen und ihre Kosten verschafft werden. Ohne diese Voraussetzungen droht die Gefahr, dass die Versorgung für die GKV-Versicherten teurer, aber nicht besser wird.

Änderungsvorschlag

In § 87 Absatz 1a Satz 2 SGB V werden nach den Worten „*Umfang und Kosten*“ die Worte „*einschließlich der zahnärztlichen und zahntechnischen Gebührenpositionen der vertraglichen und privaten Versorgung*“ eingefügt.

Sachverhalt

Zu b und c)

Die Anhebung der Festzuschüsse erfordert eine Folgeänderung der Härtefallregelungen § 55 Absatz 2 und Absatz 3 SGB V. Damit soll sichergestellt werden, dass der Gesamtzuschuss nicht die tatsächlichen Kosten übersteigt.

Bewertung

Sollte eine Erhöhung der Festzuschüsse erfolgen, sind Folgeänderungen notwendig. Die Folgeregelung für die Härtefälle nach Absatz 2 ist sachgerecht. Die in Absatz 3 geregelte Kostenbeteiligung bei gleitenden Härtefällen erfährt durch die vorgesehenen Einfügungen und Streichungen eine Begrenzung auf den zusätzlichen Betrag nach § 55 Absatz 2 Satz 1 SGB V (40 Prozent der nach

§ 57 für die zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen der jeweiligen Regelversorgung festgesetzten Beträge). Damit würde der originäre Festzuschuss nach § 55 Absatz 1 Satz 2 SGB V (60 Prozent der nach § 57 für die zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen der jeweiligen Regelversorgung festgesetzten Beträge) nicht berücksichtigt. Die Kostenbeteiligung der Krankenkasse läge folglich unterhalb der regulär vorgesehenen Kostenbeteiligung nach § 55 Absatz 1 Satz 2 SGB V.

Änderungsvorschlag

In § 55 Absatz 3 Satz 2 sind die Angaben „*nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 1*“ zu streichen.

In § 55 Absatz 3 Satz 3 sind die Wörter „*zweifacher Festzuschuss*“ durch die Wörter „*der nach § 57 für die zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen der jeweiligen Regelversorgung festgesetzten Beträge*“ zu ersetzen.

Die Angaben „*nach Absatz 1 Satz 2*“ sind zu streichen.

Sachverhalt

Zu a)

Der Sicherstellungsauftrag der KVen wird auf die Bereitstellung von hausärztlichen Terminen erweitert. Damit wird der Aufgabenbereich der Terminservicestellen um die Vergabe von Terminen bei Haus- und Kinderärzten ergänzt. Außerdem sollen die Terminservicestellen Versicherte bei der Wahl eines festen Hausarztes unterstützen. Ab 1.4.2019 vermitteln die Terminservicestellen, die zukünftig rund um die Uhr erreichbar sein sollen, zusätzlich auf Grundlage einer telefonischen Ersteinschätzung Akuttermine. Die Sprechstundenzeiten aller Vertragsärzte müssen durch die KVen im Internet bekanntgegeben werden.

Bewertung

Die schnelle Verfügbarkeit von Facharztterminen in medizinisch indizierten Fällen ist ein wichtiges Qualitätskriterium für eine funktionierende vertragsärztliche Versorgung. Der Gesetzgeber hatte hier mit Einführung der Terminservicestellen eine wichtige Grundlage geschaffen. Allerdings war die Umsetzung durch die KVen in vielen Fällen nicht optimal. Dies betrifft insbesondere unterschiedliche und häufig zu kurze Erreichbarkeitszeiten, regional unterschiedliche Rufnummern sowie eine fehlende Online-Terminvergabe trotz bestehender Infrastruktur. Die vorgesehenen Änderungen sind daher äußerst positiv zu bewerten.

Obwohl Probleme bei der Terminvermittlung weitgehend auf den kinder-, fachärztlichen und psychotherapeutischen Bereich beschränkt sind, kann die Vermittlung eines Hausarztes gerade im ländlichen Raum ebenfalls sinnvoll sein. Die vorgesehene Vermittlung bei Akutfällen auf Grundlage einer telefonischen Ersteinschätzung ist ein erster wichtiger Schritt zu einer verbesserten Patientensteuerung. Auf diese Weise können Versicherte entsprechend ihres medizinischen Bedarfs zielgenauer in die geeignete Versorgungsebene geführt werden. Wenn ein größerer Bekanntheitsgrad dieses Angebots erzielt werden kann, dürfte sich daraus auch eine erste Entlastung der Notaufnahmen von Bagatellfällen, insbesondere während der Sprechstundenzeiten, ergeben.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Sachverhalt

Zu c)

Folgeänderungen zur Erweiterung der Terminservicestellen. Des Weiteren hat die KBV bundeseinheitliche Richtlinien für Vorgaben zur telefonischen Erreichbarkeit der Terminservicestellen und zu einem entsprechenden Internetangebot zur Terminvergabe zu erarbeiten. Dabei müssen digitale Schnittstellen zu den Praxisverwaltungssystemen geschaffen werden.

Bewertung

Die Verpflichtung zu bundesweit einheitlichen Vorgaben im Bereich der Terminservicestellen ist zu begrüßen.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 39
§ 85 (Gesamtvergütung)

Sachverhalt

Die Regelungen zur Punktwertdegression werden aufgehoben.

Bewertung

Ausweislich der Begründung zur mit der GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolG) eingeführten Degressionsregelung, sollten Krankenkassen Kostenvorteile und Rationalisierungsmöglichkeiten in umsatzstarken Praxen durch Punktwertabschläge zugutekommen, da bei größeren Leistungsmengen Fixkosten einer Praxis einen degressiven Verlauf haben und die Mitarbeiter produktiver eingesetzt werden können. Diese Regelung soll nun aufgehoben werden. Die politisch genutzte Begründung, dass damit Fehlanreize auf die Bereitschaft der Zahnärzte beseitigt werden, sich in ländlichen und strukturschwachen Regionen niederzulassen, ist zumindest für die betroffenen ertragsstarken Praxen ein Scheinargument. Die veranschlagte Finanzwirkung von bis zu 60 Millionen Euro ist auch durch Abschläge bei der Honoraranpassung nicht zu kompensieren. Die Aufhebung der Regelung ist abzulehnen.

Änderungsvorschlag

Die Neuregelung ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 40

§ 87 (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte)

Sachverhalt

Zu a)

Es wird geregelt, dass abweichend von den gesetzlich geregelten Fällen zur Beauftragung einer Begutachtung durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) auch eine gutachtliche Stellungnahme nach den Vertragsinhalten des Bundesmantelvertrages eingeholt werden kann. Das Nähere zum Verfahren ist im Bundesmantelvertrag zu regeln. Der Gesetzestext enthält darüber hinaus eine sozialdatenschutzrechtliche Begleitregelung zur Verarbeitung dafür erforderlicher personenbezogener Daten.

Bewertung

Die gesetzliche Maßnahme wird unterstützt. Seit Vorlage von zwei LSG-Entscheidungen in Bayern, die aufgrund der gesetzlichen Regelung in § 275 SGB V die Alleinzuständigkeit des MDK für Begutachtungen auch im vertragszahnärztlichen Bereich sahen, bestand eine rechtliche Unsicherheit, inwieweit das bundesmantelvertraglich geregelte, regional als Ersatz zum MDK wählbare Vertragsgutachterverfahren rechtssicher angewendet werden kann. Daraus entstanden auch Fragen zur Geltung der Vorstandshaftung nach § 12 Absatz 3 SGB V. Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) hatte sich hierzu gemeinsam mit dem Bundesversicherungsamt (BVA) bereits fragend zur Rechtslage an das BMG gewandt. Die Regelung nimmt nun die bereits existente Ermächtigung in § 13 Absatz 3a SGB V zur Beauftragung eines Vertragsgutachters im Zahnersatzbereich auf und stellt die bundesmantelvertraglich geregelte Gleichrangigkeit der MDK- und Vertragsbegutachtung auch für die übrigen Versorgungsbereiche gemäß § 87 Absatz 1c Alternativen 1 bis 4 SGB V (n.F.) klar.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Sachverhalt

Zu b)

Die Regelungen zur Aktualisierung und Überarbeitung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) einschließlich der zu verwendenden Datengrundlagen werden konkretisiert. Die nächste Aktualisierung ist bis zum 30.9.2019 mit Fokus auf Leistungen mit hohem technischem Leistungsanteil durchzuführen. Ein entsprechendes Konzept ist dem BMG bis zum 31.3.2019 vorzulegen. Dieses soll auch die Fixkostendegression bei technischen Leistungen berücksichtigen.

Bewertung

In den Gremien des Bewertungsausschusses befinden sich die Beratungen zu einer weitreichenden EBM-Reform derzeit in der abschließenden Phase. Ein Inkrafttreten ist zum 1. bzw. 2. Quartal 2019 vorgesehen. Die in der Neurege-

lung vorgesehenen Datengrundlagen zur Aktualisierung der Praxiskosten finden dabei bereits Verwendung. Von Seiten der GKV wurde der Schwerpunkt auf eine Stärkung der „Sprechenden Medizin“ gelegt.

Vor diesem Hintergrund ist es zielführender, die laufenden Beratungen innerhalb des aktuellen Zeitplans zum Abschluss zu bringen. Einer weitergehenden Fristsetzung bzw. einer Konzeptvorlage gegenüber dem BMG bedarf es dabei nicht.

Änderungsvorschlag

§ 87 Absatz 2 Satz 3 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Im Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ist die Bewertung der Leistungen nach Satz 1 und die Überprüfung der wirtschaftlichen Aspekte nach Satz 2 insbesondere bei medizinisch-technischen Geräten unter Berücksichtigung der Besonderheiten der betroffenen Arztgruppen auf in bestimmten Zeitabständen zu aktualisierender betriebswirtschaftlicher Basis durchzuführen. Basis der Kalkulation bilden grundsätzlich die Daten der Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten des Statistischen Bundesamtes nach dem Gesetz über die Kostenstrukturstatistik (KoStrukStatG); ergänzend können sachgerechte Stichproben von Daten über die Einnahmen und Aufwendungen bei vertragsärztlichen Leistungserbringern verwendet werden. Dabei soll die Bewertung der technischen Leistungen, die in einem bestimmten Zeitraum erbracht werden, insgesamt so festgelegt werden, dass sie ab einem bestimmten Schwellenwert mit zunehmender Menge sinkt.“

Sachverhalt

Zu c)

Bei Akutfällen, in denen Leistungserbringer Versicherte während der Sprechstundenzeiten nach vorheriger Triage durch die Terminservicestelle behandeln, können die EBM-Ziffern für Notfälle abgerechnet werden.

Bewertung

Diese Regelung ist sachgerecht, um eine einheitliche Abrechnungspraxis der unterschiedlichen Leistungserbringer zu etablieren.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Sachverhalt

Zu d)

Neustrukturierung der bereits bestehenden Regelung mit Verpflichtung des Bewertungsausschusses, die Differenzierung nach Neu- und Bestandspatienten bis zum 1.4.2019 vorzunehmen. Außerdem soll eine Leistung aufgenommen werden, mit der die Vermittlung von dringenden Facharztterminen durch den Hausarzt als Einzelleistung vergütet wird. Die Bewertung soll ebenfalls bis zum 1.4.2019 erfolgen. Wird diese Frist nicht erreicht, ist eine Vergütung in Höhe von 2 Euro zu zahlen.

Bewertung

Eine Differenzierung der Bewertung zwischen Neu- und Bestandspatienten ist sachgerecht. Die bisherigen Grundpauschalen stellen eine Mischkalkulation dar. Dies kann dazu führen, dass Vertragsärzte eher Bestandspatienten, mit im Regelfall geringerem Behandlungsaufwand behandeln, statt Neupatienten aufzunehmen, bei denen zunächst eine aufwändige Erstanamnese und einer Therapieeinstellung erforderlich ist. Die Differenzierung sollte daher aufwandsgerecht erfolgen und – aufgrund der Auflösung der Mischkalkulation – zu einer Erhöhung der Grundpauschalen für Neupatienten bei gleichzeitiger Absenkung der Grundpauschalen für Bestandspatienten führen. Damit werden Anreize für Hausärzte insbesondere in einigen ländlichen Regionen geschaffen, neue Patienten aufzunehmen.

Die Aufnahme eines Zuschlages für die erfolgreicher Vermittlung eines Behandlungstermins durch einen Hausarzt kann mitgetragen werden, wenn klar gestellt ist, dass die nur in medizinisch dringenden Fällen erfolgt und ein Behandlungstermin innerhalb von 72 Stunden vermittelt werden kann.

Änderungsvorschlag

Zu bb)

In § 87 Absatz 2b Satz 3 SGB V (n.F.) wird hinter dem Wort „*Erkrankung*“ das Wort „*ausgabenneutral*“ eingefügt.

Zu cc)

In § 87 Absatz 2b Satz 4 SGB V (n.F.) werden hinter die Worte „*Vermittlung eines Behandlungstermins*“ die Worte „*innerhalb von 72 Stunden*“ eingefügt.

Sachverhalt

Zu e)

Neustrukturierung der bereits bestehenden Regelung mit Verpflichtung des Bewertungsausschusses, die Differenzierung nach Neu- und Bestandspatienten bis zum 1.4.2019 vorzunehmen.

Bewertung

Eine Differenzierung der Bewertung zwischen Neu- und Bestandspatienten ist sachgerecht. Die bisherigen Grundpauschalen stellen eine Mischkalkulation dar. Dies kann dazu führen, dass Vertragsärzte eher Bestandspatienten, mit im Regelfall geringerem Behandlungsaufwand behandeln, statt Neupatienten aufzunehmen, bei denen zunächst eine aufwändige Erstanamnese und einer Therapieeinstellung erforderlich ist. Die Differenzierung sollte daher aufwandsgerecht erfolgen und – aufgrund der Auflösung der Mischkalkulation – zu einer Erhöhung der Grundpauschalen für Neupatienten bei gleichzeitiger Absenkung der Grundpauschalen für Bestandspatienten führen. Damit können zusätzliche Anreize zur Aufnahme neuer Patienten, u. a. auch nach Vermittlung durch die Terminservicestellen oder im Wege der offenen Sprechstunden, geschaffen werden.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Sachverhalt

Zu h)

Mit dieser Folgeregelung wird der Bewertungsausschuss beauftragt, die Voraussetzungen für die Abrechnung der Grund- und Versichertenpauschalen in der offenen Sprechstunde zu schaffen. Dabei ist sicherzustellen, dass diese Leistungen zusätzlich zu dem bisherigen Mindestsprechstundenumfang von 20 bzw. zehn Stunden erbracht werden. Für die Behandlung in der offenen Sprechstunde im fachärztlichen Bereich besteht im Regelfall ein Überweisungsvorbehalt.

Bewertung

Die Regelung ist sinnvoll, um sicherzustellen, dass auch der Versorgungsauftrag zumindest im bisherigen Mindestumfang erbracht wird. Da davon ausgegangen werden kann, dass die Zahl der Sprechstunden bei den meisten Vertragsärzten weit oberhalb der bisherigen Mindestvorgabe liegt, kann diese Regelung jedoch eine generelle Umwandlung von Termin- in offene Sprechstunden nicht verhindern. Dies kann nur sichergestellt werden, wenn keine finanziellen Anreize für eine solche Umwandlung gesetzt werden (s. § 87a Absatz 3 Satz 5 SGB V).

Änderungsvorschlag

Keiner.

Sachverhalt

Zu j)

Für den Fall, dass das Institut des Bewertungsausschuss (InBA) aufgelöst wird oder seine Aufgaben nicht in dem vorgesehenen Umfang erfüllt und das BMG einen Dritten mit seinen Aufgaben beauftragt, entscheidet das BMG über die Ausstattung des Dritten sowie die Nutzung der Daten des Bewertungsausschusses.

Bewertung

Es bleibt völlig unklar, aus welchem Grund an dieser Stelle eine gesetzliche Anpassung erforderlich ist. Für den unwahrscheinlichen Fall, dass an die Stelle des InBA ein Dritter treten muss, bleibt es weiterhin im Interesse der Träger des Bewertungsausschusses, dass die entsprechenden gesetzlichen Aufgaben zügig erfüllt werden. Das gilt insbesondere für die Vorbereitung der Beschlüsse und die Auswertung der dem Bewertungsausschuss zur Verfügung stehenden Daten. Eine Einflussnahme durch das BMG ist nicht sachgerecht.

Änderungsvorschlag

Die Regelung wird gestrichen.

Sachverhalt

Zu k)

Folgeänderungen aufgrund von Nummer 40 l)

Bewertung

Siehe unten.

Änderungsvorschlag

Die Regelung wird gestrichen.

Sachverhalt

Zu l)

Der erweiterte ergänzte Bewertungsausschuss wird aufgelöst. Seine Aufgaben werden auf das sektorenübergreifende Schiedsgremium gemäß § 89a SGB V übertragen.

Bewertung

Der Bewertungsausschuss sowie der ergänzte Bewertungsausschuss sind gemeinsam mit seinen erweiterten Gremien für Beschlussfassungen zum einheitlichen Bewertungsmaßstab zuständig. Eine einseitige Überführung der Konfliktlösungskompetenz auf das Schiedsgremium löst eine Reihe operativer Probleme aus. Mit dem erweiterten ergänzten Bewertungsausschuss besteht heute ein Gremium, das die im Zusammenhang mit der Beschlussfassung zu EBM-Fragestellungen erforderlichen Voraussetzungen erfüllt. Es ist fraglich, ob das neue Schiedsgremium bei seiner Vielzahl an Aufgaben in der Lage ist, kurzfristig eine vergleichbare Kompetenz insbesondere im Bereich der Kalkulationssystematik des EBM aufzubauen. In jedem Falle ist davon auszugehen, dass über einen längeren Zeitraum erhebliche Verzögerungen bei den Beschlussfassungen zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung und zur Notfallversorgung eintreten werden.

Änderungsvorschlag

Die Regelung wird gestrichen.

Sachverhalt

Zu m)

Die Befugnisse des BMG gegenüber dem InBA werden insofern erweitert, als dass entsprechende Beauftragungen bereits schon vor Ablauf einer Frist des BMG an den Bewertungsausschuss zu Beschlussfassungen erteilt werden können.

Bewertung

Die bisherige Regelung sieht vor, dass das InBA dem BMG in den Fällen zuzuarbeiten hat, in denen der Bewertungsausschuss trotz Fristsetzung durch das BMG keine Beschlüsse gefasst hat. Die bestehenden Regelungen zu einer Ersatzvornahme mussten im Verantwortungsbereich des Bewertungsausschusses nie angewendet werden, sodass auch die bisherigen Befugnisse des BMG gegenüber dem InBA nie ausgeschöpft werden mussten. Eine Erweiterung dieser

Regelung auf den Zeitraum noch vor Ablauf einer Frist ist daher nicht notwendig.

Änderungsvorschlag

Die Regelung wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 41

§ 87 a (Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten)

Sachverhalt

Die Liste der Leistungen, die extrabudgetär vergütet werden sollen, wird erweitert um

- Leistungen in Folge einer Vermittlung durch die Terminservicestellen (2.),
- die Vermittlung von dringenden Facharztterminen durch Hausärzte (3.),
- Leistungen in Akutfällen und in Notfällen während der Sprechstundenzeiten (4.),
- Versicherten- und Grundpauschalen bei Neupatienten (5.),
- Versicherten- und Grundpauschalen in offenen Sprechstunden (6.).

Bewertung

Die extrabudgetäre Vergütung sollte ausschließlich für solche Leistungen erfolgen, die besonders förderungswürdig sind. Hier sind auch die Steuerungswirkungen zu betrachten und insbesondere auf eventuelle Fehlanreize zu prüfen. Vermisst wird eine Verpflichtung auf eine Bereinigung zur Verhinderung von Doppelvergütungen. Leistungen, die nach dem Referentenentwurf nunmehr extrabudgetär honoriert werden sollen, sind zurzeit noch Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV).

Zu 2. und 6.

Eine finanzielle Besserstellung von Patienten nach einer Vermittlung durch die Terminservicestelle bzw. im Rahmen offener Sprechstunden schafft Fehlanreize. Es ist damit zu rechnen, dass Arztpraxen ihr bestehendes Angebot an Terminsprechstunden zu Gunsten offener Sprechstunden verkürzen und größere Teile ihrer Terminsprechstunden für Versicherte aus Terminservicestellen reservieren, ohne ihr Sprechstundenangebot insgesamt auszuweiten. Dies führt zu dem, dass ein größerer Teil der Versicherten statt bisher verlässlicher Termine längere Wartezeiten in der Praxis einplanen muss. Zum anderen dürfte es schwieriger werden, Arzttermine direkt in der Praxis zu vereinbaren. Mit einer Nutzung der Terminservicestellen geht jedoch der Verzicht auf die freie Arztwahl und die Auswahl eines passenden Behandlungstages/einer passenden Behandlungszeit einher. Auf diese Weise werden anstelle einer Beseitigung bestehender Probleme insbesondere für berufstätige Versicherte neue Probleme geschaffen.

Zu 3. und 4.

Eine Behandlung von Akut- und Notfällen während der Sprechstundenzeiten nach vorheriger Triage durch die Terminservicestellen kann dazu beitragen, Notaufnahmen von Bagatellfällen zu entlasten. Eine Überweisungssteuerung durch den Hausarzt kann sinnvoll sein, wenn sie in medizinisch besonders dringenden Fällen Facharzttermine innerhalb von 72 Stunden ermöglicht. Unter diesen Voraussetzungen kann eine finanzielle Förderung mitgetragen werden.

Zu 5.

Wie bereits in den Bewertungen zu Nr. 40 d) bb) und Nr. 40 e) dargestellt, stellen die bisherigen Grund- und Versichertenpauschalen Mischkalkulationen dar, die die unterschiedlichen Behandlungsaufwände für Neupatienten (höherer Aufwand) und Bestandspatienten (i. d. R. relativ geringerer Aufwand) vereinen. Die Förderung der Aufwände von Neupatienten sollte daher insgesamt über eine Bewertungserhöhung bei Neupatienten bei aufwandsadäquater Bewertungsabsenkung der Grund- und Versichertenpauschalen bei Bestandspatienten erfolgen. Eine zusätzliche extrabudgetäre Vergütung ist nicht zielführend.

Änderungsvorschlag

In § 87a Absatz 3 Satz 5 SGB V (n.F.) werden die Alternativen 2 und 3 ersetzt durch:

„2. Leistungen der erfolgreichen Vermittlung eines Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2,

3. Leistungen, die während der Sprechstundenzeiten in Akutfällen nach § 87 Absatz 2a Satz 23 und in Notfällen erbracht werden,“

Die Alternativen 5. und 6. werden gestrichen.

Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Sind diese Leistungen Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, ist diese entsprechend zu bereinigen.“

Sachverhalt

Im Rahmen des Gesetzesvorhabens wurden § 89 SGB V und die Schiedsamtverordnung neu strukturiert und weitgehend redaktionell neu gestaltet. Darüber hinaus wurden einzelne inhaltliche Anpassungen vorgenommen:

- Werden die Vertreter der im Schiedsamt vertretenen Organisationen nicht fristgemäß bestellt, erfolgt eine Benennung durch die Aufsichtsbehörde (Absatz 5).
- Gleiches gilt, wenn sich die Parteien nicht auf den Vorsitzenden und/oder das unparteiische Mitglied einigen können. Diese Regelung tritt an die Stelle des bisherigen Losentscheides. Die Benennung durch die Aufsichtsbehörde erfolgt für die volle Amtszeit von vier Jahren (Absatz 6).
- Ist auch in einer zweiten Sitzung keine Beschlussfähigkeit gegeben, entscheiden die unparteiischen Mitglieder des Schiedsamtes alleine (Absatz 8). Dies gilt auch, wenn innerhalb der Frist von drei Monaten keine Entscheidung erfolgt ist und die Fristsetzung der Aufsichtsbehörde ebenfalls verstrichen ist (Absatz 9 Satz 2).
- Klagen gegen die Entscheidung des Schiedsamtes und der Aufsichtsbehörden haben keine aufschiebende Wirkung (Absatz 9 Satz 3).
- Dies soll offenbar auch für Klagen der Vertragspartner gegen die Beanstandung gelten (Absatz 10).
- Eine Befugnis zur Teilnahme der Aufsichtsbehörde an den Sitzungen des Schiedsamtes wird eingeführt (Absatz 10 Satz 4).

Bewertung

Die Neustrukturierung dient der Klarheit und verbesserten Verständlichkeit der Rechtsvorschrift. Die inhaltlichen Anpassungen können außerdem weitgehend zu einer Beschleunigung des Verfahrens führen. Allerdings handelt es sich bei Schiedsämtern um Konfliktlösungsgremien der gemeinsamen Selbstverwaltung, die fachlich unabhängig ihre Beratungen führen. Eine Einbindung der Aufsichtsbehörden durch Teilnahme an den Sitzungen und insbesondere den Beratungen zur Entscheidungsfindung läuft dieser Grundsystematik zuwider und ist daher weiterhin nicht vorzusehen. In Absatz 10 Satz 6 besteht ein Verweisfehler. Hier sollte auf Absatz 9 Satz 4 Bezug genommen werden.

Änderungsvorschlag

§ 89 Absatz 10 Satz 4 wird gestrichen.

§ 89 Absatz 10 Satz 6 wird wie folgt formuliert:

„Für Klagen der Vertragspartner gegen die Beanstandung gilt Absatz 9 Satz 4 entsprechend.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 46
§ 89 a (Sektorenübergreifendes Schiedsgremium)

Sachverhalt

Für die sektorenübergreifenden Verträge und Vereinbarungen greifen unterschiedliche Konfliktlösungsstellen. Sowohl das Schiedsamt als auch die Landesschiedsstelle wurde spezifisch um Vertreter des dritten Verhandlungspartners erweitert. Für alle sektorenübergreifenden Themen soll nun ein einheitliches sektorenübergreifendes Schiedsgremium etabliert werden.

Bewertung

Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass die sektorenübergreifenden Themen einer gemeinsamen Konfliktlösungsstelle zugeordnet werden. Konfliktlösungsstellen sind Teil der gemeinsamen Selbstverwaltung. Aus diesem Grund ist nicht nachzuziehen, weshalb die Regelungsinhalte einer Geschäftsordnung der Konfliktlösungsstelle durch Rechtsverordnung des BMG und nicht von der gemeinsamen Selbstverwaltung festgelegt werden soll. Das BMG sollte nur bei Nichteinigung der Selbstverwaltungspartner zur Ersatzvornahme vorgesehen werden. Das sektorenübergreifende Schiedsgremium ist für diverse Regelungen vorgesehen. Die Themenvielfalt sollte bei der Personenstärke des Gremiums berücksichtigt werden. Pro Bank sollten daher drei Vertreter mit jeweils zwei Stellvertretern vorgesehen werden.

Änderungsvorschlag

In § 89a Absatz 5 Satz 1 wird das Wort „zwei“ durch das Wort „drei“ ersetzt.

Absatz 11 wird wie folgt gefasst:

„Die Selbstverwaltungspartner nach Absatz 2 vereinbaren das Nähere über die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und Entschädigungen für Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsämter, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten. Kommt eine Vereinbarung nicht bis zum 31. März 2019 zustande bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Einzelheiten nach Satz 1.“

Sachverhalt

Zu a) aa)

- In unterversorgten Regionen können zukünftig auch Ärztenetze medizinische Versorgungszentren gründen.
- Außerdem wird klarstellt, dass Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nur fachbezogene medizinische Versorgungszentren (MVZ) gründen können.

Zu a) bb)

Redaktionelle Anpassung

Bewertung

Aus Sicht des vdek sind Ärztenetze besonders geeignet, eine koordinierte, fachübergreifende Versorgung der Versicherten sicherzustellen. Es ist daher richtig, ihnen in unterversorgten Regionen die Gründung von MVZ zu ermöglichen. Der vdek teilt die Einschätzung des Gesetzgebers, dass sich die bisherigen Regelungen zur Gründereigenschaft von Anbietern nicht-ärztlicher Dialyseleistungen nicht bewährt haben. Tatsächlich wurden sie zuletzt häufiger von Finanzinvestoren genutzt, um entgegen dem Willen des Gesetzgebers, Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung zu erhalten. Mit der vorgesehenen Klarstellung wird dieser Zugang nun, fachlich sinnvoll, rein auf den nephrologischen Bereich begrenzt.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Sachverhalt

Zu b) aa)

Klarstellung einer Regelung zu Sicherheitsleistungen von Gesellschaftern eines MVZ.

Zu b) bb)

Anträge auf Nachbesetzung können abgelehnt werden, wenn sie nicht ggf. festgelegten Mindest- und Höchstversorgungsanteilen bzw. Schwerpunkten gemäß § 101 Absatz 1 Satz 8 SGB V entsprechen.

Bewertung

Zu b) aa)

Die Klarstellung ist unschädlich. Allerdings ist nicht nachvollziehbar, warum die Erbringung von Sicherheitsleistungen oder Bürgschaftserklärungen ausschließlich bei Gesellschaftern einer MVZ in der Rechtsform einer GmbH vorausgesetzt wird. Eine Regelung, die in Analogie auch für Gesellschafter einer Genossenschaft gilt, fehlt. Es ist fachlich nicht sinnvoll, dass die Wahl der Rechtsform der eingetragenen Genossenschaft zu einer größtmöglichen Enthftung der hinter

ihr stehenden natürlichen Personen führt. Da sich die KVen und die Krankenkassen bei möglichen Forderungen (z. B. Ansprüchen aus fehlerhaften Abrechnungen, Regresse aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen) nicht anderweitig absichern können, würden entsprechende Schäden zu Lasten der GKV-Versichertengemeinschaft gehen. Vor diesem Hintergrund ist eine Gleichberechtigung der Rechtsformen in dieser Haftungsregelung zwingend.

Zu b) bb)

Die Folgeregelung wird unterstützt.

Änderungsvorschlag

Zu b) aa)

In Satz 6 werden hinter den Worten „*beschränkter Haftung*“ die Worte „*oder einer eingetragenen Genossenschaft*“ eingefügt.

Sachverhalt

Zu c)

Die Verpflichtung der KVen, jährlich über die Einhaltung der Versorgungsaufträge durch die Vertragsärzte zu berichten, wird konkretisiert. Die Ergebnisse sollen nach einheitlichen Kriterien ermittelt und neben den Landes- und Zulassungsausschüssen auch der Aufsichtsbehörde mindestens jährlich bis zum 30.6. des Jahres übermittelt werden.

Bewertung

Die Prüfung der KVen, ob die Vertragsärzte ihren Pflichten im Hinblick auf die Erfüllung der Versorgungsaufträge nachkommen, war bisher lückenhaft. Häufig wurden entsprechende Berichte nur nach mehrmaliger Aufforderung, mit erheblichem zeitlichem Verzug und dann auch in sehr unterschiedlicher Qualität und z. T. ohne größere Aussagekraft zur Verfügung gestellt. Dabei sind die Angaben für die Bewertung der Versorgungssituation in einzelnen Bereichen, insbesondere in der psychotherapeutischen Versorgung, äußerst relevant. Die vorgesehenen Konkretisierungen sind daher unbedingt sinnvoll.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Sachverhalt

Zu d)

Medizinische Versorgungszentren verlieren ihre Zulassung entgegen der bisherigen Regelung nicht, wenn die ursprünglichen Gründer ausgeschieden sind aber im MVZ tätige angestellte Ärzte die Gesellschafteranteile übernehmen.

Bewertung

Mit der Regelung wird der Bestand bereits etablierter Versorgungsstrukturen gesichert. Sie ist daher sachgerecht.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Sachverhalt

Zu e)

Eine bisher in der Ärzte-Zulassungsverordnung verortete Sonderregelung zum Ende der vertragsärztlichen Zulassung muss aufgrund einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts in das SGB V überführt werden.

Bewertung

Redaktionelle Überführung.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Sachverhalt

Zu f)

Folgeregelung zu § 101 Absatz 1 Satz 8 (siehe zu 49 b).

Bewertung

Die Zustimmung folgt der Zustimmung zu § 101 Absatz 1 Satz 8.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 48
§ 96 (Zulassungsausschüsse)

Sachverhalt

Es wird geregelt, dass die obersten Landesbehörden in den Zulassungsausschüssen beratend und antragstellend mitwirken können.

Bewertung

Grundsätzlich muss die Umsetzung der Bedarfsplanung den bisherigen Parteien überlassen bleiben. Die Bewertung der Versorgungserfordernisse muss im Einklang mit den vertraglichen Strukturen erfolgen. Antragstellungen außerhalb dieser gewachsenen Strukturen bergen die Gefahr, dass aus politischen Erwägungen heraus Versorgungskapazitäten geschaffen und dauerhaft finanziert werden sollen. Insofern sollte der Einfluss der Landesbehörden nicht über ein Antragsrecht hinausgehen.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 49
§ 101 (Überversorgung)

Sachverhalt

Zu a)

Es wird geregelt, dass die bisherige Umsetzungsfrist für den G-BA zur Anpassung der Richtlinie bezüglich der Verhältniszahlen und einer kleinräumigeren Bepanung aufgrund der Kenntnis über die aktuell vorgelegten Ergebnisse des beauftragten Gutachtens hierzu vom 1.1.2017 auf den 1.7.2019 gesetzt wird.

Bewertung

Die Regelung wird unterstützt.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Sachverhalt

Zu b)

Es wird eine gesetzliche Ermächtigungsgrundlage für sogenannte Quotenregelungen für Fachrichtungen innerhalb der Arztgruppen geschaffen.

Bewertung

Der Gesetzgeber kommt einer konkreten Forderung des G-BA aus Vorgängen im Rahmen der Aufsichtstätigkeit nach. Als zielgenaues Steuerungselement hatte der G-BA die Schaffung der entsprechenden rechtlichen Rahmenbedingungen nicht nur als Spezialregelung für bestimmte Arztgruppen gefordert, sondern als generelles Instrument. Die Regelung wird unterstützt.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Sachverhalt

zu c)

Redaktionelle Folgeänderung.

Bewertung

Die Gesetzesbegründung geht fälschlicherweise von der Einfügung von zwei neuen Sätzen aus. Es wird aber nach Satz 7 (alt) nur ein neuer Satz 8 eingefügt. Ab Satz 8 (alt) verschieben sich die Satzbezeichnungen nur um eine Nummer.

Änderungsvorschlag

Im neuen Satz 10 wird die Angabe „Satz 7“ durch die Angabe „Satz 8“ ersetzt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 50
§ 103 (Zulassungsbeschränkungen)

Sachverhalt

Zu a)

Es wird geregelt, dass für spezielle Arztgruppen – u. a. auch für Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie – Zulassungsbeschränkungen bis zur Umsetzung des Gesetzesauftrages nach § 101 Absatz 1 Satz 7 SGB V (n.F.) keine Anwendung finden sollen. Die potenziellen Kandidaten für die Zulassung dürfen in den fünf Jahren vor Antragstellung nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen haben.

Bewertung

Die Regelung verfolgt ausweislich der Begründung das Ziel, eine bedarfsgerechte Versorgung auch schon während der Übergangszeit bis zum 30.6.2019 sicherzustellen. Was als bedarfsgerecht gilt, bleibt aber dem Ergebnis der Richtlinienberatungen vorbehalten. Mit Blick auf bereits bestehende Handlungsmöglichkeiten in der Region wie z. B. Sonderbedarfzulassung und die generelle Abweichungsklausel in § 2 der BPL-Richtlinie, wenn regionale Besonderheiten vorliegen, ist die vorgesehene Regelung entbehrlich. Aufgrund der Eingrenzung des Kandidatenkreises ist die Regelung eher als politische Begleitinitiative einzuordnen. Die Regelung wird abgelehnt.

Änderungsvorschlag

Die Regelung wird gestrichen.

Sachverhalt

Zu b)

Die Ergänzung korrespondiert mit der Regelung zu § 101 Absatz 1 Satz 8 (siehe zu Nummer 49 b).

Bewertung

Die Regelung soll eine stärker an Versorgungsbedürfnissen orientierte Steuerung der ärztlichen Versorgungskapazitäten ermöglichen. Dies gilt auch für die gezielte Nachbesetzung von Arztsitzen. Die Regelung wird in Folge der Regelung zu § 101 Absatz 1 Satz 8 unterstützt.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Sachverhalt

Zu c)

Es wird geregelt, dass für ländliche Gebiete mit Zulassungsbeschränkungen die obersten Landesbehörden Anträge auf zusätzliche Arztsitze stellen können. Die Bestimmung dieser Gebiete obliegt ebenfalls den obersten Landesbehörden.

Bewertung

Grundsätzlich sollte die Umsetzung der Bedarfsplanung und der gezielte Einsatz der Steuerungsinstrumente in den Regionen den bisherigen Parteien überlassen werden. Die Bewertung der Versorgungserfordernisse muss im Einklang mit den vertraglichen Strukturen erfolgen. Antragstellungen außerhalb dieser gewachsenen Strukturen bergen die Gefahr, dass aus bloßen politischen Erwägungen heraus Versorgungskapazitäten geschaffen und finanziert werden müssen. Die Regelung wird abgelehnt.

Änderungsvorschlag

Die Regelung wird gestrichen.

Sachverhalt

Zu d) aa)

Folgeänderung aus 50 c).

Bewertung

Die Ablehnung der Regelung folgt der Ablehnung zu 50 c).

Änderungsvorschlag

Die Regelung wird gestrichen.

Sachverhalt

Zu d) bb)

Die Ergänzung des Kriterienkatalogs zur Auswahl des Zulassungsausschusses im Rahmen des Nachbesetzungsverfahrens um einen vorhandenen besonderen Versorgungsaspekt in einem MVZ wird geregelt.

Bewertung

Die Regelung dient der besonderen Versorgungssicherung und wird unterstützt.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Sachverhalt

Zu d) cc)

Folgeänderung aus bb)

Bewertung

Die bisherige Kann-Regelung wird als feststehendes Kriterium in den Kriterienkatalog für das Auswahlverfahren überführt. Die Zustimmung folgt der Zustimmung zu bb).

Änderungsvorschlag

Keiner.

Sachverhalt

Zu e) aa)

Es wird klargestellt, dass ein Arzt trotz angeordneter Zulassungsbeschränkungen auch in seinem bisherigen Planungsbereich weiter – in einem MVZ – tätig sein kann.

Bewertung

Es stehen stets die Versorgungsaspekte – nicht die Person – im Vordergrund. Die Regelung wird unterstützt.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Sachverhalt

Zu e) bb)

Es wird klargestellt, dass Anträge auf Nachbesetzung einer Arztstelle nicht bereits deshalb ausgeschlossen sind, weil Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind.

Bewertung

Die beabsichtigte Gleichstellung Vertragsärzte/MVZ ist sinnvoll. Es erfolgt in jedem Fall eine Prüfung durch den Zulassungsausschuss, der aus nicht vorliegendem Bedarf Anträge auf Nachbesetzung einer Stelle sowohl im MVZ als auch bei Vertragsärzten ablehnen kann. Die Regelung wird unterstützt.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Sachverhalt

Zu e) cc)

Folgeregelung zu § 101 Absatz 1 Satz 8 (siehe zu 49 b). Es wird geregelt, dass die positiven Entscheidungsgründe für den Zulassungsausschuss um die neue Quotenregelung ergänzt werden.

Bewertung

Die Zustimmung folgt der Zustimmung zu § 101 Absatz 1 Satz 8.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Sachverhalt

Zu f) aa)

Es wird klargestellt, dass ein Arzt trotz angeordneter Zulassungsbeschränkungen auch in seinem bisherigen Planungsbereich weiter tätig sein kann.

Bewertung

Es stehen stets die Versorgungsaspekte – nicht die Person – im Vordergrund. Die Regelung wird unterstützt.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Sachverhalt

Zu f) bb)

Es wird klargestellt, dass Anträge auf Nachbesetzung einer Stelle als angestellter Arzt gem. § 95 Absatz 9 Satz 1 nicht bereits deshalb ausgeschlossen sind, weil Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind.

Bewertung

Die beabsichtigte Gleichstellung Vertragsärzte/MVZ ist sinnvoll. Es erfolgt in jedem Fall eine Prüfung durch den Zulassungsausschuss, der aus nicht vorliegendem Bedarf Anträge auf Nachbesetzung einer Stelle sowohl im MVZ als auch bei Vertragsärzten ablehnen kann. Die Regelung wird unterstützt.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Sachverhalt

Zu f) cc)

Folgeregelung zu § 101 Absatz 1 Satz 8 (siehe zu 49 b). Es wird geregelt, dass die positiven Entscheidungsgründe für den Zulassungsausschuss um die neue Quotenregelung ergänzt werden.

Bewertung

Die Zustimmung folgt der Zustimmung zu § 101 Absatz 1 Satz 8.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Sachverhalt

Zu a)

1. Die Verpflichtung zur Zahlung von Sicherstellungszuschlägen wird zukünftig vollständig in § 105 Absatz 4 SGB V geregelt und entfällt daher an dieser Stelle.
2. Die Regelung, dass KVen zum Betrieb oder zur Beteiligung an Einrichtungen der unmittelbaren medizinischen Versorgung die Krankenkassen in Benehmen zu setzen haben, wird gestrichen.
3. Die Regelung zur Vergütung von Leistungen in Eigeneinrichtungen wird in Absatz 1b überführt.

Bewertung

1. Folgeänderung zu Nummer 51 e)
2. Die Krankenkassen haben aufgrund ihres direkten Versichertenkontaktes Einblick in die Versorgungsrealität vor Ort und im Sinne ihrer Versicherten großes Interesse an einer ausreichenden flächendeckenden, wohnortnahen Versorgung. Vor diesem Hintergrund ist ihre Einschätzung bei der Bewertung, in welcher Form KVen Einrichtungen zur medizinischen Versorgung schaffen bzw. sich an ihnen beteiligen, hilfreich. Die Benehmensherstellung sollte daher beibehalten werden.
3. Redaktionelle Anpassung.

Änderungsvorschlag

In Absatz 1 werden Satz 1 zweiter Halbsatz und der Satz 3 gestrichen.

Sachverhalt

Zu b) aa)

Die Einrichtung von Strukturfonds wird in allen KV-Regionen obligatorisch. Sie sind mit Mitteln in Höhe von 0,1–0,2 Prozent der MGV auszustatten (bisher bis zu 0,1 Prozent).

Zu b) bb)

Redaktionelle Anpassung

Zu b) cc)

Die Bereiche der Mittelverwendung des Strukturfonds werden konkretisiert, sind jedoch weiterhin nicht abschließend.

Zu b) dd)

Es wird klargestellt, dass die Mittel vollständig zur Förderung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung verwendet werden.

Bewertung

Die verpflichtende Einrichtung von Strukturfonds ist kritisch zu sehen. Die bisherige Regelung, dies auf regionaler Ebene zu entscheiden, hat sich bewährt

und trägt der jeweiligen Versorgungssituation Rechnung. Mit einer breiten Anwendung spezifischer Instrumente gegen Versorgungsprobleme geht hingegen die Gefahr einher, bestehende Versorgungsdisparitäten ggf. zu vergrößern.

Die Aufzählung der möglichen Bereiche der Mittelverwendung dient der Klarstellung. Die Ergänzung um den Bereich möglicher Praxisaufkäufe kann mitgetragen werden (s. u.). Die Klarstellung, dass die Mittel nur im Sinne der Sicherstellung zu verwenden ist, wird begrüßt.

Allerdings ist es vor dem Hintergrund der immer größeren Relevanz und der höheren finanziellen Ausstattung erforderlich, die Krankenkassen bei der Mittelverwendung einzubinden. Nur auf diese Weise kann sichergestellt werden, dass die KVen gerade im Bereich des Abbaus von Überversorgung durch den Aufkauf von Praxissitzen gerade in Ballungsräumen endlich nachkommen.

Änderungsvorschlag

Zu b) aa)

Wegfall der Änderung „In Satz 1 wird das Wort „kann“ durch das Wort „hat“ ersetzt, wird nach dem Wort „Strukturfonds“ das Wort „zu“ eingefügt“

Zu b) bb)

Die Regelung wird gestrichen.

Folgender Satz wird angefügt: *„Die Entscheidung über die Mittelverwendung erfolgt im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen.“*

Sachverhalt

Zu c)

Die Regelungen zur Schaffung von Eigeneinrichtungen durch KVen bzw. ihre Beteiligung daran werden um neue Angebotsformen wie mobile Praxis oder Kooperationen mit Krankenhäusern erweitert. In Regionen mit bestehender/drohender Unterversorgung müssen solche Einrichtungen/Angebote zukünftig verpflichtend geschaffen werden. Mittel des Strukturfonds werden ausschließlich für die Infrastruktur verwendet; der Betrieb wird – wie bei anderen vertragsärztlichen Leistungserbringern – aus den Mitteln der Gesamtvergütung und zu deren Regelung finanziert.

Bewertung

Aufgrund der sich veränderten Versorgungssituation ist eine verstärkte Einbindung der KVen sehr positiv zu sehen. Dies betrifft auch neue Angebote, die den besonderen Herausforderungen im ländlichen Raum Rechnung tragen. Die Ersatzkassen haben sich daher immer für einen verstärkten Einsatz, z. B. von Patientenbussen und mobilen Praxen, eingesetzt. Der Umgang der KVen bei der Schaffung von Eigeneinrichtungen in Regionen mit schwierigen Versorgungslagen ist bislang sehr unterschiedlich. Eine gesetzliche Verpflichtung in Gebieten mit drohender/bestehender Unterversorgung ist daher nur folgerichtig, um ein möglichst einheitliches Versorgungsniveau zu schaffen.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Sachverhalt

Zu d)

Die bisherige Regelung zum möglichen Aufkauf von Praxissitzen durch die KVen wird in den Regelungsbereich des Strukturfonds gemäß § 105 Absatz 1a SGB V überführt.

Bewertung

Die Regelungen zum Aufkauf von Praxissitzen sind in der Vergangenheit eher wirkungslos geblieben. Diese Aufkäufe fanden nur in Einzelfällen statt. Hintergrund dürfte u. a. sein, dass die dafür entstehenden Kosten bisher durch die KVen zu tragen waren. Die Überführung in den Regelungskreis des Strukturfonds ist daher sinnvoll. Allerdings ist es auch vor diesem Hintergrund notwendig, den Krankenkassen ein Mitentscheidungsrecht bei der Mittelverwendung einzuräumen (s. o.)

Änderungsvorschlag

Keiner.

Sachverhalt

Zu e)

In Regionen mit drohender oder bestehender Unterversorgung bzw. lokalem Versorgungsbedarf sind zukünftig verpflichtend Sicherstellungszuschläge zu zahlen. Damit wird die bisherige Kann-Regelung erweitert.

Bewertung

Zur Stützung der Versorgung in den betroffenen Regionen und einer Steigerung ihrer Attraktivität für angehende Vertragsärzte sind obligatorische Sicherstellungszuschläge ein geeignetes Instrument. Da sie allerdings in engem Zusammenhang mit den weiteren Bestandteilen des vertragsärztlichen Honorars, insbesondere zu möglichen Punktwertzuschlägen für besonders förderungswürdige Leistungen und Leistungserbringern stehen, ist es sachgerecht, ihre Höhe zukünftig nicht mehr im Landesausschuss Ärzte/Krankenkassen, sondern im Rahmen der regionalen Honorarverhandlungen gemäß § 82 Absatz 2 SGB V festzulegen.

Änderungsvorschlag

§ 105 Absatz 4 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 oder 3 getroffen, sind von der Kassenärztlichen Vereinigung in diesen Gebieten Sicherstellungszuschläge an die dort tätigen vertragsärztlichen Leistungserbringer zu zahlen; die Höhe der Sicherstellungszuschläge je Arzt und die Anforderungen an den berechtigten Personenkreis vereinbaren die Gesamtvertragspartner in den Verträgen gemäß § 82 Absatz 2 SGB V.“

Sachverhalt

Bisher wurden die Verträge zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern direkt geschlossen, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist. Seit dem Beschluss des Vergabesenats des OLG Düsseldorf vom 15.6.2016, nach dem es sich bei Verträgen zur SAPV um ausschreibungspflichtige öffentliche Aufträge handelt, besteht bei den Krankenkassen und Leistungserbringern gleichermaßen Verunsicherung wie die Regelung, ohne die Versorgung zu gefährden, umzusetzen ist. Mit der vorgeschlagenen Änderung wird die SAPV-Versorgung dahingehend neu geregelt, dass das Vergaberecht nicht mehr zur Anwendung kommt. Nach der gesetzlichen Änderung schließen künftig die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich „Musterverträge“ mit den maßgeblichen Vertretern der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zu den Zugangsvoraussetzungen und der grundsätzlichen Struktur der Vergütung für SAPV-Leistungserbringer. Danach hat jeder potentielle und geeignete Leistungserbringer, der die im „Mustervertrag“ festgelegten Zugangsvoraussetzungen erfüllt, einen Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages und damit auf Zugang zur Versorgung.

Bewertung

Die Regelung wird begrüßt. Sie geht auf eine Initiative der Ersatzkassen zurück. Der vdek sieht in der vorgeschlagenen Regelung aber Änderungsbedarf, da der Gesetzeswortlaut und die Gesetzesbegründung bei der Bezeichnung der zu schließenden Verträge sprachlich voneinander abweichen und dies in der Praxis zu Umsetzungsproblemen führen könnte. Der vdek schlägt zur Klarstellung des Gewollten vor, die Zugangsvoraussetzungen sowie die grundsätzliche Struktur der Vergütung in „Rahmenverträgen“ festzulegen. (In der Begründung werden diese auch als Musterverträge bezeichnet).

Des Weiteren ist in Satz 3 zu regeln, dass jeder Leistungserbringer, der die im „Rahmenvertrag“ festgelegten Zugangsvoraussetzungen erfüllt, einen Anspruch auf einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam erhält.

Die Formulierung „mit Wirkung für ihre Mitgliedschaften“ ist entbehrlich, da die Ersatzkassen selbst gemäß § 168 Absatz 1 SGB V eine Kassenart sind.

Änderungsvorschlag

§ 132 d Absatz 1 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam schließen unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37b und der Empfehlungen nach Absatz 2 gemeinsam Rahmenverträge über die Durchführung der

Leistungen nach § 37b mit den maßgeblichen Interessenvertretungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung auf Landesebene. In den Rahmenverträgen sind auch die Grundzüge der Vergütung zu vereinbaren. Personen oder Einrichtungen, die die in den Rahmenverträgen nach Satz 1 festgelegten Voraussetzungen erfüllen, haben Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages mit den Krankenkassen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam, in dem die Einzelheiten der Versorgung und die Vergütungen zu vereinbaren sind. [...]

Sachverhalt

Die Einführung eines neuen § 197a Absatz 3b soll die datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnisse im Zusammenhang mit der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Krankenkassen klarstellen. Ebenso wird zu diesem Zweck eine Übermittlungsbefugnis der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung geschaffen.

Bewertung

Die Regelung ist zu begrüßen. Sie schließt eine datenschutzrechtliche Lücke und schafft die erforderliche Übermittlungsbefugnis für ein effizientes Tätigwerden der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Die Medizinischen Dienste können bisher als „Zufallsfunde“ festgestellte Sachverhalte nunmehr zur weiteren Aufklärung an die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Krankenkassen übermitteln.

Auffällig gewordene Leistungserbringer wechseln öfter das Bundesland, um sich einer kritischen Prüfung durch die Zulassungsstelle bei einer Neuzulassung zu entziehen. Klarheit besteht nun hinsichtlich der Übermittlungsbefugnis zur Einleitung von „reaktiven Maßnahmen“. Der Datenempfänger erhält nun Handlungsoptionen aufgrund der Informationsweitergabe. Was die in der Gesetzesbegründung benannten „präventiven Maßnahmen“ anbelangt, so bleibt unklar, wieweit der Handlungsumfang geht. Eine konsequente Verhinderung bedeutet die Vermeidung künftigen Fehlverhaltens. „Prävention“ kann in der geplanten Ausgestaltung jedoch immer nur der unmittelbare Informationsempfänger betreiben. Dies aber auch nur, wenn ihm die Daten (auch) zu diesem Zweck übermittelt wurden. So kann die Zulassungsstelle, der diese Informationen übermittelt wurden, diese nutzen, um eine Zulassung zu verweigern. Bei dem sog. Bundesland-Hopping von Leistungserbringern, insbesondere im Heil- und Hilfsmittelbereich, besteht die Notwendigkeit, dass bundesweit alle Zulassungsstellen und Präqualifizierungsstellen über die für die Zulassung relevanten Informationen verfügen, die Informationen also auch untereinander weitergegeben werden dürfen. Es sollte daher eine Übermittlungs- bzw. Verwertungsbefugnis auch für diesen Zweck geschaffen werden. Die Einrichtung einer bundesweiten Betrugsdatenbank analog zum Geldwäsche-gesetz ist für diese Zwecke ein alternativer Lösungsansatz. Mit § 47 Absatz 5 GwG wurde eine gesetzgeberische Klarstellung geschaffen, die auch in datenschutzrechtlicher Hinsicht eine hinreichende Rechtsgrundlage für den Informationsaustausch zwischen Geldinstituten darstellt.

Änderungsvorschlag

In § 197a Absatz 3b (neu) werden folgende Sätze 4 und 5 eingefügt:

„Die nach Satz 1 und 3 übermittelten Daten dürfen auch unter Verwendung von Datenbanken zur Kenntnis gegeben werden, unabhängig davon, ob diese Datenbanken von den Einrichtungen selbst oder von Dritten betrieben werden. Die nach Satz 4 weitergegebenen Informationen dürfen ausschließlich zum Zweck der Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen verwendet werden.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 77 c)

§ 235 Absatz 2 (Beitragspflichtige Einnahmen von Rehabilitanden, Jugendlichen und Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen)

Sachverhalt

Mit dem Änderungsbefehl in Nr. 77 c) wird eine Verweisvorschrift geändert, nach der in § 235 Absatz 2 Satz 2 SGB V nicht auf Absatz 1 Satz 3 der Vorschrift, sondern auf Absatz 1 Satz 2 verwiesen werden soll.

Bewertung

Der neue Verweis ist unzutreffend. Es ist auf § 235 Absatz 1 Satz 4 SGB V zu verweisen. Satz 4 der Vorschrift sieht vor, dass das Bemessungsentgelt zu dynamisieren ist, wenn das Übergangsgeld, das Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld angepasst wird. Die Vorschrift bezieht sich auf Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

In § 235 Absatz 2 SGB V werden die Beitragsbemessungsgrundlagen bei medizinischen Reha-Maßnahmen beschrieben. Absatz 2 Satz 2 dieser Vorschrift soll sicherstellen, dass bei einer Anpassung der Geldleistungen auch das Bemessungsentgelt dynamisiert wird. Insoweit wird auf die entsprechende Regelung in § 235 Absatz 1 SGB V verwiesen.

Die bisherige Bezugnahme auf Satz 3 – und nicht auf Satz 4 – beruht jedoch schon auf einem redaktionellen Versehen, da es bei der Einfügung des aktuellen Satzes 3 in § 235 Absatz 1 SGB V durch Art. 4 Nr. 5 des Ersten Gesetzes zur Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 16.12.1997, BGBl. I 1997, Seite 2970) unterblieben ist, die Verweisung in § 235 Absatz 2 Satz 2 SGB V zu ändern. Vgl. dazu auch Gerlach in Hauck/Noftz Kommentar zu § 235 SGB V Rz. 15.

Änderungsvorschlag

Der Änderungsbefehl zu § 235 Absatz 2 Satz 2 SGB V (i. d. F. von Artikel 1 Nr. 77 c) des Gesetzentwurfs) wird wie folgt geändert:

„In Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe ‚3‘ durch die Angabe ‚4‘ ersetzt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 83
§ 291a (Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur)

Sachverhalt

Zu a)

Durch die Regelungen werden die ePA und das elektronische Patientenfach (ePF) zusammengeführt.

Bewertung

Insbesondere mit Blick auf die Neuregelung der Zugriffsrechte ist die Regelung zu begrüßen.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Sachverhalt

Zu b)

Die Regelung bewirkt, dass der Versicherte künftig auch ohne eGK auf die ePA zugreifen kann.

Bewertung

Die Regelung wirkt akzeptanzfördernd und ist zu begrüßen.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Sachverhalt

Zu c)

Die Regelung stellt klar, dass jede Krankenkasse ihren Versicherten ab dem 21.2.2021 eine ePA zur Verfügung stellen muss.

Bewertung

Die Regelung fehlte bisher im Gesetz und ist zu begrüßen. Es sollte zusätzlich geregelt werden, dass ausschließlich die Krankenkassen eine ePA zur Verfügung stellen und die Anbindung an kassenspezifische Lösungen gemäß Paragraph 68 SGB V gewährleistet wird. Drittanbieter, die mit den sensiblen Gesundheitsdaten ein Geschäftsmodell planen, was immer risikobehaftet für den Versicherten ist, könnten damit ausgeschlossen werden.

Änderungsvorschlag

Absatz 5c Satz 1 wird wie folgt geändert:

„Eine elektronische Patientenakte wird ausschließlich durch die Krankenkassen angeboten.“

Es wird folgender Satz 3 eingefügt:

„Den Krankenkassen steht es darüber hinaus frei, über die Anforderungen der Gesellschaft für Telematik hinaus, zusätzliche Angebote für ihre Versicherten in den elektronischen Patientenakten anzubieten.“

Sachverhalt

Zu d)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung der Nr. 5 in Absatz 3.

Bewertung

Die Regelung ist korrekt, dennoch muss dem Versicherten die Möglichkeit gegeben werden, dass er die von ihm eingestellten Daten eigenständig löschen kann. Das wäre mit der beabsichtigten Streichung ausgeschlossen.

Änderungsvorschlag

Absatz 6 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 bis 9 sowie von Versicherten selbst oder für sie zur Verfügung gestellte Daten können Versicherte auch eigenständig löschen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 86 b)
§ 295 Absatz 1 (Abrechnung ärztlicher Leistungen)

Sachverhalt

Zu b) aa) und cc)

Die Regelung stellt klar, dass die Ärzte und Einrichtungen die AU künftig in elektronischer Form, unter Angabe der Diagnose und über die Telematikinfrastruktur, direkt an die Krankenkassen übermitteln.

Bewertung

Mit der Regelung wird die bisher fehlende gesetzliche Grundlage zur Einführung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung geschaffen. Sie ist zu begrüßen. Der aktuelle Gesetzesentwurf sieht aber nur vor, dass die Leistungserbringer den Krankenkassen künftig elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (Datensätze) übermitteln müssen. Der Versicherte muss weiterhin vom Arzt einen Durchschlag für den Arbeitgeber und für sich selbst ausgehändigt bekommen.

Es sollte versucht werden, diesen Prozess vollständig zu digitalisieren. Dazu meldet sich der Versicherte wie bisher auch beim Arbeitgeber arbeitsunfähig. Die Krankenkassen könnten einen Arbeitsunfähigkeitsdatensatz (mit den bisher auf der Papierbescheinigung enthaltenen Informationen) an den Arbeitgeber, wenn dieser den Arbeitsunfähigkeitsnachweis anfordert, weiterleiten. Dazu könnte das bereits etablierte Datenaustauschverfahren „Entgeltersatzleistungen“ genutzt werden. Durch die Anforderung des Arbeitsunfähigkeitsnachweises durch den Arbeitgeber wird erreicht, dass der Datenschutz gewahrt wird und die Krankenkassen die Daten an den richtigen und aktuellen Arbeitgeber adressieren.

Dazu sind neben § 295 Absatz 1 Satz 1 SGB V weitere Gesetzesanpassungen vorzunehmen.

Änderungsvorschlag

Zur vollständigen Digitalisierung des AU-Meldeprozesses sind folgende Anpassungen vorzunehmen:

§ 107 SGB IV ist um einen Absatz 3 zu erweitern, der es dem Arbeitgeber ermöglicht, die Arbeitsunfähigkeitsmeldung elektronisch bei der zuständigen Krankenkasse abzufordern und damit den elektronischen Arbeitsunfähigkeitsdatensatz übermittelt bekommen kann.

§ 5 Absatz 1 und 2 EntgFG wären zu überarbeiten. Der Arbeitnehmer wird von der Pflicht entbunden, dem Arbeitgeber eine Arbeitsunfähigkeitsmeldung vorzulegen, wenn Arbeitsunfähigkeit länger als 3 Tage andauert, da der Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeitsmeldung bei der Krankenkasse anfordert.

§ 49 Absatz 1 Nr. 5 SGB V müsste aufgehoben werden, da die Krankenkasse die Arbeitsunfähigkeitsmeldung vom Arzt und nicht mehr vom Versicherten erhält.

Sachverhalt

Mit der Regelung werden Betreuungsdienste als zugelassene Leistungserbringer im Bereich der Pflegeversicherung etabliert. Die Landesverbände der Pflegekassen werden zum Abschluss von entsprechenden Versorgungsverträgen verpflichtet. Vertragsrechtlich werden die Betreuungsdienste an die bestehenden vertraglichen Regelungen der ambulanten Pflege angegliedert. Allerdings sollen nicht alle Regelungen, die für ambulante Pflegedienste gelten, angewendet werden. In Abweichung zu den Pflegediensten wird z. B. geregelt, dass die verantwortliche Fachkraft nicht zwingend eine Pflegefachkraft sein muss, sondern an deren Stelle eine qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Fachkraft mit praktischer Berufserfahrung im erlernten Beruf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre treten kann.

Bewertung

Wie die Ergebnisse des Modellvorhabens nach § 125 SGB XI – in dessen Rahmen die Einführung von Betreuungsdiensten erprobt worden ist – zeigen, sind Betreuungsdienste eine sinnvolle Ergänzung des Angebotsspektrums in der Pflege. Insofern wurde durch den GKV–SV empfohlen, die Betreuungsdienste in die Regelversorgung aufzunehmen. Es wird vom vdek begrüßt, dass der Gesetzgeber die positiven Erfahrungen aus dem Modellprojekt in die Regelversorgung übertragen will.

Die vorgeschlagene Regelung sieht vor, Betreuungsdienste vertragsrechtlich an die Verträge für die ambulante Pflege anzugliedern, jedoch einzelne Regelungen, die für die Betreuungsdienste nicht erforderlich sind, nicht anzuwenden. Aus Sicht des vdek wäre eine von den Pflegediensten abgetrennte vertragsrechtliche Regelung eindeutiger und z. B. beim Abschluss von Verträgen, bei der Zulassung und bei Vergütungsverhandlungen besser umsetzbar.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 8 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 6
§ 72 (Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag)

Sachverhalt

Es wird geregelt, dass beim Abschluss von Versorgungsverträgen auf die Vereinbarungen aus dem Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung zurückgegriffen werden soll.

Bewertung

Es ist zweckmäßig, die zukünftig mit Betreuungsdiensten geschlossenen Versorgungsverträge inhaltlich auf den im Modellprojekt erprobten Vertragswerken aufzubauen. Die Vorgabe, dass die Verträge einzubeziehen sind, ist jedoch zu weitgehend, da die Vertragsinhalte für die Regelversorgung grundlegend angepasst werden müssen.

Änderungsvorschlag

In § 72 Absatz 2 Satz 3 (n.F) wird das Wort „*einzubeziehen*“ wird durch die Worte „*zu berücksichtigen*“ ersetzt.

Artikel 8 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 7
§ 112 (Qualitätsverantwortung)

Sachverhalt

Der GKV-SV wird beauftragt, innerhalb von zwei Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes, Richtlinien zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste zu beschließen. Für den Zeitraum bis zur Einführung eines neuen Systems der Qualitätsmessung und -darstellung (Auftrag nach § 113b SGB XI) finden die Regelungen des Elften Kapitels zur Qualitätsdarstellung für Betreuungsdienste keine Anwendung.

Bewertung

Der zweimonatige Zeitraum zur Entwicklung von Qualitätsvorgaben ist in Anbetracht der Einführung einer gänzlich neuen Anbietergruppe in die Regelversorgung mit weitreichenden Folgen zu kurz bemessen. Die bisherigen Erfahrungen bei der Überarbeitung der Pflege-Transparenzvereinbarungen und der Qualitätsprüfungs-Richtlinien haben gezeigt, dass die Umsetzung weitaus mehr Zeit in Anspruch nimmt. Aus Sicht des vdek sollten hier sechs Monate eingeplant werden.

Änderungsvorschlag

§ 112a Satz 1 wird nach dem Doppelpunkt wie folgt gefasst:

[...]: Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt bis zum [einsetzen: Datum des letzten Tages des auf die Verkündung folgenden sechsten Kalendermonats] unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. unter Beachtung der in dem Modellvorhaben zugrunde gelegten Vorgaben Richtlinien zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste. [...]

3. Ergänzender Änderungsbedarf

3.1 Nicht-Diskriminierung von GKV-Versicherten bei Terminvergabe

Änderungsvorschlag

§ 95 Absatz 3 SGB V: Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt: *„Eine Benachteiligung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung durch Vertragsärzte, insbesondere bei der Vergabe von Sprechstundenterminen, ist ein Verstoß gegen die aus dem jeweiligen Versorgungsauftrag resultierenden vertragsärztlichen Pflichten und kann zum Entzug der Zulassung nach § 95 Absatz 6 führen.“*

Die bisherigen Sätze 3 bis 5 werden zu den Sätzen 4 bis 6.

§ 87 Absatz 1 SGB V: Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt: *„In den Bundesmantelverträgen sind Regelungen zu treffen, die sicherstellen, dass die Versorgung der Versicherten unabhängig von der Versicherungsart nach der bestehenden Versorgungsnotwendigkeit erfolgt. Dies gilt insbesondere für die Vergabe von Sprechstundenterminen. Die Partner der Bundesmantelverträge vereinbaren hierzu bis zum xx.xx.20xx geeignete Regelungen.“*

Die bisherigen Sätze 2 bis 7 werden zu den Sätzen 5 bis 10.

Begründung

Wie eine aktuelle Umfrage des Forsa-Instituts im Auftrag des vdek zeigt, ist die Zufriedenheit der GKV-Versicherten mit der medizinischen Versorgung mit 85 Prozent sehr hoch. Eine Ungleichbehandlung im Vergleich zu PKV-Versicherten zeigt sich demnach nicht in der medizinischen Behandlung selbst, sondern bei der Wartezeit auf einen Sprechstundentermin, vor allem in ländlichen Regionen. Daher sollten gesetzliche Regelungen geschaffen werden, die eine solche Benachteiligung verhindern bzw. die der gemeinsamen Selbstverwaltung entsprechenden Maßnahmen ermöglichen. Die vorgeschlagenen Gesetzesänderungen verfolgen das Ziel, einer Bevorzugung von PKV-Versicherten gegenüber GKV-Versicherten bei der Terminvergabe zu verhindern. Es ist zu erwarten, dass die genannten Gesetzesänderungen zumindest bei Neupatienten und bei Überweisungen eine Gleichstellung bewirken. Für benachteiligte GKV-Versicherte würde zugleich eine Rechtsgrundlage für mögliche Beschwerden geschaffen.

3.2 Speicherung von Daten in der elektronischen Patientenakte

Änderungsvorschlag

§ 291a Absatz 3 SGB V: Der bisherige Satz 1 wird wie folgt ergänzt:

„bis die Krankenkassen ihren Versicherten gemäß Absatz 5c Satz 4 eine ePA nach Absatz 3 Satz 1 zur Verfügung stellen.“

§ 291a Absatz 5c SGB V wird wie folgt ergänzt:

„Sobald die ePA verfügbar ist, sind außerdem Daten nach Nr. 1 bis 3 und 7 bis 9 verfügbar zu machen.“

Begründung

Es sollte gesetzlich geregelt werden, dass die bisher vorgesehene Speicherung von Daten (eMedikationsplan/Arzneimitteltherapiesicherheit, Erklärungen des Versicherten zur Organ- und Gewebespende sowie die persönlichen Erklärungen des Versicherten (§ 291a Absatz 3 Satz 1 Nr. 1, 3 und 7 bis 9 SGB V) auf der elektronischen Gesundheitskarte ausschließlich online erfolgt. (Eine Ausnahme bilden die Notfalldaten, die auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert und im Notfall offline ausgelesen werden müssen.) Die ePa dient dabei als Speicherplattform. Mit diesem Schritt kann erreicht werden, dass

- redundante Datenspeicherungen ausgeschlossen werden,
- Unterschiede, bezogen auf die Vollständigkeit von Daten (in Akte und auf der Karte), ausgeschlossen werden können,
- das Thema der Datenneubeschaffung bei Kartenverlust oder -defekt ad acta gelegt werden kann (Stichwort: Datenerhalt), da die in der ePA gespeicherten Daten gesichert werden müssen und
- die Protokolldateien der letzten 50 Einträge ebenfalls über die ePA eingesehen werden können.

3.3 Legitimation elektronischer Antragsverfahren in der zahnärztlichen Versorgung

Änderungsvorschlag

An § 87 Absatz 1 Satz 7 wird der folgende Satz 8 angefügt: *„Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regeln in dem Bundesmantelvertrag bis zum 31.12.2019 das Nähere zu einem elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahren für bewilligungspflichtige Leistungen.“*

In § 87 Absatz 1a Satz 2 SGB V werden nach *„... einen kostenfreien Heil- und Kostenplan“* die Worte *„für den Versicherten...“* eingefügt.

In § 87 Absatz 1a SGB V wird nach Satz 3 folgender Satz eingefügt: *„Der Vertragszahnarzt übermittelt die Angaben des Heil- und Kostenplanes der Sätze 2 und 3 elektronisch an die Krankenkasse.“* Die Sätze 4 bis 9 werden zu den Sätzen 5 bis 10.

In § 87 Absatz 1a Satz 5 (neu) SGB V werden die Worte *„Der Heil- und Kostenplan...“* durch die Worte *„Die Versorgung...“* ersetzt.

In § 294 SGB V wird der Satz 1 zu Absatz 1 und folgender Absatz 2 angefügt:

„Die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte und übrigen Leistungserbringer sind verpflichtet, die für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen notwendigen Angaben, die für die Beantragung und Prüfung der Leistungen erforderlich sind, aufzuzeichnen und den Krankenkassen oder den mit der Datenverarbeitung beauftragten Stellen zu übermitteln.“

Begründung

Im Rahmen des Prüfauftrags nach § 87 Absatz 1 Satz 6, bislang papiergebundene Verfahren zur Organisation der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung durch elektronische Kommunikationsverfahren zu ersetzen, haben die KZBV und der GKV-SV festgestellt, dass eine Umstellung des bis dato papiergebundenen Antrags- bzw. Genehmigungsverfahrens für Leistungen bei der Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels, für kieferorthopädische Leistungen, für parodontologische Leistungen und für Leistungen bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen auf ein elektronisches Verfahren Vorteile für Vertragszahnärzte, Krankenkassen und Versicherte bietet. So können die Behandlungspläne vom Zahnarzt schneller an die Krankenkasse und von der Krankenkasse schneller zurück an den Zahnarzt übermittelt werden. Die Versicherten werden zeitnah über die Entscheidung der Krankenkasse informiert, sodass die Behandlungen früher begonnen werden können. Hinzu kommt, dass die elektronische Beantragung und Genehmigung vielfältige Medienbrüche beseitigt und die Erstellungs- und Übermittlungskosten reduziert. Der GKV-SV und die KZBV beraten schon seit längerem an der Umsetzung eines elektronischen Beantragungsverfahrens. Aufgrund der Tatsache, dass es an

einer gesetzlichen Ermächtigung der Bundesmantelvertragspartner für die Einführung eines elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahrens mangelt, ist eine stringente und wirtschaftliche Umsetzung des Verfahrens nicht in allen Fällen möglich, weil z. B. Doppelstrukturen vorgehalten werden müssen. Daher ist es notwendig, die Bundesmantelvertragspartner gesetzlich zur Einführung eines elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahrens zu ermächtigen und die Übermittlungsberechtigung und -verpflichtung für Vertragszahnärzte zu schaffen.

3.4. Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung

Änderungsvorschlag

1.

§ 64d Absatz 1 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen haben mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Verbänden auf Landesebene oder auf Bundesebene zur Stärkung der Verantwortung der Heilmittelerbringer die Durchführung von Modellvorhaben nach Satz 3 zu vereinbaren. Dabei kann ein Modellvorhaben auch auf mehrere Länder erstreckt werden. In den Modellvorhaben ist vorzusehen, dass die Heilmittelerbringer auf der Grundlage einer vertragsärztlich festgestellten Diagnose und Indikation für eine Heilmittelbehandlung selbst die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen. Ergänzend können innerhalb des Modellvorhabens auch Versorgungserprobungen erprobt werden, bei denen die Behandlung bereits auf Grundlage eines vom Leistungserbringer erstellten Behandlungsplanes begonnen wird. In der Vereinbarung nach Satz 1 ist die mit dem Modellvorhaben verbundene höhere Verantwortung der Heilmittelerbringer, insbesondere im Hinblick auf zukünftige Mengenentwicklungen und auf die Anforderungen an die Qualifikation der Heilmittelerbringer, zu berücksichtigen. Zudem ist in der Vereinbarung festzulegen, inwieweit die Heilmittelerbringer bei der Leistungserbringung von den Vorgaben der Richtlinien des G-BA nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 abweichen dürfen. Vereinbarungen nach Satz 1 sind den zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen.“

§ 64d Absatz 2 Nr. 3 SGB V wird gestrichen.

2.

§ 64d Absatz 4 SGB V wird gestrichen.

Begründung

1. Auf Grund der unterschiedlichen Versorgungssituation bei den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen gestaltet sich die Umsetzung der Modellvorhaben innerhalb gemeinsamer und einheitlicher Vereinbarungen als schwierig. Zusätzlich ist kein weiterer Erkenntnisgewinn durch weitestgehend identische regionale Modellvorhaben zu erwarten. Ferner wird durch die Reduzierung von redundanten Modellvorhaben auch zusätzlicher bürokratischer Aufwand, z. B. wissenschaftliche Evaluation und Datenzusammenführung vermieden. Aus diesem Grund sollten auch überregionale und kassenindividuelle Modellvorhaben möglich sein.

Weiterhin soll auch die Möglichkeit bestehen, dass neben der sogenannten Blankoverordnung auch ein möglicher Direkt-Zugang der Versicherten erprobt werden kann. Eine Diagnoseüberprüfung ist innerhalb des Behandlungszeitraums durch den Vertragsarzt sicherzustellen. Die Einzelheiten zur Einbeziehung der Vertragsärzte sind im Modellvorhaben näher zu definieren.

2. Der G-BA hat die Prüfung der Einschränkung auf das diabetische Fußsyndrom als einzige Diagnose in seiner Sitzung am 17.5.2018 beschlossen. Ein Modellvorhaben ist daher nicht mehr notwendig und vermeidet zusätzliche bürokratische Aufwendungen.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Askanischer Platz 1
10963 Berlin
Tel.: 030/2 69 31 – 0
Fax: 030/2 69 31 – 2900
politik@vdek.com