

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0053(9)
gel. VB zur öAnh am 16.1.2019 -
TSVG
10.1.2019



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum

Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und
bessere Versorgung (TSVG)

Stand: 10.1.2018

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	4
1. Allgemeiner Teil	5
2. Kommentierung des Gesetzentwurfs.....	16
• Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	16
• Zu Artikel 1 Nr. 12 § 29 (Kieferorthopädische Behandlung)	16
• Zu Artikel 1 Nr. 34 und Nr. 80 § 73b Absatz 3 (Hausarztzentrierte Versorgung) und § 140a (Besondere Versorgung).....	17
• Zu Artikel 1 Nr. 43 d) § 87 (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte).....	19
• Zu Artikel 1 Nr. 43 e) § 87 (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte).....	20
• Zu Artikel 1 Nr. 44 a) § 87a (Regionale Euro- Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten)	21
• Zu Artikel 1 Nr. 44 b) § 87a (Regionale Euro- Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten)	24
• Zu Artikel 1 Nr. 52 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb § 95 Absatz 1a Satz 1a – neu (Gründung von MVZ in Krankenhaus-Trägerschaft)	26
• Zu Artikel 1 Nr. 56 b) § 105 Absatz 1a (Förderung der vertragsärztlichen Versorgung).....	28
• Zu Artikel 1 Nr. 99 Buchstabe d) § 295 Absatz 4 (Abrechnung ärztlicher Leistungen)	29
• Artikel 2 Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch....	30
• Zu Artikel 2 Nr. 2a) § 55 (Leistungsanspruch)	30
• Zu Artikel 2 Nr. 2b) und c) § 55 (Leistungsanspruch)	31
• Zu Artikel 2 Nr. 3 § 295 (Abrechnung ärztlicher Leistungen).....	32
3. Änderungsanträge	34
• Zu Änderungsantrag 1 Artikel 1 Nr. 67a § 124 (Verträge).....	34
• Zu Änderungsantrag 1 Artikel 1 Nr. 67a § 124a –neu (bundesweit einheitliche Preise)	37

- Zu Änderungsantrag 1 Artikel 1 Nr. 67a § 125 – neu
(Zugangsregelungen)38
- 4. Ergänzender Änderungsbedarf40**
 - § 95 Absatz 3 Satz 3 SGB V –neu– i. V. m. § 87 Absatz 1 SGB V
(Nicht-Diskriminierung von GKV-Versicherten bei
Terminvergabe).....40
 - § 175 Absatz 4 Satz 5 bis 7 SGB V (Sonderkündigungsrecht und
Informationspflichten bei Einführung von Zusatzbeiträgen oder
Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes)41

Vorbemerkung

Die vorliegende Stellungnahme des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) befasst sich mit dem Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG).

Unter 1. werden die wesentlichen Inhalte des Gesetzentwurfes aufgegriffen und kurz kommentiert. Eingeflossen sind auch die Formulierungshilfen für die Änderungsanträge, die am 16.1.2019 in das Gesetzesverfahren eingebracht werden sollen (Stand: 20.12.2018). An den Stellen, wo der vdek konkrete Änderungsvorschläge machen möchte, finden sich entsprechende Hinweise.

Unter 2. finden sich einige konkrete Änderungsvorschläge sowie detailliertere Erläuterungen zu ausgewählten Regelungen.

Unter 3. werden die im Vorfeld der Anhörung am 16.1.2019 bekannt gewordenen weiteren geplanten gesetzlichen Änderungen aufgegriffen. Eine detaillierte Kommentierung erfolgt im Rahmen dieser Stellungnahme ausschließlich für den Heilmittelbereich auf Basis des Änderungsantrages des Ausschussdrucksache 19(14)51.4.

Unter 4. findet sich ergänzender Änderungsbedarf aus Sicht des vdek.

1. Allgemeiner Teil

Mit dem vorliegenden Entwurf des TSVG hat die Bundesregierung ein weiteres, großes Versorgungsgesetz auf den parlamentarischen Weg gebracht, um u. a. die Termin- und Wartezeitensituation in den Arztpraxen zu verbessern. Darüber hinaus beinhaltet der als „Omnibus“ angelegte Gesetzentwurf eine Vielzahl weiterer Regelungen. Diese werden durch eine Reihe von fachfremden Änderungsanträgen weiter ergänzt.

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 begrüßt dieses Vorhaben ausdrücklich. 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 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. Künftig sollen Termine auch zu Haus- und Kinderärzten sowie, unter bestimmten Bedingungen, ebenfalls für eine Akutbehandlung 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 Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten telefonischen Ersteinschätzungsverfahrens ist ein erster wichtiger und zentraler 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 weiterhin 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.

- **Siehe hierzu 3. Ergänzender Änderungsbedarf (§ 95 Absatz 3 Satz 3 SGB V – neu – i. V. m. § 87 Absatz 1 SGB V).**

Mindestsprechstundenzeiten

Der vdek begrüßt, dass mit dem TSVG die Mindestsprechstundenzeiten für Ärzte von 20 auf 25 Stunden in der Woche heraufgesetzt werden sollen. In vielen Fällen arbeiten Ärzte heute schon länger; insofern trifft die Regelung lediglich die Ärzte, die einen Kassenarztsitz innehaben, in ihrem Versorgungsangebot aber unter ihren Möglichkeiten bleiben. Sie 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 digitale 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. Der vdek befürwortet dieses Vorgehen ausdrücklich.

Extrabudgetäre Vergütung

Kritisch aus Sicht des vdek ist, dass im Zuge der Neuregelungen vieles, was heute Selbstverständlichkeit in Arztpraxen ist, in Zukunft extrabudgetär vergütet werden soll. Anders als noch im Referentenentwurf sieht der Gesetzentwurf anstelle einer Vielzahl von Einzelfallregelungen nun pauschale Zuschläge vor, was das Verfahren deutlich praktikabler macht. Bei der Behandlung von neuen Patienten, d. h. wenn diese in den letzten vier Jahren nicht von diesem Arzt versorgt wurden, soll ein Zuschlag von mindestens 25 Prozent der Versicherten- bzw. Grundpauschale extrabudgetär vergütet werden. Findet die Behandlung in einer offenen Sprechstunde statt, soll ein Zuschlag von mindestens 15 Prozent der Versicherten- bzw. Grundpauschale gezahlt werden. Damit wird die ärztliche Behandlung deutlich teurer. Deshalb ist es notwendig, die neuen extrabudgetären Vergütungen auf tatsächliche Mehrleistungen, die im Zuge des Gesetzes entstehen, zu begrenzen und nicht alle Leistungen innerhalb eines Behandlungsfalls für den Fall extrabudgetär zu honorieren, dass der Versicherte über die Terminservicestelle vermittelt wurde. Hiermit wären massive Fehlanreize verbunden. Der für die Vermittlung eines Facharzttermins vorgesehene Zuschlag für den Hausarzt wird von zwei Euro im Referentenentwurf auf mindestens fünf Euro erhöht. Nach Auffassung des vdek sollte ein solcher Vermittlungsdienst nur dann zusätzlich vergütet werden, wenn in medizinisch besonders dringenden Fällen eine Behandlung durch den Facharzt innerhalb von 72 Stunden erfolgt.

- **Siehe hierzu 2. Kommentierung zu Artikel 1 Nummer 43 Buchstabe d und 43 Buchstabe e sowie Nummer 44 Buchstabe a und 44 Buchstabe b.**

Strukturfonds

Die Einrichtung von Strukturfonds wird in allen Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen (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). Es wird klargestellt, dass die Mittel vollständig zur Förderung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung verwendet werden und dies in einem Bericht durch die KV darzulegen ist. Die nun per Gesetz obligatorisch werdende Einrichtung von Strukturfonds in allen KV-Bereichen wird vom vdek kritisch gesehen. 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 die Gefahr einher, bestehende Versorgungsdisparitäten ggf. zu vergrößern. Die Klarstellung, dass die Mittel nur im Sinne der Sicherstellung zu verwenden ist, wird allerdings begrüßt. Vor dem Hintergrund der immer größeren Relevanz und der höheren finanziellen Ausstattung ist es aber erforderlich, die Krankenkassen bei der Mittelverwendung einzubinden. Dies gilt umso mehr, als dass die Gelder des Strukturfonds nun auch für den Aufkauf von Praxissitzen verwendet werden können. Nur durch die Mitsprache der Krankenkassen kann sichergestellt werden, dass die KVen ihren Verpflichtungen im Bereich des Abbaus von Überversorgung durch den Aufkauf von Praxissitzen in Ballungsräumen nachkommen.

- **Siehe hierzu 2. Kommentierung zu Artikel 1 Nummer 56 Buchstabe b.**

Eine Übertragung von Sicherstellungsinstrumenten wie den Strukturfonds auf den zahnärztlichen Versorgungsbereich macht nach Ansicht des vdek keinen Sinn. Die Versorgungssituation im zahnärztlichen Bereich ist mit der Versorgungssituation im ärztlichen Bereich nicht vergleichbar. Anders als im ärztlichen Bereich bleibt die Bedarfsplanung im zahnärztlichen Bereich ohne Konsequenz für die Zulassung. Die auslösenden Tatbestände zur Mittelverwendung sind somit nicht vergleichbar. Daneben bestehen Unterschiede in den Vergütungssystemen von Ärzten und Zahnärzten. Bei letzteren unterscheiden sich pauschale und Einzelleistungsvergütung zwischen den Kassenarten und zwischen den Regionen stark. Dies führt zu rechtlichen Unklarheiten bei der Ermittlung der individuellen Kassenbeteiligung an den Strukturfonds.

Kodierrichtlinien

Begrüßt werden die Regelungen zur Einführung ambulanter Kodierrichtlinien. Dies fordert der vdek seit längerem, um die Qualität der ambulanten Diagnosen zu sichern. Eine qualitativ hochwertige Kodierung ist die Voraussetzung, um

Diagnosen für die Berechnung der Morbidität im RSA 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. Um eine Weiterentwicklung dieses Zertifizierungsverfahren zu gewährleisten, sollten die Krankenkassen systematische Fehler bei der Kodierung an die KBV melden müssen.

- **Siehe hierzu 2. Kommentierung zu Artikel 1 Nummer 99.**

Eigeneinrichtungen der KVen / Medizinische Versorgungszentren

Die Regelung, dass KVen zum Betreiben oder zur Beteiligung an Einrichtungen der unmittelbaren medizinischen Versorgung die Krankenkassen in Benehmen zu setzen haben, wird gestrichen. 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. Begrüßt wird hingegen, dass Eigeneinrichtungen auch durch mobile oder telemedizinische Sprechstunden, mobile Praxen oder ähnliche Versorgungsangebotsformen betrieben werden können.

In unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten sollen auch anerkannte Praxisnetze medizinische Versorgungszentren (MVZ) gründen können. Diese Regelung wird vom vdek begrüßt. Außerdem sollen Fehlentwicklungen, die zu einem zunehmenden Einfluss von Kapitalinvestoren geführt haben, zurückgedrängt werden. In diesem Zuge wird die Gründungsmöglichkeit für Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen auf fachbezogene MVZ begrenzt. Diese Maßnahme geht in die richtige Richtung, ist jedoch noch nicht weitgehend genug: Um zu verhindern, dass Kapitalinvestoren die Möglichkeit erhalten, durch die Übernahme eines Krankenhauses bundesweite MVZ-Gruppen allein mit Schwerpunkt auf renditestarke Leistungen zu gründen, sollte die Gründereigenschaft räumlich und fachlich beschränkt werden.

- **Siehe hierzu 2. Kommentierung zu Artikel 1 Nummer 52.**

Psychotherapeutische Versorgung

Der Gesetzentwurf sieht einen Richtlinienauftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) für eine gestufte und gesteuerte Versorgung vor. Die Ausgaben bei den Ersatzkassen sind im Bereich der psychotherapeutischen Behandlung überdurchschnittlich hoch. Insofern wird das Anliegen, in diesem Versorgungsbereich die Patienten besser und bedarfsgerechter zu steuern, ausdrück-

lich unterstützt. Die am 1.4.2017 in Kraft getretene Neufassung der Psychotherapie-Richtlinie sieht bereits heute eine Steuerung des Versicherten in die für ihn geeignete Versorgungsebene durch die Durchführung einer verpflichtenden Sprechstunde vor. Darüber hinaus bereitet der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Einführung eines strukturierten Behandlungsprogramms für die Indikation „Depression“ vor, das ebenfalls eine gestufte Versorgung sicherstellen wird. Die Ergebnisse der bereits erfolgten Reformen sollten in die Umstrukturierung einbezogen werden.

Bedarfsplanung / Mitgestaltungsrecht der Länder / Zulassungsbeschränkungen

Die obersten Landesbehörden sollen in den Zulassungsausschüssen bei bestimmten Sachverhalten beratend und antragstellend mitwirken können. Das Anliegen ist zwar nachvollziehbar, dennoch sollte grundsätzlich die Umsetzung der Bedarfsplanung den bisherigen Parteien überlassen bleiben. Antragstellungen außerhalb der gewachsenen Strukturen bergen die Gefahr, dass aus bloßen politischen Erwägungen heraus Versorgungskapazitäten geschaffen und finanziert werden müssen. Auch die genauere Spezifizierung der Tatbestände, in denen die obersten Landesbehörden in den Zulassungsausschüssen beratend und antragstellend mitwirken können, ändert an dieser Bewertung nichts.

Für spezielle Arztgruppen, u. a. Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, sollen die Zulassungsbeschränkungen bis zur Umsetzung des Gesetzesauftrages nach § 101 Absatz 1 Satz 7 keine Anwendung finden. Mit Blick auf bereits bestehende Handlungsmöglichkeiten in der Region wie z. B. die Sonderbedarfszulassung oder die generelle Abweichungsklausel in § 2 der Bedarfsplanungs-Richtlinie bei regionalen Besonderheiten, ist die vorgesehene Regelung entbehrlich.

Im Weiteren können die obersten Landesbehörden Teilgebiete eines Planungsbereiches von Zulassungsbeschränkungen ausnehmen. Diese Regelung beschneidet die Aufgabe des Landesausschusses als Selbstverwaltungsorgan und räumt den obersten Landesbehörden ein Bestimmungsrecht ein. Der vdek befürchtet, dass Versorgungsentscheidungen damit nicht mehr ausschließlich auf der Grundlage bestehender Bedarfe getroffen werden. Es droht die Gefahr breitflächiger Ausnahmen – und zwar auch in überversorgten Bereichen.

Schiedsämter / Sektorenübergreifende Konfliktlösung

Im Rahmen des TSVG werden die Regelungen zum Schiedswesen neu gestaltet. Künftig wird es wie bisher getrennte Schiedsämter für die vertragsärztliche und die vertragszahnärztliche Versorgung geben. Diese werden neu strukturiert. Die geplanten Anpassungen dienen nach Auffassung des vdek der Klarheit und können dazu beitragen, die Verfahren effizient zu gestalten. Die geplante Teilnahme der Aufsichtsbehörden an den Sitzungen und Beratungen hingegen

stößt auf 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. Da die sektorenübergreifenden Schiedsgremien für diverse Regelungen vorgesehen sind, bedarf es einer angemessenen Berücksichtigung der Interessen der Versichertengemeinschaft. Hierfür ist eine paritätische Besetzung des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums mit Vertretern der Kostenträger und der Leistungserbringer unerlässlich und die Zahl der Kassenvertreter spiegelbildlich zur Leistungserbringerseite auf vier zu erhöhen. Der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) hat hierzu einen tauglichen Vorschlag gemacht.

Heilmittel

Über bundesweite, gemeinsame und einheitliche Versorgungsverträge zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Verbänden der Heilmittelerbringer, soll ab dem Jahr 2020 die Versorgung mit Heilmittelleistungen geregelt werden. Die Grundlohnsummenanbindung soll dauerhaft abgeschafft werden. Übergangsweise soll ab dem 1.4.2019 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. Diese Änderungen werden vom vdek als vergütungstechnisch unnötig und vertragspolitisch kontraproduktiv abgelehnt. Die zum 1. April geplante bundesweite Anpassung der Vertragspreise ist zudem in der vorgesehenen Weise nicht umsetzbar. Die politische Zielrichtung insgesamt höherer Vergütungen lässt sich auch mit bisherigen Strukturen vereinfacht und rechtssicher umsetzen.

- **Siehe hierzu 3. Änderungsanträge zu Artikel 1 Nummer 67a (§ 124 Verträge, § 124a Bundesweit einheitliche Preise).**

Zusätzlich wird darauf hingewiesen, dass die vorgeschlagenen Vergütungserhöhungen ohne weitere Ausgestaltungen der notwendigen Transparenz der Gehälter der angestellten Therapeuten nur zu Mehreinnahmen der Praxisinhaber führen. Daher sind gesetzliche Klarstellungen zum Nachweis der Gehälter geboten.

Des Weiteren soll das bisher als Verwaltungsakt ausgestaltete Zulassungsverfahren von Leistungserbringern durch einen bloßen Beitritt zum Rahmenvertrag ersetzt werden. Das derzeitige Zulassungsverfahren für Leistungserbringer stellt ein funktionierendes Verfahren dar und sollte im Kern beibehalten werden. Um die Akzeptanz zu steigern und bürokratische Aufwände sowohl auf

Seiten der Heilmittelerbringer als auch der Krankenkassen zu vermindern, sollte das Verfahren jedoch entbürokratisiert werden.

- **Siehe hierzu 3. Änderungsanträge zu Artikel 1, Nummer 67a (§ 125 Zugangsregelungen).**

Hilfsmittel

Zentrales Anliegen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) im Hilfsmittelbereich ist es, die Möglichkeiten der vertraglichen Gestaltung zu straffen und künftig auf die Option der Ausschreibung zu verzichten. Für die Versorgung der Versicherten ist essentiell, dass Hilfsmittel in der notwendigen Anzahl verfügbar sind und Qualität und Wirtschaftlichkeit im richtigen Verhältnis zueinanderstehen. Die Versorgung wurde bisher über Beitritts-, Einzel- und Rahmenverträge sowie auch über Ausschreibungen sichergestellt. Wenn auf das Instrument der Ausschreibung jetzt verzichtet werden soll, fehlt eine wichtige Möglichkeit in der Vertragsanbahnung. 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. Ferner soll die Beitrittsmöglichkeit zu bestehenden Beitrittsverträgen um eine Verhandlungsoption erweitert werden. Der Gesetzesvorschlag ist in sich widersprüchlich und führt praktisch zu einer unendlichen Verhandlungsspirale, an deren Ende ein völlig intransparenter Vertragsmarkt stünde.

Telematik/Digitalisierung

Ein wesentliches Element des Gesetzentwurfes bleiben 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. Daneben sind die elektronische Patientenakte und das elektronische Patientenfach zusammengeführt. Den Patienten soll über die elektronische Gesundheitskarte (eGK) hinaus ein mobiler Zugriffsweg eingeräumt werden, damit sie vom Mobilfunkgerät oder Tablet aus auf ihre Daten zugreifen können. Die Einwilligung des Versicherten in die Nutzung medizinischer Anwendungen soll vereinfacht werden. Im Übrigen bedarf es einer Klarstellung im Zusammenhang mit der der Einschreibung in die Hausarztzentrierte Versorgung und in die Besondere Versorgung hinsichtlich dessen, was als elektronische Form gelten kann.

- **Siehe hierzu 2. Kommentierung zu Artikel 1 Nummer 34 und Nummer 80.**

Begrüßt wird, dass 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 ist ein elektronisches Antragsverfahren für bewilligungspflichtige zahnärztliche Leistungen vorgesehen. Zusätzlich sollte auch für das Zahn-Bonusheft ein elektronisches Verfahren eingeführt werden, da ein elektronisches Antragsverfahren für den Bereich Zahnersatz und ein papiergebundenes Bonusheft nicht zusammenpassen. Positiv hervorzuheben ist, dass ab 2021 ein einheitliches, verbindliches elektronisches Verfahren zur Übermittlung von Arbeitsunfähigkeitsdaten an die Krankenkassen eingeführt werden soll. Um diesen Prozess vollständig zu digitalisieren, sollten die Arbeitgeber – unter Nutzung des Datenaustauschverfahrens und Wahrung des Datenschutzes – in die Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten einbezogen werden.

- **Siehe hierzu 2. Kommentierung zu Artikel 2 Nummer 3.**

Selbstverwaltung / Verbänderecht / Aufsicht

Die Vergütungen der Vorstände von GKV-Spitzenverband (GKV-SV), Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV), G-BA und Medizinischer Dienst (MDS) sollen bis zum Jahr 2028 eingefroren werden. 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 soll die Möglichkeit eröffnet werden, dass das BMG bei fachlich komplexen Sachverhalten, die Spezialwissen erfordern, Wirtschaftsprüfer oder spezialisierte Rechtsanwaltskanzleien mit Prüfungen beauftragen kann. Der Prüfauftrag soll auf bestimmte Prüft Themen 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.

Erprobung und Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten

Weitreichende Änderungen sind für die Erprobung und Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, bei denen Medizinprodukte verwendet werden, geplant. So soll der G-BA künftig, sobald die Ergebnisse einer Erprobung vorliegen, unverzüglich einen Richtlinienbeschluss zur betreffenden Methode für den ambulanten bzw. stationären Sektor treffen. Diese Regelung kann helfen, die G-BA-Prozesse zu beschleunigen und wird deshalb grundsätzlich begrüßt. Allerdings sollte für Einzelfälle mit zusätzlichem Beratungsbedarf eine Ausnahme formuliert werden.

Der vdek weist aber auch auf die folgenden kritischen Punkte hin:

1. Bisher konnte eine Methode durch den G-BA ausgeschlossen werden, sofern sich der Medizinproduktehersteller nicht an der Finanzierung einer Erprobungsstudie beteiligt hat und diese deshalb nicht zustande gekommen ist. Dies soll nun aufgehoben werden. Nunmehr soll sich ein Hersteller erst im Falle einer erfolgreichen Einführung der erprobten Methode an den Erprobungskosten beteiligen. Damit wird der bisherige Sinn ins Gegenteil verkehrt und Kosten für Studien künftig den Versicherten in der GKV aufgebürdet.
2. Bisher hat der G-BA auch den Auftrag, Medizinproduktehersteller zum Verfahren der Erprobung zu beraten. Nun sollen Medizinproduktehersteller anstelle des G-BA auch eine unabhängige wissenschaftliche Institution auf eigene Kosten mit der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung beauftragen können. Es entspricht nicht guter wissenschaftlicher Praxis, die Auswertung ggf. interessensgeleitet durchführen zu lassen.
3. Die Notwendigkeit einer Potenzialprüfung bei Medizinprodukten hoher Risikoklassen wird gestrichen. Für den Fall, dass aufgrund der vorgelegten Unterlagen weder ein Nutzen noch ein Schaden bzw. eine Unwirksamkeit der Methode als belegt anzusehen ist, erfolgt eine kontrollierte Leistungserbringung im Rahmen der Krankenhausbehandlung. Dies ist insofern eine gravierende Änderung, als dass in der Folge (fast) jede Methode mit einem Medizinprodukt hoher Risikoklasse im Krankenhaus erbracht werden kann. Dies lehnt der vdek mit Verweis auf die Patientensicherheit ab.
4. Künftig sollen die Krankenkassen alle Krankenhausbehandlungen unter Einsatz einer neuen Methode, die in der Erprobung ist, bezahlen und zwar unabhängig davon, ob das Krankenhaus an der Erprobung teilnimmt. Damit entfällt der derzeitige einzige Anreiz für Krankenhäuser, an Studien teilzunehmen und zu einem Erkenntnisgewinn beizutragen, komplett.

Mitgliedschafts- und Beitragsrecht

Der Gesetzentwurf enthält eine Vielzahl von mitgliedschafts- und beitragsrechtlichen Regelungen. 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. Weiterhin Nachbesserungsbedarf sieht der vdek bei den Informationspflichten im Zusammenhang mit Änderungen des Zusatzbeitrags.

- **Siehe hierzu 3. Ergänzender Änderungsbedarf (§ 175 Ausübung des Wahlrechts).**

Leistungsrecht / Krankengeld / Zahnersatz

Kieferorthopädische Behandlung: In Anlehnung an die bestehende Mehrkostenregelung für Zahnfüllungen sollen auch im kieferorthopädischen Versorgungsbereich Mehr- und Zusatzleistungen wählbar sein, ohne den Anspruch auf die vergleichbare BEMA-Sachleistung zu verlieren. Um die Stellung des Patienten in der Verhandlung mit dem Zahnarzt zu stärken, sollte eine Verpflichtung geschaffen werden, den vollständigen Behandlungsplan hinsichtlich seiner vertrags- und privat Zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen durch die Krankenkasse prüfen zu lassen.

- **Siehe hierzu 2. Kommentierung zu Artikel 1 Nummer 12.**

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. Auch hier sollte eine Verpflichtung geschaffen werden, den vollständigen Behandlungsplan hinsichtlich seiner vertrags- und privat Zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen durch die Krankenkasse prüfen zu lassen, damit die Versorgung der Versicherten nicht nur teurer wird.

Krankengeld: Die diversen Regelungen 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

Mit dem TSVG sollen ab dem Jahr 2020 die gesamten Mittel zur Selbsthilfeförderung durch Krankenkassen einheitlich und gemeinsam verausgabt werden. Damit entfällt die individuelle Förderung von Projekten in der Selbsthilfe durch einzelne Krankenkassen bzw. ihrer Verbände. Der vdek bedauert, dass dadurch die Gestaltungsmöglichkeiten sowohl bei der Förderung als auch der Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe sowohl auf der Seite der Krankenkassen, aber auch auf der Seite der Selbsthilfe, eingeschränkt werden. Diese Einschränkung erfolgt insofern auch ohne Not, da bereits in der geltenden Rechtskonstruktion sichergestellt ist, dass die finanziellen Mittel zur Förderung der Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen durch die Krankenkassen auf den unterschiedlichen Förderebenen vollumfänglich zur Verfügung gestellt werden.

2. Kommentierung des Gesetzentwurfs

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 1 Nr. 12

§ 29 (Kieferorthopädische Behandlung)

Sachverhalt

In Anlehnung an die bestehende Mehrkostenregelung für Zahnfüllungen gemäß § 28 Absatz 2 Satz 2 sollen auch im kieferorthopädischen Versorgungsbereich Mehr- und Zusatzleistungen wählbar sein, ohne den Anspruch auf die vergleichbare BEMA-Sachleistung 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 schaffen, sind Regelungen und die erforderlichen Vordrucke zu vereinbaren. Diese sollen u. a. sicherstellen, dass der Versicherte auch u. a. über seinen Anspruch auf eine mehrkostenfreie Sachleistung informiert wird. 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

Die beabsichtigte Mehrkostenregelung sollte von einer Verpflichtung zur Prüfung eines vollständigen Behandlungsplans der vertrags- und privat Zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen durch die Krankenkasse flankiert werden, um sicherzustellen, dass der Patient beziehungsweise dessen gesetzliche Vertreter umfassend über Nutzen und Kosten der vorgeschlagenen kieferorthopädischen Maßnahme informiert wird und eine souveräne Entscheidung treffen kann.

Änderungsvorschlag

In § 29 Absatz 5 wird folgender Satz 3 angefügt:

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

Die Sätze 3 bis 15 werden zu den Sätzen 4 bis 16.

Die Bezüge zu einzelnen Sätzen des Absatzes sind entsprechend anzupassen.

Zu Artikel 1 Nr. 34 und Nr. 80

§ 73b Absatz 3 (Hausarztzentrierte Versorgung) und § 140a (Besondere Versorgung)

Klarstellung zur elektronischen Form als Ersatz für die Schriftform

Aus Sicht des vdek bedarf es bei der Erweiterung der bisherigen Schriftform um die elektronische Form bei der Abgabe von Teilnahmeerklärungen zur Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V bzw. zur Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V einer weiteren Klarstellung. Gleiches gilt für den Widerruf der Teilnahmeerklärung, die statt in Textform zukünftig schriftlich oder elektronisch erfolgen soll. Es ist näher zu begründen, was mit der "neuen" elektronischen Form gemeint ist, da bereits heute über den § 36a SGB I die Schriftform durch die elektronische Form ersetzt werden kann, dies allerdings in Form einer qualifizierten elektronischen Signatur (QES), die sich als nicht praxistauglich erwiesen hat. Insofern ist eine Klarstellung, was mit "elektronischer Form" gemeint ist, dringend notwendig.

Änderungsvorschlag 1

§ 73b wird wie folgt geändert:

aa) Absatz 3 wird wie folgt geändert: In Satz 2 wird das Wort „schriftlich“ durch die Wörter „in Textform oder elektronisch“ ersetzt.

bb) Wird gestrichen.

cc) Wird gestrichen.

Die Gesetzesbegründung ist in der Folge zu ändern:

Zu Nummer 34 (§ 73b), Buchstabe a: Die Änderungen sehen vor, dass die Teilnahmeerklärung des Versicherten an der hausarztzentrierten Versorgung, deren Widerruf und die Belehrung der Krankenkasse über das Widerrufsrecht künftig in Textform, auch durch elektronische Übermittlung, zu erfolgen haben. Mit der elektronischen Übermittlung wird nicht auf die in § 36a Absatz 2 SGB I definierte schriftformersetzende "elektronische Form" verwiesen, sondern auf die Einwilligung im Sinn des Artikel 7 Absatz 1 sowie die Erwägungsgründe 32 und 42 der Verordnung (EU) 2016/679 (Datenschutz-Grundverordnung). Der Schutz der Versicherten wird hierdurch nicht beeinträchtigt.

Änderungsvorschlag 2 (analog zu 1)

Nr. 80 (§ 140a) wird wie folgt geändert:

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „schriftlich“ durch die Wörter „in Textform oder elektronisch“ ersetzt.

bb) Wird gestrichen

cc) Wird gestrichen.

Die Gesetzesbegründung ist in der Folge analog zu Nr. 34 zu ändern.

Zu Artikel 1 Nr. 43 d)

§ 87 (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte)

Sachverhalt

Neustrukturierung der bereits bestehenden Regelung mit Verpflichtung des Bewertungsausschusses, die Differenzierung nach Neu- und Bestandspatienten vorzunehmen und dabei einen Zuschlag zur Behandlung von Neupatienten von mindestens 25 Prozent einzuführen. Außerdem soll eine Leistung aufgenommen werden, mit der die Vermittlung von dringenden Facharztterminen durch den Hausarzt als Einzelleistung mit mindestens fünf Euro vergütet wird.

Bewertung

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

Die Aufnahme eines Zuschlages für die erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins durch einen Hausarzt kann grundsätzlich mitgetragen werden, wenn sichergestellt ist, dass diese nur in medizinisch dringenden Fällen erfolgt und ein Behandlungstermin innerhalb von 72 Stunden vermittelt werden kann. Außerdem sollte die Höhe des Zuschlages auf maximal fünf Euro begrenzt werden. Werte oberhalb dieses Betrages sind im Verhältnis zum damit verbundenen, überschaubaren Aufwand sowie zur Vergütung medizinischer Leistungen nicht sachgerecht und könnten zu einer medizinisch nicht indizierten Steigerung von dringenden Facharztüberweisungen führen.

Änderungsvorschlag

1) Absatz 2b Satz 3 Alternative 2 wird wie folgt gefasst: *„2. ein Zuschlag in Höhe von höchstens fünf Euro für die erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins innerhalb von 72 Stunden nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 aufzunehmen.“*

2) Folgender Satz 4 wird angefügt: *„Die Bewertung der Versichertenpauschalen gemäß Satz 1 ist um den besonderen Aufwand zur Behandlung von Neupatienten zu bereinigen.“*

Zu Artikel 1 Nr. 43 e)

§ 87 (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte)

Sachverhalt

Es erfolgt eine Neustrukturierung der bereits bestehenden Regelung mit Verpflichtung des Bewertungsausschusses, die Differenzierung nach Neu- und Bestandspatienten bis drei Monate nach Inkrafttreten vorzunehmen. Ein Zuschlag zur Behandlung von Neupatienten von mindestens 25 Prozent bzw. zur Behandlung von Patienten in der offenen Sprechstunde von mindestens 15 Prozent ist einzuführen. Das zusätzliche Vergütungsvolumen für die offene Sprechstunde ist dabei auf fünf Stunden pro Woche zu begrenzen.

Bewertung

Eine Differenzierung der Bewertung zwischen Neu- und Bestandspatienten ist sachgerecht. Die bisherigen Grundpauschalen stellen eine Mischkalkulation dar. Dies kann dazu führen, dass Vertragsärzte bisher eher Bestandspatienten behandeln, die im Regelfall einen geringeren Behandlungsaufwand haben, statt Neupatienten aufzunehmen, bei denen zunächst eine aufwändige Erstanamnese und eine 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

An Absatz 2c Satz 2 wird folgender Satz 3 angefügt:

„Die Bewertung der Grund- und Zusatzpauschalen gemäß Satz 1 ist um den besonderen Aufwand zur Behandlung von Neupatienten zu bereinigen.“

Zu Artikel 1 Nr. 44 a)

§ 87a (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,
- die Vermittlung von aus medizinischen Gründen dringenden Facharztterminen durch Hausärzte sowie die daran anschließende Behandlung durch einen Facharzt,
- einen einmaligen Zuschlag zu Versicherten- und Grundpauschalen bei Neupatienten bzw. für die Behandlung in offenen Sprechstunden.

Es wird eine auf ein Jahr begrenzte Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) um diese Leistungen vorgesehen.

Bewertung

Die extrabudgetäre Vergütung sollte ausschließlich für solche Leistungen erfolgen, die besonders förderungswürdig sind. Hier sind auch die Steuerungswirkungen zu betrachten und insbesondere auf evtl. Fehlanreize zu prüfen.

Eine finanzielle Besserstellung von Patienten nach einer Vermittlung durch die Terminservicestelle bzw. im Rahmen offener Sprechstunden schafft solche Fehlanreize. Es ist damit zu rechnen, dass Arztpraxen ihr bestehendes Angebot an Terminsprechstunden zugunsten offener Sprechstunden verkürzen und größere Teile ihrer Terminsprechstunden für Versicherte aus Terminservicestellen reservieren, ohne ihr Sprechstundenangebot insgesamt auszuweiten. Dies führt zum einen dazu, dass ein größerer Teil der Versicherten statt bisher verlässlicher Termine längere Wartezeiten in der Praxis einplanen müssen. 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.

Eine Überweisungssteuerung durch den Hausarzt kann sinnvoll sein, wenn sie in medizinisch besonders dringenden Fällen Facharzttermine innerhalb von 72 Stunden ermöglicht (s. u.). Unter diesen Voraussetzungen kann eine finanzielle Förderung der Haus- und Fachärzte mitgetragen werden.

Im Falle einer extrabudgetären Vergütung dieser Leistungen ist eine Bereinigung der bisherigen Kosten für diese Leistungen aus der MGV zwingend erforderlich.

Die gesetzlich vorgesehene Befristung der Bereinigung auf ein Jahr ist unzureichend. Aufgrund der zu erwartenden steigenden Inanspruchnahme gesetzlicher Neuregelungen über die Zeit und damit verbundener zu bereinigender Mengensteigerungen ist eine jährliche Bereinigung (der sich ergebenden Differenzen zum Vorjahr) zwingend erforderlich und eine Beendigung frühestens nach fünf Jahren vorzusehen.

Die bisherigen Grund- und Versichertenpauschalen stellen Mischkalkulationen dar, die die unterschiedlichen Behandlungsaufwände für Neupatienten (höherer Aufwand) und Bestandspatienten (i. d. R. relativ geringer 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.

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass durch eine nur unzureichend geregelte Bereinigung die Gefahr einer Doppelvergütung insbesondere im Startjahr entsteht. Die Vorgaben des Bewertungsausschusses nach Absatz 5 Satz 7 müssen dieses Problem zwingend berücksichtigen.

Änderungsvorschlag

Absatz 3 Satz 5 wird wie folgt formuliert:

„Von den Krankenkassen sind folgende Leistungen und Zuschläge außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 zu vergüten:

- 1. Leistungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses,*
- 2. Leistungen im Behandlungsfall bei Weiterbehandlung eines Patienten durch einen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach Vermittlung durch einen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2.*

Darüber hinaus können Leistungen außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist.“

Absatz 3 Satz 7 und 8 werden folgendermaßen gefasst:

„Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragspartner haben die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in den Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 1 um die in Satz 5 Nummer 3 und 4 genannten Leistungen unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen

nachzuweisen sind, zu bereinigen. Dabei haben sie die vom Bewertungsausschuss zu beschließenden Vorgaben nach Absatz 5 Satz 7 zu berücksichtigen, in denen die Dauer der Bereinigung auf mindestens 5 Jahre begrenzt werden kann.“

Zu Artikel 1 Nr. 44 b)

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

Sachverhalt

Die MGV wird jährlich um eine Veränderungsrate weiterentwickelt. Diese setzt sich aus einer diagnosebezogenen und einer demografischen Veränderungsrate zusammen. Dabei wird von den Gesamtvertragspartnern eine gewichtete Zusammenfassung dieser beiden Raten vorgenommen. Grundsätzlich wird eine hälftige Einbeziehung beider Raten vereinbart, von der nur in begründeten Ausnahmefällen abgewichen werden darf.

Diese Gewichtung soll zukünftig mit der Einführung ambulanter Kodierrichtlinien entfallen, sodass allein die Diagnoserate die morbiditätsbedingte Anpassung der budgetierten Gesamtvergütung bestimmt.

Bewertung

Die etablierte hälftige Gewichtung der Raten begründet sich aus der Tatsache, dass die ambulanten Abrechnungsdiagnosen nicht ausschließlich die veränderte Morbidität der Versicherten widerspiegeln. Die in den Abrechnungsdaten übermittelten Diagnosen können ebenso das Ergebnis einer besseren und/oder vollständigeren Dokumentation sein oder werden beeinflusst aufgrund geänderter Abrechnungsvoraussetzungen oder Behandlungsempfehlungen. Auch regionale Unterschiede in der Angebots- und Nachfragestruktur haben beispielsweise Auswirkungen auf die dokumentierte Morbidität. Solche gemessenen Up- und Right-Coding Effekte sagen aber nichts über die tatsächliche Veränderung der Morbidität der Versicherten aus und sind deshalb im Rahmen der Weiterentwicklung der MGV nicht zu berücksichtigen.

Die demografische Rate hingegen ist manipulationssicher, da sie auf Alters- und Geschlechtsangaben beruht. Gleichzeitig ist wissenschaftlich belegt, dass diese Angaben allein einen erheblichen Teil der Morbiditätsveränderung der Versicherten erklären. Da die demografischen Raten derzeit in den meisten Regionen negativ sind, besteht der Eindruck, dass diese für die Weiterentwicklung nicht relevant sind. Dabei spiegelt sich die Verjüngung der Bevölkerung eindeutig in der Leistungsanspruchnahme wider. Die demografische Rate ist somit weiterhin ein notwendiges Korrektiv im Rahmen der Bildung der Veränderungsrate und ist zwingend beizubehalten.

Die Einführung ambulanter Kodierrichtlinien kann nicht verhindern, dass die Diagnoserate neben Morbiditätsveränderungen auch weiterhin Kodiereffekte misst. Sollte sich die Diagnosequalität im Zeitablauf merklich verbessern und die dokumentierten Diagnosen nachweislich manipulationssicher sein, könnte von der Empfehlung der 50/50-Gewichtung perspektivisch zugunsten der Diagnoserate abgewichen werden.

Änderungsvorschlag

1) § 87a Absatz 4 SGB V a. F. bleibt erhalten.

2) In § 87a Absatz 5 SGB V wird nach Satz 6 folgender Satz 7 eingefügt: *„Behandlungsdiagnosen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 2, die nicht den Vorgaben gemäß § 295 Absatz 4 Satz 3 (neu) SGB V entsprechen, sind von der Berechnung der Veränderungsrate Satz 3 auszuschließen.“*

Zu Artikel 1 Nr. 52 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb
§ 95 Absatz 1a Satz 1a – neu (Gründung von MVZ in Krankenhaus-Trägerschaft)

Sachverhalt

In unterversorgten Regionen können zukünftig auch Ärztenetze MVZ gründen. Außerdem wird klargestellt, dass Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nur fachbezogene MVZ gründen können. Es gibt Bestandsschutz für bestehende fachfremde MVZ in Trägerschaft eines Anbieters nichtärztlicher Dialyseleistungen.

Bewertung

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

Allerdings zeigt sich, dass die bisherigen Regelungen nicht ausreichend sind. Zwischenzeitlich sind Fälle bekannt geworden, in denen Kapitalinvestoren finanziell angeschlagene Krankenhäuser übernommen haben, um auf diese Weise Zugang zur ambulanten Versorgung zu erhalten. Im Mittelpunkt steht hierbei zumeist die Erbringung besonders renditestarker operativer und/oder technischer Leistungen, was zulasten eines umfänglichen Leistungsangebots – insbesondere von nichtoperativen Therapien oder der sprechenden Medizin – geht.

Krankenhäuser sollten auch weiterhin die Möglichkeit erhalten, durch die MVZ-Gründung an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen. Dies ist jedoch nur fachlich sinnvoll, wenn das MVZ sich zum einen in räumlicher Nähe zum Krankenhaus befindet und sich zum anderen auch das stationäre und ambulante Leistungsangebot entsprechen. Auf diese Weise können die vorhandenen personellen und technischen Ressourcen wirtschaftlich genutzt werden, ohne dass Renditeinteressen medizinische Entscheidungen überlagern.

Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 52 ist wie folgt zu ändern:

,bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt: *„Krankenhäuser sind zur Gründung von medizinischen Versorgungszentren nur berechtigt, wenn der Krankenhausstandort innerhalb des entsprechenden Planungsbereichs liegt, in dem das medizinische Versorgungszentrum seinen Sitz haben soll, oder es in*

einem Gebiet liegt, für das der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 Satz 1 getroffen hat und das Krankenhaus nach der Feststellung im Krankenhausplan einen Versorgungsauftrag in den Fachgebieten hat, die im medizinischen Versorgungszentrum vertreten sein sollen.“

Satz 2 wird Satz 3.

Zu Artikel 1 Nr. 56 b)

§ 105 Absatz 1a (Förderung der vertragsärztlichen Versorgung)

Sachverhalt

Zu aa) Die Einrichtung von Strukturfonds wird in allen KV-Regionen obligatorisch. Sie sind mit Mitteln in Höhe von 0,1 bis 0,2 Prozent der MGV auszustatten (bisher bis zu 0,1 Prozent). Die Bereiche der Mittelverwendung des Strukturfonds werden konkretisiert, sind jedoch weiterhin nicht abschließend. Es wird klargestellt, dass die Mittel vollständig zur Förderung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung verwendet werden und dies in einem Bericht durch die KV darzulegen ist.

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 gegebenenfalls zu vergrößern.

Die Aufzählung der möglichen Bereiche der Mittelverwendung dient der Klarstellung. Die Ergänzung um den Bereich möglicher Praxisaufkäufe kann mitgetragen werden. 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

In § 105 Absatz 1a n. F. wird folgender Satz angefügt: *„Die Entscheidung über die Mittelverwendung erfolgt im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen.“*

Zu Artikel 1 Nr. 99 Buchstabe d)
§ 295 Absatz 4 (Abrechnung ärztlicher Leistungen)

Sachverhalt

Mit Wirkung zum 1.1.2022 werden verpflichtende ambulante Kodierrichtlinien eingeführt, die verbindliche Regelungen zur Vergabe und Übermittlung von abgerechneten Diagnosen vorsehen. Diese gelten auch für Versorgungsangebote außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung. Praxisverwaltungssoftware, die außerhalb der Regelversorgung eingesetzt wird, soll diese Regelungen und Prüfmaßstäbe ebenfalls umsetzen. Als Kontrollmechanismus soll das Zertifizierungsverfahren der KBV greifen.

Bewertung

Eine qualitativ hochwertige Kodierung ist die Voraussetzung, um Diagnosen für die Erfassung der Morbidität und ihrer Entwicklung zu erfassen und im Morbi-RSA sowie im vertragsärztlichen Vergütungssystem nutzen zu können. Außerdem erleichtern sie die sektorenübergreifende Qualitätssicherung. Die Wiedereinführung verpflichtender ambulanter Kodierrichtlinien wird daher begrüßt und für zwingend notwendig erachtet. Durch die Aufnahme als Prüfgegenstand in die Abrechnungsprüfungen gemäß § 106d SGB V – sowohl im Kollektiv- als auch im Selektivvertrag – besteht für die Krankenkassen die Möglichkeit, bei Nichteinhaltung tätig zu werden.

Die Prüfung der Einhaltung der Richtlinien durch Regelwerke in der Praxisverwaltungssoftware ist pragmatisch und aufwandsarm. Allerdings bestanden in der Vergangenheit gerade im selektivvertraglichen Bereich Anreize, mit Hilfe entsprechender Prüfmodule Einfluss auf die Diagnosedokumentation zu nehmen. Durch die nun vorgesehene Zertifizierung auch dieser Softwaresysteme durch die KBV kann dieser Gefahr entgegengewirkt werden. Da die KBV jedoch – anders als im Kollektivvertrag – bei Einzelverträgen keine Hinweise darauf hat, ob die softwareseitigen Prüfungen in der Praxis auch korrekt und vollständig wirken, sollten die Krankenkassen verpflichtet werden, systematische „Kodierfehler“ zu melden. Auf diese Weise kann das Zertifizierungsverfahren weiterentwickelt werden.

Änderungsvorschlag

Absatz 4 n.F. wird wie nach Satz 6 folgt ergänzt: *„Ist die Prüfung der Regelungen nach Satz 3 durch zertifizierte Systeme nach Satz 6 fehlerhaft oder unvollständig, informieren die Krankenkassen die Kassenärztliche Bundesvereinigung; diese berücksichtigt diese Mitteilungen im Rahmen des Zertifizierungsverfahrens.“*

Artikel 2 Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 2 Nr. 2a)
§ 55 (Leistungsanspruch)

Sachverhalt

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 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.

Zu Artikel 2 Nr. 2b) und c)
§ 55 (Leistungsanspruch)

Sachverhalt

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

- 1) In § 55 Absatz 3 Satz 2 wird die Angabe „nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 1“ gestrichen.
- 2) In § 55 Absatz 3 Satz 3 werden die Wörter „zweifacher Festzuschuss“ durch die Wörter „der nach § 57 für die zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen der jeweiligen Regelversorgung festgesetzten Beträge“ ersetzt.
- 3) In § 55 Absatz 3 Satz 3 wird die Angabe „nach Absatz 1 Satz 2“ gestrichen.

Sachverhalt

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

Bewertung

Mit der Regelung wird die bisher fehlende gesetzliche Grundlage zur Einführung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung durch Vertragsärzte 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 Vertragsarzt 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. Für den Fall der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung durch einen Vertragsarzt wird der Arbeitnehmer von der Pflicht entbunden, dem Arbeitgeber eine Arbeitsunfähigkeitsmeldung vorzulegen, wenn Arbeitsunfähigkeit länger als drei Tage andauert, da der Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeitsmeldung bei der Krankenkasse anfordert.

§ 49 Absatz 1 Nr. 5 SGB V müsste für den Fall der vertragsärztlichen Versorgung aufgehoben werden, da die Krankenkasse die Arbeitsunfähigkeitsmeldung vom Vertragsarzt und nicht mehr vom Versicherten erhält.

3. Änderungsanträge

Zu Änderungsantrag 1
Artikel 1 Nr. 67a § 124 (Verträge)

Die im Entwurf vorgesehene Verlagerung der Vertragsverhandlungen zum 1.1.2020 auf die Bundesebene wird ebenso wie die Abkehr vom Zulassungsverfahren vom vdek abgelehnt. Das bisherige, zweistufige Verfahren aus Rahmenempfehlungen auf Bundesebene und Verträgen und Vergütungsvereinbarungen auf Landesebene ist bewährt und in der Lage, regional unterschiedliche Versorgungs- und Kostenstrukturen sachgerecht abzubilden. Die Zulassung ist ein wesentliches Element der Sicherung der Qualität in der Heilmittelversorgung und sollte unbedingt erhalten bleiben.

Der vdek schließt sich der Stellungnahme des GKV-SV an. Diese ist hier weitestgehend inhaltsgleich wiedergegeben. Dabei wird die bisherige Einteilung der Paragraphen § 124 (Zulassung) und § 125 (Rahmenempfehlungen und Verträge) beibehalten. Eine Abweichung zum Vorschlag des GKV-SV besteht in Absatz 2a in Bezug auf die zuständigen Vertragspartner.

Änderungsvorschlag (angelehnt an Vorschlag GKV-SV)

§ 125 SGB V Absatz 1, 2 und 2a werden wie folgt formuliert:

§ 125 Verträge zur Heilmittelversorgung

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Verbände auf Bundesebene schließen unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 gemeinsame Rahmenverträge über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln; es kann auch mit den für den jeweiligen Leistungsbereich maßgeblichen Spitzenorganisationen ein gemeinsamer entsprechender Rahmenvertrag abgeschlossen werden. Soweit in einem Leistungsbereich mehr als ein Verband als maßgeblich im Sinne von Absatz 3 anzusehen ist, bilden diese Verbände für die Vereinbarung nach Satz 1 eine Verhandlungsgemeinschaft. Vor Abschluss von Rahmenverträgen ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahme ist in den Entscheidungsprozess der Partner der Rahmenverträge einzubeziehen. In den Rahmenverträgen sind insbesondere zu regeln:

- 1. Inhalt der einzelnen Heilmittel sowie deren Regelbehandlungszeit einschließlich einer Bewertung je Leistungsposition in Punkten,*
- 2. Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse umfassen,*
- 3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Heilmittelerbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt,*

- 3a. *Vorgaben für die notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung sowie einheitliche Regelungen zur Abrechnung,*
4. *Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung und*
5. *Vorgaben für Vergütungsstrukturen einschließlich der Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte; dabei sind die von den Berufsgenossenschaften nach § 165 SGB VII erhobenen Daten zugrunde zu legen.*

Kommt eine Einigung nicht zustande, wird der Vertragsinhalt durch die Schiedsstelle nach Absatz 4 festgelegt.

(2) Über die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln, der erforderlichen Weiterbildungen, über die nach Maßgabe der einheitlichen Punkte je Leistung gemäß Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 festzulegenden Preise, deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer schließen die Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften Verträge mit maßgeblichen Verbänden oder sonstigen maßgeblichen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer; die vereinbarten Preise sind Höchstpreise. Für die Jahre 2017 bis 2021 gilt § 71 für die Verträge nach Satz 1 nicht. Die Vertragspartner haben zu beachten, dass die ausgehandelten Preise eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung ermöglichen und sich an den für einen wirtschaftlichen Praxisbetrieb erforderlichen Kosten ausrichten. Deshalb haben sie bei der Vereinbarung und Anpassung der Vergütungen für erbrachte Leistungen die folgenden für einen wirtschaftlichen Praxisbetrieb notwendigen Faktoren zu berücksichtigen:

1. *die Entwicklung der Personalkosten,*
2. *die Entwicklung der Sachkosten für die Leistungserbringung sowie*
3. *die durchschnittlichen laufenden Kosten für den Betrieb der Heilmittelpraxis*
4. *den Grundsatz der Beitragssatzstabilität.*

Vergütungssteigerungen, die nicht dem Grundsatz der Beitragsstabilität folgen, sind möglich, wenn diese erforderlich sind, um eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung zu gewährleisten.“

(2a) Die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 schließen Verträge über eine zentrale und bundeseinheitliche Prüfung und Listung der Weiterbildungsträger, der Weiterbildungsstätten sowie der Fachlehrer hinsichtlich der Erfüllung der Anforderungen an die Durchführung von besonderen Maßnahmen der Physiotherapie unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6.

(3) Ein Verband gemäß den Absätzen 1 und 2 ist maßgeblich, wenn er eines der folgenden Kriterien 1 bis 3 sowie die Kriterien 4 und 5 erfüllt:

1. er ist der größte Berufsverband für die jeweils vertretene Berufsgruppe,
2. er ist der einzige diese Berufsgruppe vertretende Verband,
3. er repräsentiert mindestens 15 vom Hundert von in dieser Berufsgruppe zugelassenen Leistungserbringern,
4. er hat in der Mehrzahl der Bundesländer Verträge nach Absatz 2 abgeschlossen und
5. er ist über mindestens 5 Jahre in der Funktion eines Berufsverbandes aktiv.

Der Nachweis zur Anzahl der Mitglieder erfolgt durch eine von einem Steuerberater, Wirtschaftsprüfer oder vereidigten Buchprüfer bestätigte anonymisierte Mitgliederliste, aus der der mitgliedsrechtliche Status (ordentliche und Fördermitgliedschaft) sowie der berufliche Status (Schüler, Student, Berufsabschluss, Zulassungsfähigkeit nach § 124 Absatz 1) hervorgehen muss.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Verbände auf Bundesebene bilden eine gemeinsame Schiedsstelle. Sie besteht aus Vertretern der Krankenkassen und der Heilmittelerbringer in gleicher Zahl sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Vertragspartner einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, gilt § 89 Absatz 3 Satz 4 bis 8 entsprechend. Die Schiedsstelle gibt sich eine Geschäftsordnung. Jedes Mitglied hat eine Stimme. Die Entscheidungen werden mit der Mehrheit der Mitglieder getroffen. Ergibt sich keine Mehrheit, gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. Klagen gegen die Festsetzungen der Schiedsstelle haben keine aufschiebende Wirkung. Die Kosten der Schiedsstelle tragen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die leistungserbringerseitigen Verbände je zur Hälfte.

Zu Änderungsantrag 1

Artikel 1 Nr. 67a § 124a –neu (bundesweit einheitliche Preise)

Ab dem 1.4.2019 sollen die höchsten von irgendeiner Krankenkasse in irgendeiner Region für irgendeinen Zeitraum vereinbarten Preise gesondert für jede einzelne Leistung gelten. Diese verschiedenen Preise mit völlig unterschiedlichem Ursprung sollen in die bestehenden Verträge ohne einen gesicherten Prozess und ohne eine neutral bestätigte Rechtsgrundlage übernommen werden. **In der Logik, die bisherige Einteilung der Paragraphen § 124 (Zulassung) und § 125 (Rahmenempfehlungen und Verträge) beizubehalten, wird nachstehend eine Alternative zu § 124a – neu aufgezeigt.**

Änderungsvorschlag

§ 125 Absatz 3 Satz 1 wird folgendermaßen geändert: *„Untergrenze für die im Jahr 2019 nach Absatz 2 zu vereinbarenden Höchstpreise ist der höchste Preis, der für die jeweilige Leistungsposition bundesweit in einer Region vereinbart worden ist“*

§ 125 Absatz 3 Satz 2 und Satz 5 wird gestrichen.

§ 125 Absatz 3 Satz 3 wird das Wort „gültige“ durch „vereinbarte“ ersetzt.

§ 125 Absatz 3 Satz 4 wird folgendermaßen geändert: *„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ermittelt daraus die Preise nach Satz 1 und veröffentlicht diese.“*

Begründung

Die im Änderungsvorschlag enthaltene Regelung ist praktisch nicht umsetzbar, für die einzelnen Vertragspartner nicht kontrollierbar und verursacht als Übergangsregelung für neun Monate ein völlig unnötiges Konfliktpotential. Nach der aktuellen Rechtslage werden die Preise zur Ermittlung der Preisuntergrenzen an den GKV–SV gemeldet. Durch dieses Verfahren entsteht eine rechtssichere Datengrundlage für Vertragsabschlüsse. Die neue Regelung enthält keine entsprechenden Mechanismen und wird daher zu einem Vertragschaos führen.

Das Verfahren würde auf einem funktionierenden System der Preismeldungen aufbauen und würde – im Jahr 2019 sukzessive aufwachsend – im Ergebnis zu ähnlich hohen Vergütungssteigerungen führen. Ergänzend dazu hätte der GKV–SV eine gesicherte Datengrundlage für die neuen Verhandlungen ab dem 1.1.2020.

Für den Fall, dass an der Neustrukturierung der gesetzlichen Vorgaben entsprechend des Änderungsantrages festgehalten werden soll, macht der vdek folgenden Hilfsvorschlag:

Änderungsvorschlag

Paragraf 125 – neu – wird wie folgt formuliert:

„(1) Heilmittel, die als Dienstleistungen abgegeben werden, insbesondere Leistungen der physikalischen Therapie, der Sprachtherapie, der Ergotherapie, der Podologie und der Ernährungstherapie, dürfen an Versicherte nur von zugelassenen Leistungserbringern abgegeben werden, die

- 1. die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis besitzen und*
- 2. über eine Praxisausstattung verfügen, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleistet und*
- 3. die für die Versorgung der Versicherten geltende Vereinbarung nach § 124 anerkennt.*

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene vereinbaren die Zulassungsbedingungen nach Absatz 1.

(3) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 2 ganz oder teilweise nicht zustande, werden die Empfehlungen durch die Schiedsstelle nach § 124 Absatz 4 SGB V festgesetzt.

(4) Leistungserbringer können die Zulassung bei jedem der Landesverbände der Krankenkassen oder den Ersatzkassen bzw. deren Verband beantragen. Die zulassende Stelle darf die für die Überprüfung der Anforderungen nach Absatz 1 erforderlichen Daten vom Leistungserbringer erheben, verarbeiten und nutzen. Sie erteilt die Zulassung mit Wirkung für alle Krankenkassen und ist verpflichtet, die übermittelten Daten zu verarbeiten und den Krankenkassen elektronisch zu übermitteln. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können die Entscheidung über die Erteilung oder Aufhebung der Zulassung oder über den Widerspruch dagegen auf einen anderen Landesverband oder den Verband der Ersatzkassen gegen Erstattung der entstehenden Kosten übertragen, der zu diesem Zweck Verwaltungsakte erlassen darf.

(5) Die Zulassung kann widerrufen werden, wenn der Leistungserbringer nach Erteilung der Zulassung die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht mehr erfüllt.

(6) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sind berechtigt, die zugelassenen Leistungserbringer im Hinblick auf die vertraglich vereinbarten räumlichen, sachlichen und personellen Voraussetzungen zu überprüfen. Die Leistungserbringer haben hierzu den Zutritt zu ihrer Praxis zu gewähren. Mehrfache Praxisprüfungen durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sind zu vermeiden. Bei der Prüfung ist eine bis zum 31. Dezember 2019 erteilte Zulassung zu berücksichtigen, sofern sie nicht aufgrund von unrichtigen oder unvollständigen Angaben erteilt worden ist oder sich nach Erteilung der Zulassung wesentliche Änderungen ergeben haben.

(7) Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen dürfen die in Absatz 1 genannten Heilmittel durch Personen abgeben, die die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis besitzen und für die ein Vertrag nach § 124 Absatz 3 gilt, dessen Voraussetzungen sie erfüllen.“

Begründung

Das gegenwärtige Verfahren ist unnötig bürokratisch und sollte vereinfacht werden. Heute erfolgt die Zulassung von Heilmittelerbringern über die Zulassungsstellen der Krankenkassen bis auf wenige Ausnahmen getrennt über die AOKen und über die Landesvertretungen des vdek und damit auf der regionalen Ebene. Dieses „doppelte“ Verfahren ist historisch begründet und sollte im Sinne der Entbürokratisierung verschlankt werden. Künftig soll der Heilmittelerbringer nur noch bei einer Zulassungsstelle seiner Wahl die Zulassung und damit den Zugang zum GKV-Markt beantragen müssen. Ein solches vereinfachtes Verfahren wird in Niedersachsen bereits heute durch die Krankenkassen erfolgreich umgesetzt. Für eine Konzentration des Zulassungsverfahrens auf der Bundesebene gibt es keine sachlichen Gründe. Dem steht nicht entgegen, gemeinsame, überregional geltende Zulassungsbedingungen auf der Bundesebene zu formulieren.

4. Ergänzender Änderungsbedarf

§ 95 Absatz 3 Satz 3 SGB V –neu– i. V. m. § 87 Absatz 1 SGB V (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.

§ 175 Absatz 4 Satz 5 bis 7 SGB V (Sonderkündigungsrecht und Informationspflichten bei Einführung von Zusatzbeiträgen oder Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes)

Änderungsvorschlag

§ 175 Absatz 4 Satz 6 SGB V wird wie folgt gefasst: *„Die Krankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 5 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder auf das Kündigungsrecht nach Satz 5 und den von der Krankenkasse zu erhebenden Zusatzbeitragssatz hinzuweisen.“*

§ 175 Absatz 4 Satz 7 wird gestrichen.

Begründung

Die mit dem GKV-FQWG eingeführten Regelungen zu Form und Inhalt der Informationspflichten der Krankenkassen bei Änderung ihres Zusatzbeitragssatzes überspannen selbst in einem wettbewerblich angelegten gegliederten Krankenversicherungssystem die Anforderungen an eine wohlverstandene Informationspflicht gegenüber dem Mitglied.

- Die Ausgestaltung der Informationspflicht der Krankenkassen geht über die landläufige Praxis in vergleichbaren Bereichen (wie z. B. Energieversorgungsunternehmen) deutlich hinaus.
- Der Hinweis auf den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz ist unnötig und irreführend, da es sich beim durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz um eine rein rechnerische Größe handelt und nicht um den Durchschnittswert aus den tatsächlichen erhobenen Zusatzbeiträgen, den das Mitglied in diesem Zusammenhang erwarten würde.
- Der Hinweis auf die Möglichkeit, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln, könnte auch als Aufforderung, dies zu tun, missverstanden werden. Zudem wird so einseitig auf den Preis fokussiert; Versorgungsleistungen oder Service einer Krankenkasse rücken bei dieser Betrachtung in den Hintergrund.

Angesichts der Absenkungspflicht der Zusatzbeitragssätze ab dem 1.1.2020 (GKV-VEG) zum Abbau von Rücklagen bei den Krankenkassen kommt es ohnehin zu einer massiven Verschärfung des Wettbewerbs. Eine weitere Verstärkung der Versichertenfluktuation durch den heute geforderten expliziten Hinweis ist vor diesem Hintergrund unsachgemäß und überzogen.

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