



## Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Zusammenfassende Bewertung vom 24.5.2019

## Terminservicestellen, Sprechstundenzeiten und vieles mehr

Der Gesetzentwurf zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) umfasst Regelungen zu mehr Sprechstunden und schnellerer Terminvergabe für GKV-Versicherte, korrespondierend mit einer besseren Vergütung entsprechender ärztlicher Leistungen. Hinzu kommen unter anderem Regelungen zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung und mitgliedschafts-, beitrags- und leistungsrechtliche Regelungen sowie Neuregelungen zu Arzneimitteln, zur Pflegeversicherung, zum Sozialdaten- und Gesundheitsschutz und weitere Maßnahmen zur Digitalisierung.

Schon die zwei Monate, die zwischen Referentenentwurf und Kabinettsentscheidung lagen, wurde vom Ministerium für Gesundheit (BMG) für zahlreiche Änderungen genutzt. Im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens hat sich das TSVG zu einem veritablen Omnibus mit zuletzt 54 Änderungsanträgen entwickelt. Diese haben das Gesetz zum Teil gravierend verändert und waren vereinzelt umfänglich. Hier sind insbesondere die umfassenden Änderungen den Heilmittelbereich betreffend zu nennen, daneben aber auch die tiefen Einschnitte, die der Gesetzgeber im Bereich der Gematik vornimmt und mit denen er sich selbst zum Mehrheitsgesellschafter macht.

Der nachfolgenden, abschließenden beschreibenden Bewertung, liegt der Gesetzentwurf Bundestagsdrucksache 19/6337 sowie die Änderungsanträge der abschließenden Ausschussdrucksache 19(14)51.11 zugrunde.

### *Terminservicestellen*

Patienten sollen laut Gesetzesbegründung schneller einen Termin beim (Fach-) Arzt bekommen. Dazu werden die Terminservicestellen zu „Servicestellen für ambulante Versorgung und Notfälle weiterentwickelt“. Der vdek hat dies ausdrücklich begrüßt. Die schnelle Verfügbarkeit von Facharztterminen in medizinisch indizierten Fällen ist ein wichtiges Qualitätskriterium für eine funktionierende vertragsärztliche Versorgung. Der Gesetzgeber hatte mit Einführung der Terminservicestellen eine grundsätzliche Voraussetzung geschaffen. Allerdings war die Umsetzung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in vielen Fällen bislang nicht optimal. Dies betraf insbesondere unterschiedliche und häufig zu kurze Erreichbarkeitszeiten, regional unterschiedliche Rufnummern sowie eine fehlende Online-Terminvergabe trotz bestehender Infrastruktur. Künftig sollen Termine auch zu Haus- und Kinderärzten sowie Psychotherapeuten vermittelt werden. 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 Grund-

lage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten telefonischen Ersteinschätzungsverfahrens ist ein weiterer, wichtiger Schritt zu einer verbesserten Patientensteuerung. Auf diese Weise können Patienten entsprechend ihres medizinischen Bedarfs zielgenauer in die geeignete Versorgungsebene geführt werden. Sofern ein größerer Bekanntheitsgrad dieses Angebots erzielt werden kann, könnte sich daraus auch eine erste Entlastung der stationären Notaufnahmen von Bagatellfällen, insbesondere während der Sprechstundenzeiten, ergeben. Die gesetzliche Festlegung, dass die Wartezeit auf eine psychotherapeutische Akutbehandlung zwei Wochen nicht überschreiten darf, wird vom vdek begrüßt. Ein wirksamer Mechanismus, wie die Bevorzugung von Privatpatienten in den Arztpraxen unterbunden werden kann, enthält der Gesetzentwurf aber leider weiterhin nicht. Die Diskriminierung von gesetzlich versicherten Patienten gegenüber Privatpatienten sollte als Verstoß gegen die vertragsärztlichen Pflichten zu werten sein.

Mit einem Änderungsantrag ist vor Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens noch verfügt worden, dass zur Veröffentlichung der Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte ein bundesweit einheitlicher Standard normiert wird und Informationen zur Barrierefreiheit der Arztpraxen bereitgestellt werden. Für die Umsetzung ihrer neuen Aufgaben haben die Terminservicestellen nun bis Jahresende Zeit. Die Terminservicestellen sollen auch mit Rettungsleitstellen kooperieren und in der Vermittlung von Terminen für Kinderuntersuchungen (U1 bis U9) tätig werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat für die KVen zusätzlich zur Unterstützung beim Wartezeitenmanagement ein elektronisch gestütztes Dispositionsmanagement bereitzustellen. Dieses Bündel qualitätssichernder Vorgaben wird vom vdek positiv bewertet.

### *Mindestsprechstundenzeiten*

Der vdek begrüßt auch, dass mit dem TSVG die Mindestsprechstundenzeiten für Ärzte von 20 auf 25 Stunden in der Woche heraufgesetzt werden. Die Regelung trifft lediglich die Ärzte, die einen Kassenarztsitz innehaben, in ihrem Versorgungsangebot aber unter ihren zeitlichen Möglichkeiten bleiben. Das ist nach Meinung des vdek richtig und konsequent. Ärzte in der sogenannten wohnortnahen Versorgung haben zudem mindestens fünf Stunden in der Woche als offene Sprechstunde anzubieten. Die Sprechzeiten sind über die KVen zu veröffentlichen, die Einhaltung der Mindestsprechstundenzeiten sind zu überprüfen. Explizite Unterstützung findet die Verpflichtung der Ärzteschaft, für die Versicherten die Sprechstundenzeiten einschließlich der offenen Sprechstunden über das Internet nutzerfreundlich und digital per App/Online-Angebot transparent zu machen. Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kommt die Aufgabe zu, die Bedingungen zur einheitlichen Umsetzung zu regeln, wozu auch die Vorgaben für digi-

tale Vermittlungsplattformen und die Zertifizierung eines Moduls zum Terminmanagement in allen Praxisverwaltungssystemen gehört. Diese Maßnahmen setzen den notwendigen Impuls, damit aus den Terminservicestellen künftig wertvolle Vermittlungseinrichtungen werden.

### *Extrabudgetäre Vergütung / Honorar*

Kritisch ist, dass im Zuge der Neuregelungen vieles, was heute Selbstverständlichkeit in Arztpraxen ist, in Zukunft extrabudgetär vergütet werden soll. Wesentliche Änderungen haben auch die Vergütungsregelungen, die mit der Aufrüstung der Terminservicestellen, der Ausweitung der Praxiszeiten und der Einrichtung von offenen Sprechstunden einhergehen, kurz vor Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens erfahren. Nunmehr wird die zusätzliche Vergütung stärker an Neupatienten geknüpft; die Behandlungsleistungen für sie werden vollumfänglich extrabudgetär vergütet. Das gilt auch für alle Leistungen für Patienten, die in einer offenen Sprechstunde erbracht werden. Hausärzte sollen zudem zusätzlich zur extrabudgetären Vergütung nach Länge der Wartezeiten gestaffelte Zuschläge auf die Versichertenpauschalen abrechnen können. Der Zuschlag für die erfolgreiche Vermittlung eines Termins durch den Hausarzt wird von fünf auf zehn Euro erhöht. Fachärzte sollen ebenfalls für eine schnelle Behandlungsübernahme gestaffelte Zuschläge auf die jeweiligen Grundpauschalen abrechnen können.

In neuen HZV-Verträgen sollen die eingeschriebenen Versicherten belohnt werden und zwar zu mindestens 50 Prozent der erzielten Effizienzgewinne. Die Kalkulation ist der Aufsicht vorzulegen. Dabei sind die Berechnungen prospektiv auf Basis von Schätzungen vorzunehmen, was auf praktische Probleme stößt. So ist es für die Krankenkassen im Voraus nicht möglich abzuschätzen, wie der Vertrag von den Versicherten, aber auch von den Ärzten, angenommen wird, was eine verlässliche Kalkulation von Effizienzgewinnen nicht möglich macht. Gekündigte Verträge gelten zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung bis zum Abschluss eines neuen Vertrages übergangsweise fort, es sei denn, der Vertrag enthält Bestandteile, die bestehendes Recht erheblich verletzen.

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen nach § 106a SGB V sollte zunächst auf höchstens zwei Prozent der Ärzte in einer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) begrenzt werden. Diese Begrenzung ist wieder entfallen. Es bleibt damit bei mindestens zwei Prozent. Das ist sachgerecht. Darüber hinaus wird die Nachforderungsfrist für Vergütungsrückzahlungen von vier auf zwei Jahre verkürzt. Damit verengt sich der zeitliche Spielraum für die Krankenkassen, berechnete Honorarrückforderungen einzufordern, empfindlich. Zumindest konnte im Stellungnahmeverfahren eindringlich darauf hingewirkt werden, dass die von vier auf zwei Jahre verkürzte Nachforderungsfrist nicht mit dem Ende des Abrechnungszeitraums, sondern

erst mit dem Erlass des Honorarbescheids zu laufen beginnt. Dies ist zwingend erforderlich, da die Honorarbescheide erst Monate nach Ende des Abrechnungszeitraums erlassen werden.

### *Strukturfonds*

Die Einrichtung von Strukturfonds ist mit dem TSVG nun in allen Regionen der KVen obligatorisch. Sie sind mit Mitteln in Höhe von 0,1 bis 0,2 Prozent der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auszustatten (bisher bis zu 0,1 Prozent). Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen werden zudem aufgefordert, ergänzende Mittel zur zweckgebundenen Förderung der Strukturen des Notdienstes bereitzustellen. Dieses Paket wird vom vdek kritisch gesehen. Die bisherige Regelung, über die Verwendung der Strukturfondsmittel auf regionaler Ebene zu entscheiden, hat sich bewährt und trägt der jeweiligen Versorgungssituation Rechnung. Mit der nun flächendeckenden Anwendung von spezifischen Instrumenten gegen Versorgungsprobleme geht die Gefahr einher, bestehende Versorgungsdisparitäten zu vergrößern. Die Klarstellung, dass die Mittel nur im Sinne der Sicherstellung der Versorgung zu verwenden ist, wird begrüßt. Vor dem Hintergrund der immer größeren Relevanz und der höheren finanziellen Ausstattung wäre es erforderlich gewesen, die Krankenkassen bei der Mittelverwendung besser einzubinden. Dies gilt umso mehr, als dass die Gelder des Strukturfonds nun auch für den Aufkauf von Praxissitzen verwendet werden können. Die Mittel der Strukturfonds können auch genutzt werden, um den Betrieb der Terminservicestellen zu fördern.

### *Kodierrichtlinien*

Begrüßt werden die Regelungen zur Einführung ambulanter Kodierrichtlinien. Dies hat der vdek seit Langem gefordert, um die Qualität der ambulanten Diagnosen zu sichern. Eine qualitativ hochwertige Kodierung ist die Voraussetzung, um Diagnosen für die Berechnung der Morbidität im Risikostrukturausgleich und in der vertragsärztlichen Versorgung nutzen zu können. Positiv ist, dass die einzusetzende Praxissoftware zur Umsetzung der Richtlinien – auch bei Selektivverträgen – von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zu zertifizieren ist. Via Änderungsantrag ist zudem klargestellt worden, welche Leistungserbringer in der sektorenübergreifenden und selektivvertraglichen Versorgung unter die Vorgaben der Kodierrichtlinien fallen sollen. Für diese Bereiche ist die Deutsche Krankenhausesellschaft in die Erarbeitung einzubeziehen.

### *Eigeneinrichtungen der KVen / Medizinische Versorgungszentren*

Mit dem Gesetz ist die Regelung, dass KVen zum Betreiben oder zur Beteiligung an Einrichtungen der unmittelbaren medizinischen Versorgung die Krankenkassen in Benehmen zu setzen haben, gestrichen worden. 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 wäre ihre Einschätzung bei der Bewertung, in welcher Form KVen Einrichtungen zur medizinischen Versorgung schaffen bzw. sich an ihnen beteiligen, hilfreich gewesen. Begrüßt wird, dass Eigeneinrichtungen auch durch mobile oder telemedizinische Sprechstunden, mobile Praxen oder ähnliche Versorgungsangebotsformen betrieben werden können. Für den Fall einer drohenden Unterversorgung ist die zunächst vorgesehene Verpflichtung der KV zum Betrieb einer Eigeneinrichtung wieder gestrichen worden; für den Fall der Unterversorgung bleibt sie aber erhalten. Insgesamt sind diese Regelungen positiv zu werten. Um den drohenden Versorgungsproblemen insbesondere in ländlichen und abgelegenen Gebieten besser begegnen zu können, sind flexible Lösungen notwendig.

Fehlentwicklungen bei der Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), die zu einem zunehmenden Einfluss von Kapitalinvestoren geführt haben, werden mit dem TSVG richtigerweise korrigiert. Die Gründungsmöglichkeit für Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen wird auf fachbezogene MVZ begrenzt. Die Gründereigenschaft wird räumlich und fachlich beschränkt. Zunächst war auch vorgesehen, dass auch anerkannte Praxisnetze in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten MVZ gründen können. Der vdek hat darauf hingewirkt, dass dies nicht auf diese Gebiete beschränkt bleibt, um die Bedingungen für zukunftsweisende, ärztliche Versorgungsstrukturen grundsätzlich zu verbessern. Gestrichen wurde eine Regelung, wonach der Zulassungsausschuss bei Nachbesetzung einer Arztstelle im Angestelltenverhältnis den Bedarf prüfen soll. Dies ist unschädlich.

### *Bedarfsplanung / Mitgestaltungsrecht der Länder*

Die obersten Landesbehörden werden ab sofort in den Zulassungsausschüssen bei bestimmten Sachverhalten beratend und antragstellend mitwirken. Der vdek hatte zwar Bedenken geäußert, Antragstellungen außerhalb der gewachsenen Strukturen vorzusehen. Daran ändert auch die genauere Spezifizierung der Tatbestände, in welchen die obersten Landesbehörden in den Zulassungsausschüssen beratend und antragstellend mitwirken können, grundsätzlich nichts. Ein Antragsrecht der Länder ist ein erheblicher Eingriff in die Tätigkeit der Selbstverwaltung. Hierdurch werden die Rechte der Länder, Einfluss auf die Versorgung zu nehmen, gestärkt, obwohl sie bereits seit vielen Jahren ihren Pflichten zur Sicherstellung der Versorgung (bspw. Investitionsfinanzierung) nur unzureichend nachkommen. Jetzt wird es darum gehen, in veränderter Besetzung sachlich zu beraten und verantwortliche Entscheidungen herbeizuführen.

Im Weiteren können die obersten Landesbehörden Teilgebiete eines Planungsbereiches von Zulassungsbeschränkungen ausnehmen. Auch diese Regelung beschneidet die Aufgabe des Landesausschusses als Selbstverwaltungsorgan. Es wird nun darauf zu achten sein, dass es in der Anwendung nicht zu auch vom Gesetzgeber nicht gewollten, breitflächigen Ausnahmen – und zwar auch in überversorgten Bereichen – kommt.

Den Ländern werden zudem noch in den Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Bedarfsplanung und zu allen Aspekten der Qualitätssicherung die gleichen Rechte und Pflichten wie Patientenvertretungen eingeräumt. D. h., sie bekommen u. a. ein förmliches Antragsrecht und können im Bereich Qualitätssicherung die Mitberatungsgegenstände ausweiten. Dies lehnt der vdek ab.

Den Zulassungsausschüssen wird auch die Möglichkeit eingeräumt, einem Bewerber um einen Praxissitz, der sich im Verfahren zur Erfüllung von besonderen Versorgungsbedürfnissen bereit erklärt hat, dies als Zulassungsvoraussetzung im Zulassungsbescheid zu verankern. Damit kann die Umsetzung künftig auch kontrolliert werden. Eine Praxis kann künftig auch als Zweigpraxis weitergeführt werden. Dies wird vom vdek begrüßt.

### *Schiedsämter / Sektorenübergreifende Konfliktlösung*

Mit dem TSVG sind auch die Regelungen zum Schiedswesen neu gestaltet worden. Wie zuvor bleibt es bei getrennten Schiedsämtern für die vertragsärztliche und die vertragszahnärztliche Versorgung. Diese werden neu strukturiert. Die Anpassungen dienen auch nach Auffassung des vdek der Klarheit. Die nunmehr vorgesehene Teilnahme der Aufsichtsbehörden an den Sitzungen und Beratungen hingegen stößt auf nachhaltiges Unverständnis. Schiedsämter sind Konfliktlösungsgremien der gemeinsamen Selbstverwaltung. Dieses Selbstverständnis steht im Widerspruch zunehmender staatlicher Einflussnahme, die auch in anderen Bereichen zu beobachten ist. Für sektorenübergreifende Verträge und Vereinbarungen wird einheitlich je ein sektorenübergreifendes Schiedsgremium auf Bundes- und auf Landesebene etabliert. Das ist zu begrüßen.

### *Heilmittel / Hilfsmittel*

Ab dem nächsten Jahr wird die Versorgung mit Heilmitteln über bundesweite, gemeinsame und einheitliche Versorgungsverträge zwischen dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und den maßgeblichen Verbänden der Heilmittelerbringer geregelt. Die Grundlohnsummenanbindung ist für diesen Bereich unbefristet abgeschafft worden. Übergangsweise soll ab dem 1.7.2019 bundesweit für jede Krankenkasse und für jede Leistungsposition der höchste von einer Krankenkasse bereits vereinbarte Preis gelten. Damit

wird das Preisniveau in einem Schritt auf ein Höchstniveau gezogen, das den Ausgang für zukünftige Preisverhandlungen bildet. Diese Änderungen werden vom vdek als vergütungstechnisch unnötig und vertragspolitisch kontraproduktiv abgelehnt. Wenigstens konnte im Verfahren durchgesetzt werden, dass Transparenz über die gezahlten Gehälter der angestellten Therapeuten herbeigeführt wird. In Zukunft wird damit nachvollzogen werden können, ob die Vergütungserhöhungen auch bei denen ankommen, die die Arbeit machen.

Mit dem TSVG wird auch die sogenannte „Blanko-Verordnung“ in die Regelversorgung eingeführt. Ist die Indikation für ein Heilmittel durch den Arzt festgestellt, kann der Therapeut Auswahl und Dauer sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten festlegen. Damit überholt der Gesetzgeber sich selbst, der bereits entsprechende Modellprojekte zur Erprobung der Blanko-Verordnung im SGB V verankert hatte. Die sind bis dato nicht realisiert worden. Insofern ist hier der zweite Schritt vor dem ersten gemacht worden.

Zunächst war auch geplant, das bewährte Zulassungsverfahren von Leistungserbringern durch einen bloßen Beitritt zu einem Rahmenvertrag zu ersetzen. Das konnte abgewendet werden. Künftig wird die Zulassung aber nur noch von einer Stelle im Land erteilt. Dazu bilden die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen eine Landesarbeitsgemeinschaft.

Mit dem TSVG wird den Krankenkassen jedoch wieder die Möglichkeit genommen, die Hilfsmittelversorgung ihrer Versicherten über den Weg der Ausschreibung sicherzustellen. In der Vergangenheit haben immer wieder Hersteller, trotz klarer Qualitätsvorgaben, in den Ausschreibungen am Ende nicht die geforderte Qualität geliefert und hohe Aufzahlungen von den Versicherten gefordert. Diesem inakzeptablen Verhalten hätte durch eine Verschärfung der Ausschreibungsregelungen begegnet werden können. Das mit dem TSVG nunmehr beabsichtigte Verbot der Ausschreibungen für Hilfsmittel hält der vdek für zu weitgehend. Hier wird das „Kind mit dem Bade“ ausgeschüttet. Und nicht nur das: Mit einem Änderungsantrag ist zudem die Übergangsfrist für laufende Ausschreibungsverträge auf ein Jahr verkürzt worden.

### *Telematik/Digitalisierung*

Ein wesentliches Element bilden die Regelungen zur Digitalisierung. Spätestens ab 2021 haben die Krankenkassen ihren Versicherten eine elektronische Patientenakte (ePA) anzubieten. Zudem wird den Krankenkassen ermöglicht, zusätzliche Angebote, wie Patiententagebücher oder Aufzeichnungen aus Fitnesstrackern, in den Patientenakten anzubieten. Die Krankenkassen sind auch verpflichtet, die elektronische Gesundheitskarte (eGK) ab dem 1.12.2019 mit einer kontaktlosen Schnittstelle auszustatten. Den Patienten wird über die eGK hinaus ein mobiler Zugriffsweg eingeräumt,



damit sie vom Mobilfunkgerät oder Tablet aus auf ihre Daten in der Patientenakte zugreifen können. Die Einwilligung des Versicherten in die Nutzung medizinischer Anwendungen wird vereinfacht.

Begrüßt wird, dass mit dem Gesetz die Krankenkassen Sozialdaten auf Verlangen des Versicherten zukünftig auch an externe Anbieter einer ePA weitergeben dürfen. Bislang bestand die Informationsbefugnis nur gegenüber dem Versicherten selbst. Davon unberührt bleibt, dass es in erster Linie die Krankenkassen sind, die ePA-Angebote für ihre Mitglieder unterbreiten sollten.

Mit dem TSVG wird ein elektronisches Antragsverfahren für bewilligungspflichtige zahnärztliche Leistungen vorgesehen. Unverständlich ist, dass dies trotz entsprechender Vorschläge nicht auch auf das Zahn-Bonusheft ausgeweitet wird. Ähnliches gilt auch für die Übermittlung von Arbeitsunfähigkeitsdaten. Einerseits ist positiv, dass es ab dem Jahr 2021 ein einheitliches, verbindliches elektronisches Verfahren zur Datenübermittlung vom Arzt an die Krankenkassen eingeführt wird; andererseits werden die Arbeitgeber in die Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten nicht einbezogen. Damit wird dieser Prozess trotz bestehender Möglichkeiten, wie die Nutzung des bestehenden Datenaustauschverfahrens, nicht vollständig digitalisiert. Der Versicherte soll aber nach wie vor immer noch eine schriftliche AU-Bescheinigung bekommen.

Völlig unakzeptabel sind die über Änderungsanträge in das Gesetzesverfahren aufgenommenen Neuregelungen die gematik betreffend. Die Bundesregierung wird danach mit 51 Prozent Mehrheitsgesellschafter der gematik. Den Kassen bleiben 24,5 Prozent. Hochproblematisch sind auch die Sanktionsregelungen: Einer Krankenkasse werden die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für Verwaltungsausgaben im Jahresausgleich für das Ausgleichsjahr 2020 um 2,5 Prozent gekürzt, wenn sie ihren Versicherten am 1.1.2021 keine ePA anbieten kann. Es bleibt auch dabei, dass die KBV allein die notwendigen Festlegungen zu den Inhalten, der ePA verbindlich trifft, um deren semantische und syntaktische Interoperabilität zu gewährleisten.

### *Selbstverwaltung / Verbänderecht / Aufsicht*

Das TSVG friert die Vergütungen der Vorstände von GKV-SV, KBV, G-BA und Medizinischer Dienst (MDS) bis zum Jahr 2028 ein. Erhöhungen der Bezüge sind nur noch zu Beginn einer Amtsperiode möglich und durch die Entwicklung des Verbraucherpreisindex gedeckelt. Zudem müssen Änderungen durch das BMG genehmigt werden. Die Regelungen stellen eine unangemessene Benachteiligung von Vorständen der Spitzenorganisationen dar. Darüber hinaus beschränken sie die Unabhängigkeit der Selbstverwaltungsorgane die Vorstandsvergütung festzulegen. In diesem Sinne knüpfen die Regelungen an das Selbstverwaltungsstärkungsgesetz (GKV-SVSG) der

letzten Wahlperiode an. Dieses hatte damals zu einer Diskussion um Eingriffe in die Selbstverwaltungsautonomie der adressierten Institutionen geführt. Diese Kritik muss an dieser Stelle wiederholt werden.

Im Rahmen der Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung nach § 274 SGB V wird die Möglichkeit eröffnet, dass das BMG bei fachlich komplexen Sachverhalten, die Spezialwissen erfordern, Wirtschaftsprüfer oder spezialisierte Rechtsanwaltskanzleien mit Prüfungen beauftragen kann. Der Prüfauftrag soll auf bestimmte Prüfthemen beschränkt sein. Die anfallenden Kosten sind von den zu prüfenden Stellen zu tragen. Unklar bleibt, aus welchem Anlass derartige Prüfungen durchgeführt werden sollen und welche Reichweite sie haben. Wie die zu prüfende Krankenkasse in den gesamten Prozess einbezogen ist und welche Rechte sie hat, ist ebenfalls nicht erkennbar. Aus diesen Gründen lehnt der vdek die Neuregelung ab.

### *Mitgliedschafts- und Beitragsrecht*

Mit dem TSVG erhalten eine Vielzahl von mitgliedschafts- und beitragsrechtlichen Regelungen Gesetzeskraft. Dazu zählt die Berücksichtigung von Abfindungen beim Gesamteinkommen in der Familienversicherung, die Vereinfachung der Familienversicherung für Stiefkinder und Enkel, die Beitragsfreistellung von unterhaltsersetzenden Versorgungsbezügen bei Waisenrentnern oder die Ausweitung des Zahlstellenverfahrens für Beiträge aus Versorgungsbezügen, die allesamt nachvollziehbar sind und befürwortet werden. Besonders positiv hervorzuheben ist die Neuregelung des § 228 SGB V, mit der die rückwirkende Aufhebung von Beitragsbescheiden bei Nachzahlungen von Renten und Versorgungsbezügen geschaffen wird. Damit wird Rechtsklarheit geschaffen und die rechtskonforme Verbeitragung der hier angesprochenen Nachzahlungen gestärkt.

### *Leistungsrecht / Krankengeld*

Kieferorthopädische Behandlung: In Anlehnung an die bestehende Mehrkostenregelung für Zahnfüllungen sind nun auch im kieferorthopädischen Versorgungsbereich Mehr- und Zusatzleistungen wählbar. Der Anspruch auf die vergleichbare BEMA-Sachleistung bleibt bestehen. Es muss aber eine schriftliche Vereinbarung zwischen Zahnarzt und Patienten geschlossen werden, die alle voraussichtlich entstehenden Kosten transparent darstellt.

Festzuschüsse Zahnersatz: Der Anspruch der Versicherten auf Festzuschüsse bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen wird um zehn Prozent auf generell 60 Prozent der Kosten für die Regelversorgung erhöht. Die Bonuszuschläge für die nachgewiesene regelmäßige Zahnpflege erhöhen sich konsequent auf 70 bzw. 75 Prozent. Leider sind parallel keine Verpflichtungen geschaffen worden, die Behandlungspläne hinsichtlich ihrer vertrags- und privat Zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen

durch die Krankenkasse prüfen zu lassen, um sicherzustellen, dass die Versorgung der Versicherten nicht nur teurer wird. Mit einem Änderungsantrag ist die Erhöhung der Festzuschüsse um drei Monate auf den 1.10.2020 vorgezogen worden. Sie sollen sich zudem auch dann erhöhen, wenn die jährlichen Untersuchungen des vorangegangenen Zehn-Jahres-Zeitraums einmal unterbrochen worden ist (Bonusregelung).

Präexpositionsprophylaxe (PrEp): (Noch) nicht HIV-Infizierte, die älter als 16 Jahre sind und ein erhöhtes HIV-Infektionsrisiko aufweisen, können auch Beratung, Untersuchung und Verordnung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zur Präexpositionsprophylaxe (PrEp) als Kassenleistung beanspruchen. Der vdek sieht dies sehr kritisch, da vom bisherigen Prinzip der Eigenverantwortlichkeit hinsichtlich der Vermeidung von HIV-Infektionen, insbesondere durch Sexualkontakte, abgekehrt wird und erfolgreiche Präventionsbemühungen untergraben werden. Es entsteht ein erhebliches Kostenrisiko, da entsprechende hierfür zugelassene Präparate deutlich teurer sind als Kondome. Neben einem Kostenrisiko drohen Infektionen mit anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen. Hinzu kommt ein zurzeit noch nicht bezifferbares Risiko der Resistenzentwicklung, die im Falle einer eventuell später dennoch eintretenden HIV-Infektion deren Behandlung erschweren würde. Der Evaluationsauftrag der Versorgung mit der Präexpositionsprophylaxe ist nicht auf den Bereich HIV/AIDS begrenzt, sondern soll alle sexuell übertragbaren Krankheiten umfassen.

Krankengeld: Die Neuregelungen zum Krankengeld sind weit überwiegend nachvollziehbar und werden befürwortet. Besonders positiv ist, dass nun auch hauptberuflich versicherungspflichtigen Selbstständigen das Recht zur Wahl einer Mitgliedschaft mit Krankengeldanspruch eingeräumt wird. Die bisher von den Krankenkassen schon praktizierte Rechtsauslegung wird damit auf eine gesetzliche Grundlage gestellt.

### *Selbsthilfe / Hebammen / Sonstiges*

War zunächst beabsichtigt, dass ab dem Jahr 2020 die gesamten Mittel zur Selbsthilfeförderung durch Krankenkassen einheitlich und gemeinsam verausgabt werden, verbleibt es nach Abschluss des Gesetzes doch bei einem Anteil von 30 Prozent, der durch die Krankenkasse individuell für Selbsthilfeprojekte genutzt werden kann. Hierfür hatten sich Kassen wie Vertreterinnen und Vertreter von Selbsthilfeorganisationen einhellig eingesetzt.

Die bislang auf vertraglicher Grundlage vom GKV-SV geführte Vertragspartnerliste über freiberuflich tätige Hebammen wird institutionalisiert, elektronisch bereitgestellt und auch den Krankenkassen elektronisch übermittelt. Die Daten der Hebammen werden auch ohne deren Einwilligung veröffentlicht. Damit kann sichergestellt werden, dass die Liste in Zukunft vollständig sein wird. Die in Krankenhäusern tätigen Hebammen bekommen mit dem TSVG zudem einen Anspruch auf finanzielle Förderung von Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie und werden

so in dieser Hinsicht dem Pflegepersonal gleichgestellt. Der vdek vertritt hier nach wie vor die Ansicht, dass – ungeachtet der Sinnhaftigkeit solcher Maßnahmen – diese aus Steuermitteln zu finanzieren sind.

Die Leistungspflicht der Krankenhäuser beim Entlassmanagement ist um die Unterstützung bei Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, der Haushaltshilfe, der Kurzzeitpflege und Pflegeleistungen nach dem SGB XI erweitert worden (ÄA 48). Die Krankenhäuser erhalten zudem die Verordnungsbefugnis für Krankentransporte nach dem Krankenhausaufenthalt. Der vdek begrüßt diese versorgungsverbessernden Maßnahmen ausdrücklich.

Bei der Erprobung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NuB) gilt ab sofort: „Wer bestellt, bezahlt“. Beauftragt ein Medizinproduktehersteller die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Untersuchungen, hat er die Kosten zu übernehmen. Beauftragt der G-BA, zahlt dieser. Damit werden Kosten für Studien zunehmend auf die Selbstverwaltung verschoben.

Da der Aufbau flächendeckender klinischer Krebsregister hinkt, erhalten die Länder abermals ein Jahr mehr Zeit, um den Aufbau abzuschließen.

Der Gesetzgeber hat abschließend auch Bestimmungen zur Vergütung von saisonalen Impfstoffen getroffen. Das Überschreiten der Bestellmenge gegenüber den erbrachten Impfungen gilt bis zu zehn Prozent nicht als unwirtschaftlich („Sicherheitszuschlag“) und darf folglich nicht regressiert werden. Die zusätzlichen Abschläge für Impfstoffe auf den pharmazeutischen Abgabepreis (5 bzw. 10 Prozent) werden gestrichen. Die Abgabe von Impfstoffen wird grundsätzlich der Arzneimittelpreisverordnung unterworfen. Bei der Abgabe von saisonalen Grippeimpfstoffen an Ärzte wird eine Vergütungsobergrenze eingezogen. Nachdem er bereits die Möglichkeiten von Rabattverträgen und Ausschreibungen und damit wertvolle Steuerungsinstrumente für eine wirtschaftliche Versorgung mit Impfstoffen gestrichen hat, setzt der Gesetzgeber mit dem TSVG seinen Kurs fort, die Krankenkassen auf eine bloße Zahlerfunktion zu reduzieren. So sehr das Anliegen, den Impfschutz in der Bevölkerung zu erhöhen, vom vdek unterstützt wird; die ausschließliche Ausrichtung auf rein preispolitische Maßnahmen greift nach Ansicht des vdek zu kurz.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Abteilung Politik / Selbstverwaltung

Askanischer Platz 1

10963 Berlin

Tel.: 030/2 69 31 – 0

Fax: 030/2 69 31 – 2900

info@vdek.com