



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0053(17)
gel. VB zur öAnh am 16.1.2019 -
TSVG
10.1.2019



TERMINSERVICE- UND VERSORGUNGSGESETZ

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM REGIERUNGSENTWURF VOM
26. SEPTEMBER 2018

10. JANUAR 2019

INHALT

EINFÜHRUNG	4
<hr/>	
LEISTUNGSRECHT	7
§ 20j SGB V – Präexpositionsprophylaxe	7
§ 35a SGB V – Arzneimittel	7
§ 35a SGB V – Arzneimittel – Änderungsantrag Nr. 5 der Fraktionen CDU/CSU und SPD v. 20.12.2018	7
§ 40 SGB V – Reha	8
§ 46 SGB V – Krankengeld	8
<hr/>	
HEILMITTELVERSORGUNG (ÄNDERUNGSANTRAG DER FRAKTIONEN DER CDU/CSU UND SPD ZUM TSVG, STAND 04.01.2019, BT-DRS. 19(14)51.4)	9
Allgemeine Anmerkungen	9
<hr/>	
REGELUNGSMITTEL IM EINZELNEN	10
Artikel 1: Änderung des SGB V	10
Nummer 13a): § 32 neuer Abs. 1b SGB V	10
Nummer 33: § 73 neuer Abs. 11 SGB V	10
Nummer 41a): § 84 Abs. 7 SGB V	11
Nummer 51 b) aa): § 92 Abs. 6 S. 6 Nr. 3 SGB V	12
Nummer 33 c): § 106b c) b)	12
Nummer 67a b) aa): hier zu § 125a SGB V	13
<hr/>	
HILFSMITTELVERSORGUNG (ÄNDERUNGSANTRAG DER FRAKTIONEN DER CDU/CSU UND SPD ZUM TSVG, STAND 18.12.2018)	15
Artikel 1: Änderung SGB V	15
Nummer 14): § 33 Abs. 1 SGB V	15
<hr/>	
VERSORGUNG, WIEDEREINGLIEDERUNG, TERMINSERVICESTELLEN	17
§ 73 SGB V – Vergütung	17
§ 74 SGB V – Wiedereingliederung	17
§ 75 SGB V – Terminservicestelle	18
§ 75a SGB V – Schiedswesen	20
<hr/>	
SELBSTVERWALTUNG	21
§ 79 SGB V – Veröffentlichung Vorstandsgehälter	21
§ 79 SGB V – Haftung des Vorstands	21
§ 79 i. V. m. § 323 SGB V – Vorstandsvergütung	21
<hr/>	
VERGÜTUNGSRECHT	23
§ 87 SGB V – Vergütung / EBM – Überprüfung und Aktualisierung des EBM	23
§ 87 SGB V – Vergütung / EBM – ÄNDERUNG DER ZUSAMMENSETZUNG des ergänzten erweiterten BA	25
§ 87a SGB V – Extrabudgetäre und zusätzliche Vergütung	25

§§ 87a/295 Abs. 4 SGB V – Wegfall der demografischen Veränderungsrate, Berücksichtigung der Kodiereffekte und Einführung von Kodierregeln	26
<hr/>	
SCHIEDSWESEN	28
§ 89 SGB V – Änderungen zum (zweiseitigen) Schiedsamt	28
§ 89a SGB V – neues sektorenübergreifendes Schiedsamt	28
<hr/>	
PSYCHOTHERAPEUTISCHE VERSORGUNG	29
§ 92 Abs. 6a SGB V – Änderung der Psychotherapie-richtlinie	29
<hr/>	
REGELUNGEN IM BEREICH MVZ / ZULASSUNG	30
§ 95 SGB V – Medizininzinsche Versorgungszentren (MVZ)	30
<hr/>	
BEDARFSPLANUNG	32
§ 96 SGB V – Länder in Zulassungsausschüssen	32
§ 101 Abs. 1 SGB V – Fristanpassung	32
§ 103 SGB V – Zulassung	32
§ 103 SGB V – MVZ / Angestellte Ärzte	33
§ 105 SGB V – Sicherstellung	34
<hr/>	
METHODENBEWERTUNG	36
§ 137e SGB V – Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	36
<hr/>	
VERBÄNDERECHT, AUFSICHT	39
§ 274 SGB V – Prüfung der Spitzenverbände	39
<hr/>	
ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSKARTE, TI UND ELEKTRONISCHE AU-BESCHEINIGUNG	40
§ 291 SGB V – Elektronische Patientenakte (ePA)	40
§ 295 SGB V – Elektronische AU-Bescheinigung	40
§ 305 Abs. 1 SGB V – Sozialdatenschutz	42
<hr/>	
ZULASSUNGSVERORDNUNG FÜR VERTRAGSÄRZTE	43
§ 19a Ärzte-ZV – Sprechstunde	43
<hr/>	
ANHANG – GESETZGEBUNGS- UND ÄNDERUNGSVORSCHLÄGE IM ZUSAMMENHANG MIT DEM TSVG	45

EINFÜHRUNG

Das Hauptziel des Regierungsentwurfs eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), Drucksache 19/6337) ist es, Patienten ein erhöhtes Angebot an Terminen bereitzustellen. Dafür soll auch das Instrument der Terminservicestellen genutzt werden. Hierbei erkennt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) an, dass die Politik die geforderten Mehrleistungen mit einer Mehrvergütung verbinden will.

Die KBV weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass es wesentlich drängendere Herausforderungen zu lösen gäbe, z. B. die dringend erforderliche Auseinandersetzung mit dem Thema Patientensteuerung. Auch ist die Kleinteiligkeit und Detailtiefe erschreckend, mit welcher jeder zusätzliche Termin im Hinblick auf Durchführung sowie auf Vergütung durchreguliert wird. Noch mehr irritiert, dass dieses Mehrangebot an Terminen mit fragwürdigen Instrumenten wie die Erhöhung der Mindestsprechstundenzeit auf 25 Stunden und einer offenen Sprechstunde von 5 Stunden jeweils wöchentlich und mit einem bürokratischen Kontroll- und Sanktionsmechanismus regelrecht erzwungen werden soll.

Die KBV hält eine solche Regulierung der freiberuflichen und selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufs für unwürdig. Abgesehen davon ist damit ein massiver Eingriff in die Praxisabläufe verbunden. Denn sie unterstellt implizit, dass die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen sich es in der ambulanten Versorgung bequem machen. Man suggeriert, dass die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen zur Mehrarbeit gezwungen werden müssten, obwohl die weit überwiegende Mehrheit bereits jetzt mit mehr als 52 Wochenstunden am Limit arbeitet – und dies unter Budgetbedingungen mit einer Abstufung der Vergütung von bis zu 25 Prozent.

Mit Unverständnis nimmt die KBV zudem zur Kenntnis, dass es im Grundsatz bei dieser Budgetierung bleiben soll. Lediglich die Vergütung der zusätzlichen Termine soll in Teilen zu den festgelegten Preisen der verbindlichen Gebührenordnung bezahlt werden. Dabei hat die KBV einen konstruktiven und regelungsarmen Vorschlag gemacht, nämlich alle Grundleistungen systematisch von der Budgetierung auszunehmen. Damit wäre es zum ersten Mal gelungen, eine wirksame Motivation für ein Mehrangebot von Terminen zu bieten. Zum zweiten hätte dies als Einstieg in eine weitere Entbudgetierung als deutliches Signal für eine höhere Attraktivität des Arztberufs wahrgenommen werden können.

Die Reaktion der Niedergelassenen war voraussehbar: Noch in der Versorgung befindliche Niedergelassene planen nunmehr – entgegen ihrer ursprünglichen Absicht – früher in den Ruhestand zu gehen. Der Nachwuchs ist vernehmbar irritiert. Die KBV hat früh und deutlich auf die negative Wirkung solcher unangemessenen und übergriffigen Elemente bereits in ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf für ein Terminservice- und Versorgungsgesetz hingewiesen.

Zudem kritisiert die KBV ausdrücklich, dass der G-BA Regelungen für eine gestufte und gesteuerte Versorgung für die psychotherapeutische Behandlung einschließlich Anforderungen an die Qualifikation der Therapeuten aufnehmen soll.

Die Intention der Bundesregierung, die Bedarfsplanung für bestimmte Gruppen aufzuheben, halten wir ebenfalls für problematisch. Vielmehr sollten die Regelungen für den Sonderbedarf angepasst und finanziell hinterlegt werden.

Zur Vermeidung solcher systemgefährdenden Effekte fordert die Vertragsärzteschaft die Politik auf, mit den Niedergelassenen sinnvolle Mechanismen zu entwickeln, die dem Missverhältnis zwischen zunehmender Inanspruchnahme und abnehmenden ärztlichen Arbeitszeitkontingenten wirksam begegnen. Im Konzept „KBV 2020“ hat die KBV bereits konstruktive Vorschläge gemacht, die im Wesentlichen beinhalten, die Patienten von Anfang an in die richtige Versorgungsebene bzw. zu dem richtigen Arzt bzw. Psychotherapeuten zu begleiten, der dem jeweiligen Behandlungsbedarf entspricht.

Es muss alles vermieden werden, Niedergelassene in der Versorgung sowie solche, die in die Versorgung wollen, zu vergraulen. Vielmehr muss alles getan werden, diese Kolleginnen und Kollegen für die ambulante medizinische Tätigkeit zu gewinnen und in dieser zu halten.

Versorgung chronisch kranker Patienten

Am vorliegenden Entwurf wird zudem kritisch gesehen, dass die Rolle und Bedeutung des primärärztlichen Versorgungsbereichs nicht berücksichtigt werden. Sowohl im Zusammenhang mit der im Entwurf enthaltenen Idee zur Honorierung der sogenannten „dringlichen Überweisung“ als auch im Zusammenhang mit dem Fehlen von expliziten Vergütungsregelungen für die Versorgung von Chronikern und multimorbiden Patienten – neben den enthaltenen Regelungsvorschlägen für Neupatienten – kommt zum Ausdruck, dass der vorliegende Entwurf den Anforderungen des primärärztlichen Versorgungsbereichs nur unzureichend begegnet.

Weiterhin wird der grundlegend dirigistische Ansatz kritisch gesehen, der durch konkrete Vorgaben (z. B. Sprechstundenzeiten, offene Sprechstunde, Überwachungsinstrumente der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen)) zum einen die bewährte Selbstverwaltung des Gesundheitswesens übergeht, zum anderen aber vor allem die Basis der ambulanten Versorgung in der selbständigen freiberuflichen vertragsärztlichen Tätigkeit nicht zum Ausgangspunkt seiner Überlegungen macht.

Selbständige freiberufliche Tätigkeit

Das über 130-jährige Fundament der ambulanten Versorgung ist und bleibt die selbständige freiberufliche vertragsärztliche Tätigkeit.

Nur mit ihr konnte es über einen derart langen Zeitraum in einem marktwirtschaftlich organisierten Rahmen gelingen, über Krisen und Veränderungsanforderungen hinweg eine kontinuierliche, gute und auch wirtschaftliche Versorgung der Patienten sicherzustellen – nicht zuletzt, da die wirtschaftliche Beweglichkeit dieser bewährten Einheiten durchweg gegeben war. Die selbständige freiberufliche Tätigkeit bildet damit den Ausgangspunkt für die gute Versorgung von Patientinnen und Patienten in Deutschland.

Das BMG scheint offenbar der Auffassung zu sein, grundlegende Probleme der Gesellschaft (z. B. die Entwicklung ländlicher Räume, den demographischen Wandel, gestiegene Versorgungsanforderungen aus der Bevölkerung) und die Chancen der wissenschaftlichen Entwicklung (medizinischer Fortschritt, Möglichkeiten zur Ambulantisierung von Behandlungen) durch dirigistische Eingriffe in die ambulante Versorgung lösen zu können.

Dieser Ansatz wird nicht erfolgreich sein können: Nur wenn die Ärzte auch sämtliche Leistungen vergütet erhalten, können sie zur Versorgung der Versicherten in dem gewünschten Ausmaß zur Verfügung stehen. Zudem kann eine wirksame Steuerung der Versorgung nur durch die Ärzteschaft mit Unterstützung der ärztlichen Selbstverwaltung erfolgen.

Ausbildung von Ärzten

Nur auf der bewährten Grundlage des selbständig und freiberuflich ausgeübten Arztberufes können der ärztliche Mehrbedarf und die aktuellen Versorgungsanforderungen nachhaltig und dauerhaft erfüllt werden. Nur auf dieser Basis – die hinreichend wirtschaftlich attraktiv sein muss – sowie auf der hierdurch getragenen Säule der Selbstverwaltung – kann die Lösung der durch die Bundesregierung zu Recht aufgezeigten Probleme dauerhaft gelingen. Darüber hinaus wird es Aufgabe der Politik bleiben, über die Ausweitung medizinischer Studienangebote dafür zu sorgen, dass mehr Ärzte – die dann auch finanziert werden müssen – ausgebildet werden, um den Versorgungsbedarf zu erfüllen.

Stärkung der wirtschaftlichen Basis – nachhaltige Sicherung der Grundversorgung

Neben einer Erhöhung der Anzahl der Ärzte in der Versorgung, ist aus Sicht der KBV auch die Stärkung der wirtschaftlichen Basis der ärztlichen Tätigkeit und damit verbunden eine Stärkung der Grundversorgung von Bedeutung. Eine Stärkung der Grundversorgung kann insofern aber nur dann – systemgerecht – gelingen, so die ärztlichen Leistungen den Anforderungen des Marktes entsprechend honoriert werden und damit ihre Erbringung attraktiver wird. Insofern fordert die KBV weiterhin die Entbudgetierung der Grund- und Versichertenpauschalen. Die KBV sieht in dieser Entbudgetierung einen einfacheren, weniger dirigistischen und unbürokratischeren Weg zur dauerhaften Sicherstellung der ambulanten Versorgung in Deutschland.

Zur Kommentierung

Zu den einzelnen Regelungsinhalten wird im Folgenden kommentiert. So keine Anmerkungen getätigt werden, wird die Regelung durch die KBV begrüßt oder sie sieht die Interessen der Vertragsärzte durch die Regelung nicht betroffen beziehungsweise steht dem Regelungsvorschlag neutral gegenüber.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist die männliche Form gewählt. Hiermit ist selbstverständlich auch die weibliche Form gemeint.

LEISTUNGSRECHT

Innerhalb des Leistungsrechts ist zunächst grundsätzlich anzumerken, dass seitens der KBV die direkte Einführung von Leistungen durch den Gesetzgeber ohne Beteiligung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) oder aber der Bundesmantelvertragspartner skeptisch gesehen wird. Die Verfahren im G-BA und der Bundesmantelvertragspartner sorgen letztlich dafür, dass neben einer hinreichenden Studienlage auch die gebotene Qualität ärztlicher und psychotherapeutischer Untersuchungen und Behandlungen gesichert werden.

Dieses grundsätzliche Vorgehen sowie die Verortung des Leistungsrechts in der Entscheidungshoheit des G-BA hat sich aus Sicht der KBV grundsätzlich bewährt und sollte erhalten bleiben.

§ 20J SGB V – PRÄEXPOSITIONSPROPHYLAXE

Versicherte mit erhöhtem HIV-Infektionsrisiko erhalten Anspruch auf ärztliche Beratung, eine entsprechende erforderliche Untersuchung sowie Arzneimittel auf Kassenkosten. KBV und GKV-Spitzenverband (GKV-SV) vereinbaren Näheres innerhalb von drei Monaten; das BMG evaluiert die Regelung bis 2020.

Bewertung

Die KBV weist im Zusammenhang mit der Präexpositionsprophylaxe (PrEP) ausdrücklich darauf hin, dass diese zwingend von weiteren Präventionsmaßnahmen (etwa der Werbung für den Gebrauch von Kondomen) begleitet sein muss. Schlimmstenfalls wäre durch die falsche Suggestion von Sicherheit die Zunahme anderer schwerwiegender sexuell übertragbarer Erkrankungen zu erwarten, wie dies bereits in den USA nach regionaler Einführung der PrEP beobachtet wird.

§ 35A SGB V – ARZNEIMITTEL

G-BA-Beschlüsse zur Nutzenbewertung von Arzneimitteln sollen zukünftig auch in Englisch veröffentlicht werden.

Bewertung

Die Verpflichtung des G-BA, Beschlüsse zur Nutzenbewertung von Arzneimitteln auch auf Englisch zu veröffentlichen, wird abgelehnt, da hierdurch erhebliche Mehraufwände für den G-BA begründet werden.

Änderungsvorschlag

Streichung.

§ 35A SGB V – ARZNEIMITTEL – ÄNDERUNGSANTRAG NR. 5 DER FRAKTIONEN CDU/CSU UND SPD VOM 20.12.2018

Das BMG erhält die Möglichkeit, die Geschäftsstelle des G-BA zu verpflichten, die Angaben zu den Jahrestherapiekosten neuer Arzneimittel sowie zu den Kosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie für die Arzneimittelverordnungssoftware der Vertragsärzte regelmäßig zu aktualisieren. Ziel ist, den Vertragsärzten die Beurteilung der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Verordnung zu ermöglichen.

Bewertung

Die Regelung ist nicht zielführend und wird abgelehnt: Bei den auf Basis der Erstattungsbeträge gemäß § 130 b SGB V errechneten Jahrestherapiekosten handelt es sich um theoretische und damit häufig irreführende Werte, welche die tatsächlichen Ausgaben der Krankenkassen pro Patient nicht wiedergeben. Sie sind damit zu einer Beurteilung der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Verordnung durch den Vertragsarzt – gerade auch vor dem Hintergrund einer vom GKV-Spitzenverband und den pharmazeutischen Herstellern praktizierten Mischpreisbildung – nicht geeignet.

So können bei der Vereinbarung eines Erstattungsbetrags auch mengenbezogene Aspekte, wie beispielsweise eine mengenbezogene Staffelung oder ein jährliches Gesamtausgabenvolumen, zugrunde gelegt werden. Nach den Erkenntnissen der KBV wird dies im überwiegenden Teil der Vereinbarungen auch umgesetzt. Auch sind Vereinbarungen bekannt – so beispielsweise für den Wirkstoff Palbociclib des pharmazeutischen Unternehmers Pfizer – in denen die Höhe des Erstattungsbetrags an den noch ausstehenden Nachweis eines Mortalitätsvorteils geknüpft ist. Bei Ausbleiben eines entsprechenden Nachweises sind Rückzahlungen des pharmazeutischen Unternehmers an die Krankenkassen vereinbart. Auch gibt es Vereinbarungen, in denen die Erstattungsbeträge zweier Arzneimittel in Abhängigkeit des erwarteten Verordnungsvolumens miteinander verrechnet werden (unter anderem bei Dapagliflozin und Saxagliptin des pharmazeutischen Unternehmers Astra Zeneca). Darüber hinaus können bei der Berechnung der Jahrestherapiekosten die vertraulichen Rabatte nach § 130a Abs. 8 SGB V nicht berücksichtigt werden. Auch dies steht einer adäquaten Beurteilung im Weg. Für den G-BA ergäbe sich aus der entsprechend des Entwurfs der Rechtsverordnung vorgesehenen monatlichen Aktualisierung ein nicht zu vertretender Aufwand.

Es ist offenkundig, dass angesichts solcher Vereinbarungskonstellationen und preislicher Verzerrungen die Vertragsärzte nicht für die Therapiekosten haftbar gemacht werden können. Die KBV lehnt solche Komponenten eines Arzneimittelinformationssystems, das die Regressbedrohung wachsen lässt und die Therapiefreiheit einschränkt, strikt ab.

Änderungsvorschlag

Streichung.

§ 40 SGB V – REHA

Folgeregelung zum neuen Schiedsgremium in § 89a SGB V - dreiseitiger Rahmenvertrag zum Entlassmanagement der Rehabilitationseinrichtungen.

Bewertung

Zwar löst der Änderungsvorschlag in § 40 Abs. 2 SGB V die ungeklärte Schiedssituation im Bereich des Entlassmanagements auf, allerdings bleibt weiterhin unklar, wer die Vertreter der maßgeblichen Reha-Verbände sein sollen.

Änderungsvorschlag

- › Klarstellung zu den Vertretern der maßgeblichen Reha-Verbände.
- › Beibehaltung der bisherigen Systematik zum Schiedsamt (weitere Anmerkungen siehe Seite 16).

§ 46 SGB V – KRANKENGELD

Krankengeld bei verspäteter Folge-Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung (Folge-AU): für Versicherte, deren Mitgliedschaft vom lückenlosen Bestand des Krankengeldanspruchs abhängt, wird bei verspäteter, aber nach Wegfall des Hinderungsgrundes unverzüglicher Vorlage der Folge-AU sichergestellt, dass Krankengeld nicht entfällt und nach Säumniszeit weiter geleistet wird.

Bewertung

Die Regelung zum Krankengeldanspruch bei verspäteter Folge-AU wird ausdrücklich begrüßt, da hiermit in der Praxis bestehende erhebliche Probleme aufgelöst werden.

HEILMITTELVERSORGUNG (ÄNDERUNGSANTRAG DER FRAKTIONEN DER CDU/CSU UND SPD ZUM TSVG, STAND 04.01.2019, BT-DRS. 19(14)51.4)

ALLGEMEINE ANMERKUNGEN

Die KBV begrüßt grundsätzlich die Intention des Gesetzgebers, die ambulante Heilmittelversorgung zu stärken, gezielt bürokratische Aufwände zu reduzieren und den Heilmittelerbringern bei ausgewählten Indikationen mehr Versorgungsverantwortung zu übertragen. In Aussicht gestellt wird damit eine sinnvolle und notwendige Entlastung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte.

Aus Sicht der Vertragsärzteschaft ist es jedoch zwingend erforderlich, noch intensiver in die Entwicklung des Verfahrens zur sogenannten Blankoverordnung eingebunden zu werden. Darüber hinaus bedarf es diesbezüglich auch einer Stärkung der Datentransparenz und insofern einer Konkretisierung der von den Krankenkassen den verordnenden Ärzten bereit zu stellenden Heilmitteldaten.

Das Vorhaben einer Neuordnung der Beziehungen von Krankenkassen und Heilmittelerbringern auf Bundesebene und damit eine Vereinheitlichung der Rahmenbedingungen vorzunehmen, kann die KBV grundsätzlich nachvollziehen.

REGELUNGSMATERIAL IM EINZELNEN

ARTIKEL 1: ÄNDERUNG DES SGB V

NUMMER 13A): § 32 NEUER ABS. 1B SGB V

Bewertung

Die KBV hält die Abschaffung des Genehmigungsvorbehaltes für Verordnungen, die über die nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V geregelte orientierende Behandlungsmenge hinausgehen (bisherige Verordnung außerhalb des Regelfalls), für sachgerecht und längst überfällig. Bislang musste jede Verordnung, unabhängig davon, ob die jeweilige Krankenversicherung ein Genehmigungsverfahren pflegt oder nicht, durch den Vertragsarzt mit einer medizinischen Begründung versehen werden. Patienten und Heilmittelerbringer mussten prüfen, ob ein Genehmigungsvorbehalt der jeweiligen Krankenkasse besteht und ggf. die Genehmigung einholen. Mit der Abschaffung dieses Genehmigungsvorbehaltes verringert sich der unnötige bürokratische Aufwand für alle Beteiligten.

NUMMER 33: § 73 NEUER ABS. 11 SGB V

Bewertung

Die erweiterte Versorgungsverantwortung von Heilmittelerbringern wird von der KBV grundsätzlich begrüßt. Zukünftig soll der Heilmittelerbringer über Auswahl und Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten entscheiden, wenn die Verordnung auf eine Indikation mit erweiterter Versorgungsverantwortung nach § 125a SGB V (neu) entfällt. Es ist vollkommen sachgerecht, dass dabei die entsprechende Diagnose- bzw. Indikationsstellung für eine Heilmittelverordnung weiterhin nur durch Vertragsärzte erfolgen kann.

Bezüglich des § 73 Abs. 11 SGB V (neu) bedarf es jedoch einer Klarstellung bzw. Ergänzung: Bei diesen sogenannten Blankoverordnungen erfolgt die Auswahl des Heilmittels, die Anzahl und Frequenz der Behandlungseinheiten nicht durch den Vertragsarzt. Allerdings sind diese Angaben nach Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 i. V. m. Abs. 6 SGB V obligater Bestandteil der Verordnung durch den Vertragsarzt. In der Heilmittel-Richtlinie muss daher festgelegt werden, welche Angaben auf der sog. Blankoverordnung nach § 73 Abs. 11 SGB V (neu) ausreichend sind. Die notwendigen Angaben der ärztlichen Verordnung lediglich im Rahmen der Vereinbarung nach § 125a SGB V (neu) zu regeln (siehe „§ 125a Abs. 2 Nr. 3 SGB V (neu)“), ist nicht sachgerecht und würde die notwendige rechtliche Verbindlichkeit vermissen lassen, da die notwendigen Angaben für die vertragsärztliche Verordnung in der Heilmittel-Richtlinie des G-BA normiert sind. Dies ist insbesondere auch vor dem Hintergrund der Zertifizierung der Heilmittel-Verordnungssoftware gemäß § 73 Abs. 10 SGB V notwendig. Nur so können den Herstellern von Verordnungssoftware in den Verträgen nach § 82 Abs. 1 SGB V rechtssichere Vorgaben gemacht werden. Bei den ausgewählten Indikationen nach § 125a SGB V (neu) würden dann in der Heilmittelverordnungssoftware des Vertragsarztes keine fälschlichen Hinweise bzw. Fehlermeldungen generiert werden, sofern die Angaben zu Heilmittel, Verordnungsmenge und Behandlungsfrequenz fehlen.

Die KBV begrüßt die Regelung, dass in medizinisch begründeten Einzelfällen von der Blankoverordnung abgesehen werden kann und der Arzt selbst über Art, Dauer und Frequenz der Therapie entscheiden kann. Allerdings bedarf es einer diesbezüglichen Klarstellung in der gesetzlichen Vorschrift. Bis dato ist dieser Grundsatz lediglich in der Gesetzesbegründung verankert.

Änderungsvorschlag

In § 73 Abs. 11 SGB V (neu) werden folgende Sätze angefügt:

„In medizinisch begründeten Fällen können auch bei Diagnosen nach § 125a die Angaben nach Satz 1 vom Vertragsarzt vorgenommen werden. Das Nähere zu den erforderlichen Angaben des Vertragsarztes für Verordnungen nach Satz 1 ist in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 zu bestimmen.“

NUMMER 41A): § 84 ABS. 7 SGB V

Bewertung

Die Regelungen zur Datenübermittlung in § 84 Abs. 5 i. V. m. Abs. 7 SGB V betreffen Abrechnungsdaten der Heilmittelerbringer, die den Kassenärztlichen Vereinigungen für die Steuerung der Heilmittelversorgung zur Verfügung gestellt werden. Hierfür hat der GKV-Spitzenverband ein Heilmittel-Informationssystem (HIS) aufgebaut, in dem quartalsweise Verordnungsstatistiken veröffentlicht werden. Darüber hinaus werden arztindividuelle Berichte an die Kassenärztlichen Vereinigungen übermittelt. Die tatsächliche Bereitstellung der Verordnungsberichte (sowohl die aggregierten als auch die Arzt-Berichte) entspricht gegenwärtig jedoch hinsichtlich Plausibilität, Vollständigkeit und fristgerechter Bereitstellung weder den Vorgaben in § 84 Abs. 5 SGB V noch den Anforderungen für eine zielgerichtete Steuerung der Heilmittelversorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die verordnenden Vertragsärzte:

- › Die HIS-Daten werden, anders als es gesetzlich vorgesehen ist, nicht monatlich, sondern nur quartalsweise zur Verfügung gestellt. Nach Ablauf des Quartals sollen die Berichte spätestens 15 Wochen nach Quartalsende vorliegen, sofern keine erheblichen Lieferstörungen auftreten (offizielle Lieferfrist nach GKV-Spitzenverband). In der Vergangenheit bestanden jedoch grundsätzlich Lieferschwierigkeiten, so dass die Lieferung der arztbezogenen HIS-Daten teilweise deutlich überschritten wurden (03.Q.2017: 26 Wochen/ 4.Q.2017: 23 Wochen/ 1.Q.2018: 19 Wochen/ 2.Q.2018: 20 Wochen).
- › Die Berichte werden nur im pdf-Format veröffentlicht und sind nicht veränderbar oder maschinenlesbar. In den arzt-individuellen Berichten werden auch die durchschnittlichen Verordnungskennzahlen der jeweiligen Fachgruppe veröffentlicht, um einen Vergleich zur Fachgruppe zu ermöglichen. Die Zuordnung der Ärzte zu Fachgruppen entspricht jedoch oftmals nicht den Zuordnungen im jeweiligen KV-Bereich. Im Ergebnis sind die Werte z. B. veranlasste Verordnungsmengen, nicht mit denen vergleichbar, die im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung relevant sind.
- › Die Arzt-Berichte werden darüber hinaus erst ab einer durchschnittlichen Verordnungszahl von 30 Verordnungen pro Quartal erstellt. Dies führt dazu, dass auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen keine fachgruppenspezifischen Vergleiche erstellt werden können, da ein Teil der Gesamtdaten fehlt. Ferner werden für manche Ärzte im Grenzbereich dieser Quote keine Jahresverläufe zur Verfügung gestellt. Damit stellen die HIS-Berichte aktuell kein verlässliches Steuerungsinstrument dar.

Aus Sicht der KBV müssen die HIS-Datenlieferungen an die Kassenärztlichen Vereinigungen und Vertragsärzte monatlich erfolgen (Umsetzung der bestehenden Rechtslage!). Dafür bedarf es einer verbindlichen gesetzlich festgelegten Frist. Es müssen alle abgerechneten Heilmitteldaten in einem maschinenlesbaren Format veröffentlicht werden. Darüber hinaus müssten hier zukünftig neben den Verordnungsdaten, die auf besondere Verordnungsbedarfe (§ 106b Abs. 2 S. 4 SGB V) und den langfristigen Heilmittelbedarf (§ 32 Abs. 1a SGB V) entfallen, auch die Daten differenziert aufgeführt werden, die im Rahmen der Blankoverordnung nach § 73 Abs. 11 SGB V verordnet werden. Weiterhin sollte der vom Gesetzgeber avisierte pseudonymisierte Patientenbezug auch Eingang in die HIS-Datenlieferungen an die Kassenärztlichen Vereinigungen und Vertragsärzte finden, so dass auch auf Basis der HIS-Daten fallbezogene Auswertungen möglich sind.

Alternativ sollten die Kassenärztlichen Vereinigungen einen Rechtsanspruch für den Bezug der Heilmittel-Abrechnungsdaten nach § 302 SGB V erhalten. Die Rechenzentren der Heilmittel-Leistungserbringer dürfen den Kassenärztlichen Vereinigungen die Abrechnungsdaten nach § 302 Abs. 1 SGB V bereits nach geltendem Recht übermitteln, sofern diese sie zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben verwenden. Allerdings besteht, anders als für die Arzneimitteldaten (§ 300 Abs. 2 S. 3 SGB V) bislang kein Rechtsanspruch der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Daten zu erhalten. Auch dies sollte analog der Regelung in § 300 SGB V übernommen werden.

Änderungsvorschlag

§ 84 Abs. 7 SGB V wird wie folgt angepasst:

*„Die Absätze 1 bis 6 sind für **den Heilmittelbereich** unter Berücksichtigung der besonderen Versorgungs- und Abrechnungsbedingungen ~~im Heilmittelbereich~~ entsprechend anzuwenden. Veranlasste Ausgaben im Sinne des Absatzes 5 Satz 1 betreffen die während der Geltungsdauer der Heilmittelvereinbarung mit den Krankenkassen abgerechneten Leistungen. Die in Absatz 5 geregelte Datenübermittlung erfolgt für die Heilmittel in arztbezogener Form sowie versichertenbezogen in pseudonymisierter Form. Das Nähere zur Datenübermittlung zum Verfahren der Pseudonymisierung regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. **Die Daten nach Abs. 5 Satz 4 für Heilmittel umfassen sämtliche im jeweiligen Monat abgerechneten Heilmittelleistungen zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die Daten werden den Kassenärztlichen Vereinigungen in einem maschinenlesbaren Format innerhalb von 15 Wochen nach Ende des Verordnungsmonats bereitgestellt. Das Nähere zur Datenstruktur, insbesondere zur Darstellung der Verordnungsdaten nach §§ 106b Abs. 2 S. 4; § 32 Abs. 1a SGB V und § 73 Abs. 11 SGB V legen die Vertragspartner im Vertrags nach § 82 Abs. 1 SGB V fest**“*

Alternativ: In § 302 Abs. 2 wird S. 4 gestrichen und wie folgt ersetzt:

„Die Rechenzentren übermitteln die Daten nach Abs. 1 auf Anforderung den Kassenärztlichen Vereinigungen, soweit diese Daten zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach §§ 73 Abs. 8, 84 und 305a SGB V erforderlich sind. Vor der Verarbeitung der Daten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen ist der Versichertenbezug durch eine von der Kassenärztlichen Vereinigung räumlich, organisatorisch und personell getrennte Stelle zu pseudonymisieren. Für die Datenübermittlung an die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten die Rechenzentren einen dem Arbeitsaufwand entsprechenden Aufwandsersatz. Der Arbeitsaufwand für die Datenübermittlung ist auf Nachfrage der Kassenärztlichen Vereinigungen diesen in geeigneter Form nachzuweisen.“

NUMMER 51 B) AA): § 92 ABS. 6 S. 6 NR. 3 SGB V

Bewertung

Aus Sicht der KBV ist es sehr sinnvoll und wird ausdrücklich begrüßt, dass der G-BA zukünftig mit der Ergänzung der Heilmittel-Richtlinie um indikationsbezogene orientierende Behandlungsmengen und die Zahl der Behandlungseinheiten je Verordnung beauftragt wird.

Dadurch ist zu erwarten, dass Komplexität und hoher bürokratischer Aufwand für alle Beteiligten, mit denen die bisherigen Regelungen zu den Besonderheiten bei Wiederholungsverordnungen - und hier insbesondere in Bezug auf die Unterscheidung zwischen Verordnungen innerhalb und außerhalb des Regelfalls - verbunden waren, deutlich reduziert werden.

NUMMER 33 C): § 106B C) B)

Bewertung

Die Klarstellung, dass Verordnungen von Vertragsärzten, die als sogenannte Blankoverordnung ausgestellt werden, nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106b SGB V unterliegen, ist folgerichtig und wird ausdrücklich begrüßt.

Mit der Übertragung der Verantwortung für Auswahl des Heilmittels sowie Dauer und Frequenz der Heilmitteltherapie auf die Heilmittelerbringer hat der Vertragsarzt bei bestimmten Indikationen grundsätzlich keine Möglichkeiten mehr, auf die Art des Heilmittels und den Umfang der Heilmitteltherapie, Einfluss zu nehmen. Daher ist es nur folgerichtig, die Vertragsärzte von der Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit dieser Behandlungsform zu entlasten.

NUMMER 67A B) AA): HIER ZU § 125A SGB V

Bewertung

Die mit der Einführung der sogenannten Blankverordnung verbundene Stärkung der Verantwortung der Heilmittelerbringer wird grundsätzlich begrüßt, sofern die richtigen Rahmenbedingungen gesetzt sind. Dazu gehört auch, dass hierbei eine versorgungsgerechte Auswahl der Indikationen erfolgen soll. Dies ist auch unter dem Aspekt der Patientensicherheit erforderlich. Gerade in diese Auswahl der Indikationen ist die Vertragsärzteschaft sowohl aufgrund ihrer medizinisch-therapeutischen Sachkenntnis als auch aufgrund ihrer maßgeblichen Betroffenheit verbindlich miteinzubeziehen. Dass der KBV in diesem Zusammenhang lediglich die Möglichkeit einer Stellungnahme eingeräumt wird, die vergleichbar mit einer Benehmensherstellung ist und keinerlei Rechtsbindung entfaltet, ist daher nicht akzeptabel.

Darüber hinaus kann durch eine verbindliche Einbeziehung der KBV zudem sichergestellt werden, dass die für die Blankverordnung festgelegten Indikationen den strukturellen Anforderungen entsprechen, die im Zuge der Verordnung mittels zertifizierter Heilmittelverordnungssoftware erforderlich sind, um als Blankverordnung identifiziert zu werden.

Ein wesentlicher Bestandteil einer bestmöglichen Patientenversorgung ist eine gute Kooperation zwischen den behandelnden Berufsgruppen. Aus Sicht der KBV sollten daher verbindliche Regelungen zum Informationsaustausch in die Vereinbarung nach Abs. 1 S. 1 aufgenommen werden. Der Arzt, der in der Regel die gesamte Behandlung koordiniert, muss z. B. Rückmeldung erhalten, welche Therapie mit welcher Intensität durchgeführt wurde und welche Behandlungserfolge erzielt wurden. Gleichzeitig sind Risiken und klinische Hinweise zu definieren, die einen erneuten Arztkontakt erfordern. Auch für solche Festlegungen bedarf es eines verbindlichen Einbezugs vertragsärztlicher Expertise.

Grundlage für die ärztliche Verordnung von Heilmitteln bildet die Heilmittel-Richtlinie des G-BA. Dies gilt auch für sogenannte Blankoverordnungen. Sofern bei Verordnungen aufgrund von Indikationen nach § 125a Abs. 2 Nr. 1 SGB V zukünftig die Heilmittelerbringer die Auswahl des Heilmittels, die Anzahl der notwendigen Behandlungseinheiten und die Behandlungsfrequenz selbst festlegen können, bedarf es jedoch einer Klarstellung, dass im Übrigen die Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie des G-BA gelten müssen. Voraussetzung für die Verordnung eines Heilmittels zu Lasten der GKV ist, dass der G-BA dessen therapeutischen Nutzen anerkannt und in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V Empfehlungen für die Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung abgegeben hat. Die Richtlinie bildet die Grundlage für die leistungsrechtlichen Ansprüche der Patienten gegenüber der GKV ab und kann als untergesetzliche Norm nicht durch bilaterale Verträge aufgehoben werden.

Aus Sicht der KBV ist darüber hinaus nicht nachvollziehbar, welche Rechtssystematik der Vorgabe unter § 125a Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB V (neu) zugrunde liegt. In der Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband und den Heilmittelerbringerverbänden sollen Regelungen getroffen werden zu Vorgaben für notwendige Angaben der ärztlichen Verordnung. Diese Vorgaben ergeben sich jedoch unmittelbar aus der Heilmittel-Richtlinie des G-BA sowie den Vorgaben der Vordruckvereinbarung, als Bestandteil des Bundesmantelvertrags-Ärzte gemäß § 87 Abs. 1 S. 2 SGB V i. V. m. § 295 Abs. 3 Nr. 2 SGB V. Hierzu wird auf die Kommentierung und den Änderungsvorschlag zu § 73 Abs. 11 SGB V (neu) der KBV verwiesen, das Nähere zu den notwendigen Angaben der ärztlichen Verordnung in der Heilmittel-Richtlinie des G-BA zu regeln.

Änderungsvorschlag

Nach § 125a Abs. 1 S. 2 SGB V wird folgender Satz eingefügt:

„Im Übrigen gelten die Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6.“

§ 125a Abs. 1 S. 3 SGB V wird durch folgenden Satz ersetzt:

„Die Vereinbarung ist im Einvernehmen mit der Kassenärztliche Bundesvereinigung zu schließen.“

Mindestens jedoch müsste nach § 125a Abs. 1 S. 3 SGB V folgender Satz 4 ergänzt werden:

„Zu Absatz 2 Nr. 1 und 6 ist Einvernehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung herzustellen.“

§ 125a Abs. 2 wird wie folgt geändert:

(2) In der Vereinbarung nach Abs. 1 S. 1 ist insbesondere zu regeln:

1. die Indikationen, bei der die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung möglich ist,
2. inwieweit die Heilmittelerbringer bei der Leistungserbringung von den Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 **in Bezug auf die Anzahl der Behandlungseinheiten je Verordnung und die Behandlungsfrequenz** abweichen dürfen,
3. ~~Vorgaben für die notwendigen Angaben der ärztlichen Verordnung sowie~~ einheitliche Regelungen zur Abrechnung, soweit diese von dem Vertrag nach § 124 Abs. 1 S. 2 abweichen,
4. Richtwerte zur Versorgungsgestaltung durch die Heilmittelerbringer, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen quartalsweise im Rahmen von § 84 Abs. 5 in Verbindung mit Abs. 7 zu veröffentlichen hat sowie
5. Maßnahmen zur Vermeidung einer unverhältnismäßigen Mengenausweitung in der Anzahl der Behandlungseinheiten je Versicherten, die medizinisch nicht begründet sind; diese können auch in Form von Vergütungsabschlägen erfolgen, sofern eine durchschnittliche Anzahl an Behandlungseinheiten deutlich überschritten ist.
6. **Verfahren für einen Informationsaustausch zwischen Heilmittelerbringer und Vertragsarzt insbesondere zur erfolgten Behandlung und Definition von Risiken und klinischen Hinweisen, die einen Arztkontakt erfordern.**

HILFSMITTELVERSORGUNG (ÄNDERUNGSANTRAG DER FRAKTIONEN DER CDU/CSU UND SPD ZUM TSVG, STAND 18.12.2018)

ARTIKEL 1: ÄNDERUNG SGB V

NUMMER 14): § 33 ABS. 1 SGB V

Bewertung

Die gesetzliche Klarstellung zur Kostenübernahme für stichsichere Instrumente durch die Krankenkassen wird begrüßt. Nach der aktuellen Rechtslage sind Vertragsärzte bei der Verordnung gleichartig wirkender Hilfsmittel vorrangig an das Wirtschaftlichkeitsgebot gebunden. Die Verordnung eines stichsicheren Instruments, das in der Regel teurer ist, als eine herkömmliche Kanüle oder Lanzette, ist daher bisher nicht möglich.

Die vorgesehene Einschränkung der Verordnungsfähigkeit auf bestimmte Indikationen würde der Intention des Gesetzgebers, Pflegepersonal und Angehörige umfassend vor einer Ansteckung durch Nadelstichverletzungen zu schützen, allerdings nicht gerecht. Zudem wären mit der Festlegung definierter Indikationen nicht unerhebliche Mehraufwände in der Arztpraxis mit der Verordnung stichsicherer Instrumente verbunden.

Im Rahmen der regulären ärztlichen Behandlung ist es weder aus ökonomischen noch aus medizinischen Gründen geboten, ein Screening auf alle meldepflichtigen Infektionskrankheiten durchzuführen. Dies gilt auch für Patienten, die bei Injektionen und Blutentnahmen auf Hilfe Dritter angewiesen sind.

Sofern die Verordnung von stichsicheren Instrumenten nur auf bestimmte Indikationen beschränkt würde, wäre kein ausreichender Schutz für Pflegepersonal und Angehörige sichergestellt, die Menschen versorgen, die Träger nicht diagnostizierter ansteckender Infektionskrankheiten sind. Diese hätten keinen Anspruch auf die Versorgung mit stichsicheren Instrumenten. Zum Vergleich: Bei der Versorgung in der Arztpraxis richtet sich bereits heute die Versorgung mit Hilfe stichsicherer Instrumente grundsätzlich an der Tätigkeit und nicht an der diagnostizierten Infektionserkrankung aus. So werden bei allen Tätigkeiten, die im Zusammenhang mit Blutentnahmen und Injektionen stehen, Instrumente verwendet, die mittels Sicherheitsmechanismus vor Nadelstichverletzungen schützen.

Durch die Beschränkung der Verordnungsmöglichkeiten stichsicherer Instrumente auf bestimmte Indikationsbereiche wäre die Verordnung solcher Hilfsmittel mit einem zusätzlichen zeitlichen Aufwand verbunden, wie die Erfahrungen mit vergleichbareren Diagnoselisten (z. B. im Heilmittelbereich) zeigen. Sobald Diagnoselisten bei der Verordnung zu beachten sind, erhöht sich der Aufwand für die Verordnung durch den Abgleich mit der zugrundeliegenden Liste. Da in diesen Hilfsmittelbereichen grundsätzlich keine Genehmigungen durch die Krankenkassen erforderlich sind, würde gleichzeitig das Regressrisiko steigen. Zudem müsste die Diagnoseliste in das Praxisverwaltungssystem des Arztes implementiert werden, um Verordnungssicherheit zu bieten. Hierfür gibt es (anders als im Heilmittelbereich) allerdings keine Rechtsgrundlage, die Diagnoseliste verbindlich von allen Systemen einbinden zu lassen. Darüber hinaus führen entsprechende Anforderungen, die mit einem Mehraufwand für die Hersteller der Praxisverwaltungssysteme verbunden sind, in der Regel zu einer Preiserhöhung für die Systeme.

Vor diesem Hintergrund schlägt die Kassenärztliche Bundesvereinigung vor, den Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln, die eine dritte Person durch einen Sicherheitsmechanismus vor Nadelstichverletzungen schützen sollen, nicht auf bestimmte Erkrankungen zu beschränken. Der G-BA sollte lediglich den Auftrag erhalten, die Tätigkeiten zu definieren, bei denen von einer erhöhten Infektionsgefährdung auszugehen ist.

Änderungsvorschlag

§ 33 Abs. 1 S. 6-7 SGB V werden wie folgt angepasst:

„Ein Anspruch besteht auch auf solche Hilfsmittel, die eine dritte Person durch einen Sicherheitsmechanismus vor Nadelstichverletzungen schützen, wenn der Versicherte selbst nicht zur Anwendung des Hilfsmittels in der Lage ist und hierfür der Hilfe der dritten Person bedarf ~~und von dem Versicherten eine erhöhte Infektionsgefährdung ausgeht~~. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seiner Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum 31. Oktober 2019 die ~~Diagnosen und~~ Tätigkeiten, bei denen von einer erhöhten Infektionsgefährdung auszugehen ist.“

VERSORGUNG, WIEDEREINGLIEDERUNG, TERMINSERVICESTELLEN

§ 73 SGB V – VERGÜTUNG

Die hausärztliche Versorgung umfasst auch die Vermittlung eines dringlichen Behandlungstermins beim Facharzt.

Bewertung

Die Aufnahme der Vermittlung dringlicher Termine beim Facharzt in den Leistungskatalog des § 73 SGB V vermag eine an sich wünschenswerte Koordinationsfunktion der Hausärzte nicht ausreichend zu stärken. Denn die gerade auch im Bewertungszusammenhang mit den §§ 87 und 87a SGB V zu verstehende Leistung kann in ihrer vergütungstechnischen Ausgestaltung den tatsächlichen Aufwand, der mit einer echten Koordinierung zu leisten wäre, nicht abbilden. Bei der intendierten Verpflichtung verbleibt es daher bei einer bloßen Kommunikationstätigkeit der Praxen, die als solche neue Aufgabe weder aus Sicht der Versorgung noch aus der Rolle der Vertragsärzte heraus zu rechtfertigen ist. Die hausärztliche Arbeitszeit wird zudem durch die Aufnahme einer weiteren rein administrativen Funktion durch den Gesetzgeber zum Nachteil der Versorgung verknappt.

Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung. Eine sinnvolle Alternative wäre die Vorgabe der Einführung einer echten Leistung sowohl für Haus- als auch für Fachärzte im EBM für medizinisch notwendige Fälle (die auch eine echte Abstimmung ermöglicht), die dann aber deutlich höher bewertet sein muss.

Die KBV begrüßt die Ergänzung des § 73 Abs. 1b SGB V. Um Abrechnungsschwierigkeiten zwischen der Datenübermittlung im Rahmen von Behandlungen und der Datensammlung der Hausärzte zu vermeiden, wird angeregt, auf die Voraussetzung der schriftlichen Einwilligung insgesamt zu verzichten. Damit würde für die Vertragsärzte Rechtssicherheit geschaffen.

Änderungsvorschlag

Streichung der schriftlichen Einwilligung

§ 74 SGB V – WIEDEREINGLIEDERUNG

Möglichkeit der stufenweisen Wiedereingliederung: Der Arzt hat spätestens ab einer AU von sechs Wochen regelmäßig festzustellen, ob stufenweise eine Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit in Betracht kommt. Der G-BA regelt Näheres zum Verfahren.

Bewertung

Die Überprüfung der Option einer stufenweisen Wiedereingliederung durch den Vertragsarzt ist sachgerecht. Allerdings verknüpft der Wortlaut des Gesetzentwurfs diese Verpflichtung zur Überprüfung jeweils mit der Ausstellung der AU-Bescheinigung. Die Arbeitsunfähigkeit soll gemäß AU-Richtlinie des G-BA für einen Zeitraum von nicht länger als 14 Tagen festgestellt werden und kann nur auf Grund der Erkrankung oder eines besonderen Krankheitsverlaufs für bis zu vier Wochen bescheinigt werden.

Die Überprüfungsfrequenz der Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung sollte stattdessen der ärztlichen Einschätzung überlassen werden, da der Arzt im Behandlungszusammenhang (und nicht in einem Funktionszusammenhang) sinnvoll die Notwendigkeit einer Überprüfung erkennen kann. Rahmenkriterien hierfür kann der G-BA definieren.

Es wird begrüßt, dass nunmehr der Gesetzgeber – wie dies auch von der KBV angemerkt wurde - davon ausgeht, dass Ausnahmen von der regelmäßigen Überprüfung möglich sein müssen und der G-BA diese

festlegen kann. Da dies jedoch ausschließlich in der Gesetzesbegründung zum Ausdruck gebracht wird, ist es erforderlich, diese notwendige Klarstellung auch in der Rechtsvorschrift des § 74 SGB V zu verankern.

Änderungsvorschlag

In § 74 wird der neue Satz wie folgt ergänzt:

„Spätestens ab einer Dauer der Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen hat die ärztliche Feststellung nach Satz 1 regelmäßig mit der Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit zu erfolgen. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach § 92 bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] das Verfahren zur regelmäßigen Feststellung über eine stufenweise Wiedereingliederung nach Satz 2 **sowie Ausnahmen hiervon** fest.“

§ 75 SGB V – TERMINSERVICESTELLE

Die Terminservicestellen (TSS) werden zu Servicestellen mit zusätzlichen Aufgaben weiterentwickelt:

- › Auch Terminvermittlung zu Haus- und Kinderärzten und Unterstützung bei der Suche nach dauerhaft behandelnden Haus-, Kinder- und Jugendärzten.
- › Zusammenlegung mit der bisherigen bundesweit einheitlichen Notdienstnummer 116117.
- › In Akutfällen erfolgt auch während der üblichen Sprechstundenzeiten eine unmittelbare Vermittlung einer ärztlichen Versorgung auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens.
- › Über die bundesweit einheitliche Rufnummer 116117 soll eine Erreichbarkeit an 24 Stunden täglich an sieben Tagen der Woche (24/7) gewährleistet werden.
- › Die Rufnummer muss in das künftige System der im Koalitionsvertrag vorgesehenen gemeinsamen Notfallstellen integrierbar sein (Zusammenlegung mit 112).
- › Schaffung eines Online-Angebots zu TSS (damit Termine nicht nur telefonisch, sondern auch online oder per App vereinbart werden können).
- › Die KBV regelt in einer Richtlinie Näheres zur einheitlichen Umsetzung durch die KVen und auch zu dem bundesweit einheitlich standardisierten Ersteinschätzungsverfahren (auch Zertifizierung der Praxissoftware).
- › Die KVen veröffentlichen die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte.

Bewertung

Grundsätzlich können TSS bei den KVen aus Sicht der KBV einen Beitrag dazu leisten, den Zugang zur Versorgung für gesetzlich Krankenversicherte zu unterstützen und zu koordinieren. Besonders herauszuheben ist, dass der Terminservice in der Hoheit der KVen verbleibt, die im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages handeln. Die KVen sind letztlich – so TSS eingerichtet und mit Steuerungselementen in der ambulanten Versorgung verbunden werden sollen – der einzig sinnvolle Regelungsort für die Stellen, die künftig einheitlich unter der 116117 erreicht werden sollen.

Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass die vorliegenden Regelungen weiter an die Erfordernisse der Praxis angepasst werden müssen.

Insbesondere ist hierbei darauf zu achten, dass auch im Hinblick auf die TSS und deren potentielle Inanspruchnahme durch die Versicherten der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit gewahrt bleiben muss. Insofern ist beispielsweise festzustellen, dass die Vermittlung einer „dauerhaften Behandlung“ die Natur des Behandlungsverhältnisses zwischen Ärzten dieser Arztgruppen und ihren Patienten verkennt. Die „dauerhafte Behandlung“, wie sie auch durch das SGB V ausdrücklich gewünscht ist (jeder Versicherte „soll“ sich einen Hausarzt wählen), ist in der Praxis ein Ergebnis eines Vertrauensbildungsprozesses sowohl auf Arzt- als auch auf Patientenseite, der nicht durch eine Vermittlung ersetzt werden kann.

Weiterhin wird darauf zu achten sein, dass die telefonische Vermittlung von nicht dringlichen Terminen (anders als das Online-Angebot und insbesondere die Betreuung von Akutfällen) sinnvollerweise nicht in 24 Stunden „rund um die Uhr“ erbracht werden kann. Aus Gründen der Wirtschaftlichkeit ist jedenfalls die telefonische Vermittlung von Terminen (wie bei anderen telefonischen Services auch) auf die Tageszeiten zu begrenzen (ggf. durch einen Verweis zur Möglichkeit der Online-Vermittlung in der Zwischenzeit). Im Übrigen gilt, dass sichergestellt werden muss, dass im Rahmen des Umgangs mit Akutfällen nicht (alleine) eine (mit hohen Kostenfolgen verbundene) Selbsteinschätzung der Patienten stehen kann, sondern die Begleitung dieser Fälle durch qualifiziertes Fachpersonal erfolgen muss. Zudem muss berücksichtigt werden, dass in Akutfällen auch eine stationäre Abklärung erforderlich werden kann. Hierfür bedürfte es einer verbindlichen Einbindung auch der Krankenhäuser. Daher kann im Akutfall neben einer Vermittlung eines Termins gegebenenfalls auch die Information über stationäre Versorgungsangebote medizinisch angezeigt sein. Über die Vermittlung eines Termins in die vertragsärztliche Versorgung kann somit nur medizinisch geschultes Personal in der TSS entscheiden.

Abgelehnt wird die vollständige Integration der Rufnummer 116117 in das Angebot der Rufnummer 112: Eine potentielle direkte Verzahnung der TSS mit einer Vielzahl von Leitstellen in anderer Trägerschaft würde insofern lediglich zu komplizierten und kostenintensiven Regelungs- und Arbeitsprozessen führen, deren Vorteile nicht ersichtlich sind. Die Zuordnung für die strukturelle Verantwortung für einerseits Katastrophen, Großschadensereignisse oder akut lebensbedrohliche Notfälle und andererseits ärztliche Regelversorgung bleibt sinnvollerweise erhalten. Inhaltlich sind die technische Verknüpfung (Standleitung) und die Synchronisierung von Abfragealgorithmen völlig ausreichend zur optimalen Versorgung. Komplette Umstrukturierungen mit hierfür notwendigen Grundgesetzänderungen sind weder notwendig noch stehen sie im Verhältnis.

Die 116117 ist ausschließlich auf die Bedarfe der Versorgung von Patienten mit nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen ausgerichtet. Die 112 – hingegen als Rufnummer für Vorfälle der Gefahrenabwehr einschließlich des Katastrophenschutzes – soll weiterhin auf akut lebensbedrohliche Fälle sowie (Groß-) Ereignisse ausgerichtet bleiben (z. B. Feuer, Sturmschäden, Verkehrsunfälle). Dies gilt umso mehr, als die notwendige Weiterleitung lebensbedrohlicher Fälle an die 112 durch die Definition von Schnittstellen auch ohne eine solche Integrierbarkeit problemlos möglich ist. Möglicherweise ist die Formulierung „Integrierbarkeit“ in diesem Zusammenhang allerdings auch in einem anderen Sinn zu verstehen. Soweit damit gemeint sein sollte, dass eine Verzahnung im Sinne einer 24/7 Vernetzung dieser beiden Nummern erfolgen soll, in dem Sinn, so dass eine kooperative Kontaktaufnahme zwischen 116117 und 112 durch Übergabe und Weitervermittlung je nach Dringlichkeit bzw. fehlender Dringlichkeit zur jeweils anderen Nummer erfolgen soll, begrüßt die KBV eine solche Möglichkeit ausdrücklich.

Aufgrund der Weiterleitung von 116117-Anrufern an die 112 in lebensbedrohlichen Fällen, die heute bereits an vielen Standorten regelhaft stattfindet, ist durch eine Gesetzesänderung sicherzustellen, dass im Rahmen der 116117 die kontinuierliche Mitgabe des Anrufstandorts (Mobilfunkortung) ermöglicht wird. Nur durch eine gesetzliche Gleichstellung der 116117 mit der 112 ist eine effektive Notfallversorgung auch durch die 116117 möglich.

Hinzuweisen ist weiterhin darauf, dass die durch den Gesetzgeber erkannte notwendige Ausbudgetierung der Leistungen, die auf Vermittlung der TSS zustande kommen, zwingende Voraussetzung für die Funktionsfähigkeit des Systems und dessen Akzeptanz in der Ärzteschaft ist. Wünschenswert wäre insofern, dass sämtliche Leistungen in der Folge der Vermittlung der TSS 1:1 bezahlt werden.

Die KBV begrüßt die Schaffung einer Richtlinienkompetenz für die bundesweit einheitlich standardisierten Ersteinschätzungsverfahren.

Ebenfalls ist darauf hinzuweisen, dass insbesondere im Hinblick auf die Implementierung in die Praxisverwaltungssysteme (PVS) auf den notwendigen Vorlauf der PVS-Hersteller zu achten sein wird, so dass die Umsetzungsfrist für alle Maßnahmen zum 1. April 2019 jedenfalls im Hinblick auf die Software nicht umsetzbar sein wird (zwei Quartale Vorlaufzeit werden erforderlich sein).

Abschließend sollte darauf geachtet werden, dass durch § 75 SGB V bereits auf Landesebene etablierte Modelle nicht konterkariert werden sollten. Insofern wird angeregt, den Gesamtvertragspartnern

Möglichkeiten zu eröffnen, ergänzende vertragliche Regelungen zu treffen. Auch Finanzierungsmodelle sollten ebenso geregelt werden können, wie eine Finanzierungsmöglichkeit der TSS aus Mitteln des Strukturfonds sinnvoll wäre.

Hinsichtlich der Mitteilung der Sprechstundenzeiten ist es praxisfern, die individuellen Sprechzeiten eines jeden Arztes in Gemeinschaftspraxen oder MVZ zu veröffentlichen. Ausreichend ist die Mitteilung der fachgebietsbezogenen Sprechzeiten der Einrichtung.

Änderungsvorschläge

Allgemein

- › Streichung der Vermittlung einer „dauerhaften Behandlung“.
- › Anpassung der Umsetzungsfristen auf erforderliche Vorlaufzeiten der PVS-Hersteller (Abs. 7a).
- › Öffnungsklausel für ergänzende Vereinbarungen auf Ebene der Gesamtvertragspartner.
- › Aufnahme der TSS in die Finanzierungsmöglichkeiten des Strukturfonds.
- › Gleichstellung der 116117 mit anderen gesetzlich begünstigten Angeboten nach dem Telekommunikationsgesetz.
- › Veröffentlichung der Sprechzeiten nur auf Einrichtungsebene (fachgruppenspezifisch).

Formulierungsvorschlag für die Mobilfunkortung:

In § 75 SGB V wird in Absatz 7 der folgende Satz angefügt:

„Für die bundeseinheitliche Telefonnummer des Bereitschaftsdienstes/der TSS nach Abs. 1a S. 2 gelten die Vorgaben des § 108 Abs. 1 S. 3 und 6 TKG entsprechend.“

§ 75A SGB V – SCHIEDSWESEN

Folgeregelung zum neuen Schiedsgremium § 89a – dreiseitige Vereinbarung zur Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung.

Bewertung

Der Einrichtung einer Schiedsfunktion bedarf es an dieser Stelle nicht, bislang ist es immer gelungen, den dreiseitigen Konsens herzustellen.

Änderungsvorschlag

Streichung.

SELBSTVERWALTUNG

§ 79 SGB V – VERÖFFENTLICHUNG VORSTANDSGEHÄLTER

Die Pflicht zur Veröffentlichung der Vorstandsgehälter in § 79 Abs. 4 S. 9 SGB V wird präzisiert.

Bewertung:

Die gleichlautende Änderung in Bezug auf die Vorstände der Krankenkassen in § 35a Abs. 6 S. 2 SGB IV soll einen Vergleich zwischen den Vorständen der Krankenkassen ermöglichen (Artikel 7 Nr. 1); ein solcher ist jedoch bezogen auf die Kassenärztliche Bundesvereinigung überhaupt nicht möglich (vgl. Nr. 40 b. bb.). Im Übrigen genügt die bisherige Form der Veröffentlichung den Anforderungen an Transparenz und Vergleichbarkeit.

Änderungsvorschlag:

Streichung

§ 79 SGB V – HAFTUNG DES VORSTANDS

Die Haftungsprivilegierung nach § 42 SGB IV (Haftung ausschließlich für Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit) soll nur noch für die Mitglieder der Vertreterversammlung, jedoch im Hinblick auf den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit nicht mehr für den Vorstand gelten.

Bewertung

Die mit der Vorstandstätigkeit verbundenen Risiken bewegen sich in einem wirtschaftlichen Rahmen, in dem ein Einzelner einen potenziellen Schaden kaum aus eigener Leistungsfähigkeit heraus kompensieren kann. Vor diesem Hintergrund bedarf es ohnehin einer Absicherung gegen solche Schadensfälle durch den Abschluss entsprechender Versicherungen. Materiell stellt es keinen Unterschied dar, ob die Körperschaft sich im Wege einer Vermögenshaftpflichtversicherung absichert oder das einzelne Vorstandsmitglied im Wege einer D&O-Versicherung.

Änderungsvorschlag

Streichung

§ 79 I. V. M. § 323 SGB V – VORSTANDSVERGÜTUNG

Eine Erhöhung der Vergütung der Vorstände der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen wird bis zum Jahr 2027 ausgeschlossen und ab diesem Zeitpunkt auf die Entwicklung des Verbraucherindex beschränkt. Zu Beginn einer neuen Amtszeit kann die Aufsichtsbehörde die Absenkung der Vergütung anordnen. Soweit ein Vorstandsmitglied finanzielle Zuwendungen von Dritten im Zusammenhang mit seiner Vorstandstätigkeit erhält, sind diese entweder auf seine Vergütung anzurechnen oder an die Kassenärztliche Bundesvereinigung abzuführen. Vereinbarungen über die Zukunftssicherung der Vorstände der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sollen nur noch auf der Grundlage beitragsorientierter Zusagen zulässig sein.

Bewertung

Die Regelungen stellen einen tiefgreifenden Eingriff in die Vertragsautonomie innerhalb der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen dar.

Das Einfrieren der aktuellen Vorstandsvergütungen über einen Zeitraum von fast zehn Jahren lässt die Aufgabenentwicklung sowie die Preissteigerungen (Inflation) unberücksichtigt. Gerade der lange Zeitraum von 10 Jahren ist dabei völlig abwegig. Ohne Kaufkraftersparnisregelung stellt diese Maßnahme kein

Einfrieren der Gehälter dar, sondern eine reale Absenkung, die im Zeitraum von 10 Jahren einer Größenordnung von 15-30% Kaufkraftverlust betragen würde.

Die Dynamik der Entwicklung in der vertragsärztlichen Versorgung und die aktuellen Herausforderungen (Digitalisierung, Versorgungssteuerung etc.) deuten mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit darauf hin, dass sich das Aufgabenspektrum eines Vorstandsmitglieds qualitativ wie quantitativ verändern wird. Ebenso wenig absehbar ist die Marktentwicklung in den nächsten zehn Jahren. Den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen muss es im Interesse der vertragsärztlichen Versorgung weiterhin möglich sein, Vorstandsmitglieder zu verhandelbaren Konditionen akquirieren zu können. Im Übrigen unterliegen auch nachverhandelte Vergütungserhöhungen dem Zustimmungsvorbehalt der Aufsicht nach § 35a Abs. 6a SGB IV, so dass die rechtliche Überprüfung der Angemessenheit in jedem Einzelfall möglich ist.

Die Möglichkeit der Absenkung der Vergütung durch die Aufsichtsbehörde wird dem Umstand nicht gerecht, dass sich die Vergütung abgesehen von der Verhandlungsposition des Kandidaten an den Aufgaben orientiert, die sich bei künftigen Vorstandsmitgliedern kaum reduzieren dürften.

Soweit Vorstandsmitgliedern aus Aufgaben, die im Zusammenhang mit ihrer Vorstandstätigkeit stehen, Zuwendungen erhalten, leisten sie diese Tätigkeit i. d. R. zusätzlich zu ihren Aufgaben im Rahmen des Vorstandsamtes. Insoweit entsteht der Körperschaft kein wirtschaftlicher Nachteil, so dass eine Anrechenbarkeit oder Abführung der Beträge nicht erforderlich ist.

Gerade während der Niedrigzinsphase stellen sich beitragsfinanzierte Formen der Alterssicherung häufig als wirtschaftlich nachteilig dar. Alternative Varianten wie ein vertraglich vereinbarter Festzuschuss sind ebenfalls konkret bezifferbar und werden ausschließlich während der Amtszeit finanziert.

Änderungsvorschlag

Streichung

VERGÜTUNGSRECHT

§ 87 SGB V – VERGÜTUNG / EBM – ÜBERPRÜFUNG UND AKTUALISIERUNG DES EBM

Überprüfung und Aktualisierung des EBM bezüglich:

- › Bewertung medizinisch-technischer Leistungen zur Nutzung von Rationalisierungsreserven zur Förderung der „sprechenden Medizin“ bis zum letzten Tag des neunten auf die Verkündung folgenden Monats (voraussichtlich 31. Dezember 2019) und das Konzept ist dem BMG bis zum letzten Tag des dritten auf die Verkündung folgenden Monats (voraussichtlich 30. Juni 2019) vorzulegen; dabei Mengensteuerung vorzusehen.
- › Zuschlag auf die Versichertenpauschale für die erfolgreiche Terminvermittlung des Hausarztes bei dringlich notwendiger Facharztbehandlung in Höhe von mindestens 5 Euro (voraussichtlich bis 1. Juli 2019).
- › Zuschlag auf die Versicherten- und Grundpauschalen der grundversorgenden und an der unmittelbaren Versorgung teilnehmenden Facharztgruppenpauschalen für die Behandlung von neuen Patienten in Höhe von mindestens 25 % (voraussichtlich ab 1. Juli 2019).
- › Zuschlag auf die Grundpauschalen der grundversorgenden und an der wohnortnahen Versorgung teilnehmenden Facharztgruppen in der offenen Sprechstunde, die zusätzlich zum Umfang von 20 Pflicht-Wochenstunden (zehn bei halbem Versorgungsauftrag) erbracht und abgerechnet werden in Höhe von mindestens 15 %; begrenzt auf 5 offene Sprechstunden; bei Fachärzten (außer Augen- und Frauenärzten) gilt Überweisungsvorbehalt.

Bewertung

Insgesamt ist der Bewertung der Regelungen des § 87 SGB V voranzustellen, dass einzelne Regelungen aus Sicht der KBV ohne sachliche Rechtfertigung weitgehende Eingriffe in die Selbstverwaltung vorsehen. Dies zeigt sich beispielhaft an der Vorgabe zur Konzepteinreichung in § 87 Abs. 2 S. 3 SGB V des Entwurfes. Darüber hinaus findet sich die Vorgabe eines niedrigen Preises für die Vermittlung eines „dringlichen Termins“ und ist zudem in den Zugriffsmöglichkeiten der Rechtsaufsicht auf das Institut des Bewertungsausschusses zu belegen. Die KBV ist der Auffassung, dass die bewährten Instrumente des Leistungserbringerrechts in ihren Kompetenzen unangetastet bleiben sollten.

Im Hinblick auf die Anpassung zur Bewertung der Leistungen ist die KBV der Auffassung, dass die getroffenen Vorgaben dem Grunde nach der durch den Bewertungsausschuss derzeit diskutierten EBM-Reform entsprechen. Die Fixkostendegression wird in den Bereichen, bei denen eine lange Wartezeit schon heute existiert oder aufgrund der Erkrankungen (z. B. Strahlentherapie) eine kurzfristige Behandlung erfordert, abgelehnt. Eine Überprüfung, auch dieser Leistungen, findet im Rahmen der EBM-Reformen ohnehin statt.

Im Hinblick auf den Zuschlag für die Vergütung für Neupatienten wird aus Sicht der KBV darauf zu achten sein, dass es nicht zu einer gleichzeitigen Absenkung der Bewertung der bisherigen Grundpauschalen kommen darf. Denn genau das passiert bei mengenmäßiger Zunahme von Patienten.

Aus Sicht der KBV ist der Zeitraum von vier Jahren in der Definition von Neupatienten in der Gesetzesbegründung (S. 124) zu weit gefasst. Insbesondere bei Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen, die grundsätzlich beim Hausarzt in Behandlung sind, treten häufig nach einem Jahr so gravierende Änderungen auf, dass dies einem Neupatienten gleichzusetzen ist. Ferner bedauert die KBV, dass Patienten, die wegen einer neu aufgetretenen Krankheit in einer bereits von ihnen aufgesuchten Praxis ärztlich behandelt werden, nicht mehr von der Definition eines Neupatienten erfasst werden.

Darüber hinaus ist – insbesondere im Hinblick auf die Erfordernisse der primärärztlichen Versorgung – dafür Sorge zu tragen, dass die Versorgung chronisch kranker und multimorbider Patienten sachgerecht honoriert wird, damit die Behandlung nachgewiesener behandlungsbedürftiger Patienten künftig angemessen vergütet wird. Dies wird insbesondere dann gelingen, wenn auch für diese Patienten eine entsprechende Regelung sowie eine Aufnahme in den Katalog des § 87a Abs. 3 S. 5 SGB V, getroffen wird.

Die Vergütungsregelung zum dringlichen Termin wird von der KBV abgelehnt: Die hier durch den Gesetzgeber vorweggenommene Vergütungshöhe von 5 Euro wird einer medizinisch sinnvollen Leistung nicht gerecht. Insofern ist darauf hinzuweisen, dass für medizinisch qualifizierte Vermittlungsleistungen in einigen KV-Bezirken eine sachgerechte Vergütung i. H. v. 10 Euro vereinbart wurde. Eine Leistung jedoch, die auf 5 Euro bewertet ist, kann nur eine bloß administrative Leistung sein, die im Ergebnis dringend benötigte hausärztliche Ressourcen fehlalloziert.

Die „offene Sprechstunde“ als verpflichtendes Angebot wird von der KBV abgelehnt. Aus Sicht der KBV bedarf eine moderne Versorgung grundsätzlich mehr und nicht weniger Steuerung. In diesem Sinne sind in der jüngeren Vergangenheit die Vertragsärzte sinnvollerweise zu einer Steuerung von Terminen übergegangen, die letztlich auch für die Patienten (geringe Wartezeiten) wünschenswert ist und immer Raum für Behandlungen von Akutfällen gelassen hat. Insofern sollte der Gesetzgeber die Sinnhaftigkeit der entsprechenden Regelungsvorschläge überprüfen.

Es erscheint aber sinnvoll, den Ärzten das Instrument der „offene Sprechstunde“ zuzüglich der entsprechenden extrabudgetären Zuschläge optional zur Verfügung zu stellen. Ärzte, die zur Vermeidung von langen Wartezeiten für ihre Patienten eine offene Sprechstunde anbieten wollen, können dies dann tun und erhalten in diesem Fall für ihre Mehrarbeit die extrabudgetären Zuschläge. Ärzte, bei denen die offene Sprechstunde aber zu einer „Chaotisierung“ der Praxisabläufe führen würde, werden dagegen nicht gezwungen, eine offene Sprechstunde einzurichten.

Die im Regierungsentwurf vorgesehene Differenzierung zwischen haus- und fachärztlichem Versorgungsbereich, dass Zuschläge für offene Sprechstunden nur noch für den fachärztlichen Versorgungsbereich vorgesehen sind, wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entschieden abgelehnt. Die hausärztliche Versorgung wird mit dem Vorschlag von dem Anreiz zur Verbesserung der Versorgung von GKV-Versicherten abgeschnitten. Sofern der Gesetzgeber hier Verbesserungsnotwendigkeiten sieht, kann der hausärztliche Versorgungsbereich, der wesentlich zur Umsetzung beitragen müsste, nicht übergangen werden.

Zuletzt ist darauf hinzuweisen, dass die KBV die Schaffung weitergehender Eingriffsmöglichkeiten der Rechtsaufsicht in Angelegenheiten der Selbstverwaltung (Zugriff auf das Institut des Bewertungsausschusses nach Abs. 6 S. 5) strikt ablehnt.

Änderungsvorschläge

§ 87 Abs. 2 S. 3

Streichung der Konzepteinreichung an das BMG in § 87 Abs. 2 Satz 3.

§ 87 Abs. 2b S. 3

Statt der Formulierung „die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals untersucht und behandelt werden“ sollte der Gesetzestext den Begriff des „Neupatienten“ verwenden.

§ 87 Abs. 2b S. 3 Nr. 2 (Vermittlungsleistungen für „dringliche Termine“)

Streichung.

§ 87 Abs. 2b

Aufnahme einer zusätzlichen Regelung zur Bewertung von Leistungen bei der Behandlung von chronisch kranken und multimorbiden Patienten.

§ 87 Abs. 2c:

Streichung der Regelung zur „offenen Sprechstunde“.

§ 87 Abs. 6 S. 6

Streichung.

§ 87 SGB V – VERGÜTUNG / EBM – ÄNDERUNG DER ZUSAMMENSETZUNG DES ERGÄNZTEN ERWEITERTEN BA

Bewertung

Beibehaltung des bisherigen ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses, da für eine Änderung keine Notwendigkeit gesehen wird.

§ 87A SGB V – EXTRABUDGETÄRE UND ZUSÄTZLICHE VERGÜTUNG

Extrabudgetäre und zusätzliche Vergütung ärztlicher Leistungen

- › die nach Vermittlung durch die TSS der KVen durchgeführt werden (TSS-Termin-Fall und TSS-Akut-Fall),
- › für die erfolgreiche Vermittlung eines dringlichen Behandlungstermins beim Facharzt durch den Hausarzt,
- › die nach Vermittlung durch den Hausarzt erbrachten fachärztlichen Leistungen, bei Behandlung neuer Patienten sowie
- › in der offenen fachärztlichen Sprechstunde.

Bewertung

Grundsätzlich begrüßt die KBV die in den Änderungsvorschlägen zu § 87a SGB V zum Ausdruck kommende Erkenntnis des Gesetzgebers, dass zusätzliche ärztliche Leistungen mit Vergütungsregelungen korrespondieren müssen, die die ärztliche Leistungsbereitschaft fördern und nicht hemmen.

Allerdings ist die KBV besorgt, dass die so durch den Gesetzgeber gewünschte Honorierung der Leistungsbereitschaft (um den durch den Gesetzgeber gewünschten Mehrbedarfen entgegenzukommen) seitens der gesetzlichen Krankenkassen konterkariert werden wird. Die Sorge wird seitens des Gesetzgebers offenbar geteilt, wie mit Vorlage des Regierungsentwurfes deutlich wird. Die Umstrukturierung des finanziellen Anreizes führt für die Versorgung von Neupatienten einerseits und im Rahmen einer fachärztlichen offenen Sprechstunde andererseits zu Zuschlägen, die in der Begründung der gesetzlichen Änderungen als extrabudgetär zu vergüten und so auch in dem Änderungsvorschlag zu § 87a SGB V formuliert sind. Im Rahmen des gesetzlichen Handlungsspielraums führen die Änderungen im Regierungsentwurf gegenüber dem Referentenentwurf zu einer Verringerung des Risikos, dass den vom Gesetzgeber gewünschten Anreizwirkungen seitens der gesetzlichen Krankenkassen entgegengearbeitet wird. Die neuen Formulierungen bieten aber auch nach diesen Änderungen einen Spielraum, der dazu führen könnte, dass die durch den Gesetzgeber gewünschte Steigerung des Leistungsangebotes nicht bei den Versicherten ankommen.

Um dies zu verhindern, sollte aus Sicht der KBV unmissverständlich klargestellt werden, dass die durch den Gesetzgeber gewünschten finanziellen Mittel auch tatsächlich und in voller Höhe in der ambulanten Versorgung ankommen. Dies kann insbesondere dann gelingen, wenn klargestellt wird, dass es sich bei den so entstehenden Leistungen um eine echte Ausweitung des ärztlichen Angebots handelt und eine Abwertung vorhandener ähnlicher Leistungen sowie eine Bereinigung des Behandlungsbedarf nicht in Betracht kommen – hiermit würde einer bloßen Verschiebung von Finanzmitteln wirksam begegnet werden.

Im Hinblick auf die einzelnen entbudgetierten Leistungen sollte aus Sicht der KBV zum einen gewährleistet werden, dass veranlasste ärztliche Leistungen in die entsprechenden Kataloge einbezogen sind und zum anderen die Anwendungsbereiche der EGV-Regelungen möglichst weit gefasst werden, damit das versorgungspolitisch gewollte Ziel erreicht werden kann.

Zudem sollte klargestellt werden, dass bei einer Vermittlung eines Akutfalles in eine Notfallambulanz eines Krankenhauses dieses Krankenhaus nicht berechtigt ist, den Akutfall extrabudgetär abzurechnen. Durch das TSVG soll der vertragsärztliche Bereich in der Versorgung von Akutfällen gestärkt werden. Eine Öffnung der Krankenhäuser zu einer umfassenden Akutversorgung ohne die Restriktionen der Notfallbehandlung würde diesem Regelungsziel zuwiderlaufen. Daher muss die Abrechenbarkeit einer Akutversorgung ausschließlich auf vertragsärztliche Leistungserbringer beschränkt bleiben. Krankenhäuser dürfen auch bei einer

Vermittlung durch die TSS in Akutfällen keine Leistungen über eine Notfallbehandlung hinaus erbringen. In diesem Zusammenhang ist auch in der Gesetzesbegründung folgender Satz zu streichen: „Sofern die Terminservicestellen Akutfälle an Krankenhäuser vermitteln müssen, bleibt es bei der geltenden Rechtslage nach § 76 Abs. 1a in Verbindung mit § 120 Abs. 3a.“ Diese Aussage läuft der Intention des Gesetzgebers des TSVG zuwider. Es ist gerade in § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 3 gesetzlich vorgesehen, dass die TSS in bestimmten Akutfällen Versicherte in eine Notfallambulanz eines Krankenhauses vermittelt. Dieses gewünschte Verhalten der TSS kann nicht zu finanziellen Sanktionen für den vertragsärztlichen Sektor führen.

Weiterhin sollte durch die Ergänzung einer Ermächtigungsregelung in § 87a SGB V erreicht werden, dass von den Gesamtvertragspartnern gewünschte Versorgungsmodelle auf Landesebene (etwa zu Notdienst- und Bereitschaftsleistungen und deren Strukturen oder zu neuen Leistungen) erhalten bleiben und zudem eine hinreichende Ermächtigungsgrundlage erlangen. Hiermit kann der aktuellen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts wirksam begegnet werden, die eine Möglichkeit der Gesamtvertragspartner verneint hatte, Maßnahmen für eine finanzielle Förderung von besonderen Versorgungsangeboten zu beschließen.

Änderungsvorschläge

§ 87a Abs. 3 S. 5

Aufnahme einer Regelung für Leistungen bei chronisch kranken und multimorbiden Patienten.

Formulierungsvorschlag: Aufnahme eines neuen § 87a Abs. 2a S. 4:

„Die Gesamtvertragspartner können aufbauend und ergänzend zum einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen Regelungen zur Vergütung vereinbaren, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern.“

§§ 87A/295 ABS. 4 SGB V – WEGFALL DER DEMOGRAFISCHEN VERÄNDERUNGSRATE, BERÜCKSICHTIGUNG DER KODIEREFFEKTE UND EINFÜHRUNG VON KODIERREGELN

- › Einführung von verbindlichen Regelungen für die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen/Prozeduren,
- › Bestimmung der Veränderung der Morbiditätsstruktur ausschließlich mit der diagnosenbezogenen Veränderungsrate,
- › Berücksichtigung der Kodiereffekte bei der Bestimmung der diagnosenbezogenen Rate für den Zeitraum der Umstellung.

Bewertung

Zunächst möchten wir darauf aufmerksam machen, dass die Vertragsärzteschaft in der Vergangenheit vehement die Einführung von verbindlichen Regelungen zur Kodierung abgelehnt hat. In diesem Zusammenhang verweisen wir insbesondere auf die Bundestags-Petition 15520 „Ärzte - Stopp der ambulanten Kodierrichtlinien“.

Die KBV befürwortet daher nicht die Einführung solcher Regelungen.

Andererseits begrüßt sie es aber, die diagnosenbezogene Rate zur Grundlage für die Bestimmung der Veränderung der Morbiditätsstruktur zu machen und die Veränderung der Morbiditätsstruktur nicht mehr als gewichtete Zusammenfassung einer demografischen Rate und einer diagnosenbezogenen Rate zu bestimmen. Damit wird der Morbiditätsbezug bei der Anpassung des Behandlungsbedarfs aufgrund von Veränderungen der Morbiditätsstruktur gestärkt.

Allerdings sollte diese Änderung nicht erst ab dem Jahr 2028, wie vom Gesetzgeber vorgesehen, sondern zeitgleich mit der Einführung der Regelungen zur Kodierung zum 1. Januar 2022 umgesetzt werden. Dies ist eine wichtige Maßnahme, wenn unter der Vertragsärzteschaft eine Akzeptanz für die verbindlichen Vorgaben zur Kodierung gewonnen werden soll.

Die KBV sieht zudem die Notwendigkeit, Maßnahmen für Kodiereffekte, die durch die Einführung der verbindlichen Regelungen und Prüfmaßstäbe für die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren entstehen könnten, zu ergreifen. Hierzu sollte der Bewertungsausschuss entsprechende Maßnahmen beschließen. Die KBV hält es für sinnvoll, im Umstellungszeitraum weitere Morbiditätsindikatoren wie z. B. Fallzahlen und Wirkstoffgruppen der verordneten Arzneimittel bei der Bestimmung der diagnosenbezogenen Veränderungsrate einzubeziehen. Die Möglichkeit, die diagnosebezogene Veränderungsrate mit anderen Morbiditätsindikatoren überprüfen zu können, in die Gesetzesbegründung aufgenommen werden.

Änderungsvorschlag

Änderung und Anpassung der gesetzlichen Vorgaben zum 1. Januar 2022 (Seite 1.1.5 des Anhangs).

SCHIEDSWESEN

§ 89 SGB V – ÄNDERUNGEN ZUM (ZWEISEITIGEN) SCHIEDSAMT

§ 89A SGB V – NEUES SEKTORENÜBERGREIFENDES SCHIEDSAMT

Bewertung

Die im Entwurf enthaltenen Regelungsvorschläge zum Schiedsamt sowie zum sektorenübergreifenden Schiedsamt werden von der KBV insgesamt abgelehnt.

Im Hinblick auf die Regelungen zum Schiedsamt ist dabei festzuhalten, dass diese auf eine Schwächung der bewährten Strukturen der Selbstverwaltung hinauslaufen und letztlich eine Stärkung der Rolle des BMG in Richtung einer Fachaufsicht unterstützen. Dabei ist besonders zu betonen, dass die einzelnen Regelungsvorschläge nicht einmal sachgerecht sind, so sie – wie etwa in der Konsequenz der Anrufung des Schiedsamtes durch die Aufsicht selbst – dazu führen, dass auch Deeskalationen (der Vertragspartner) verunmöglicht werden.

Das neue dreiseitige Schiedsamt wird abgelehnt, da für seine Schaffung keine Notwendigkeit gesehen wird. Die bisherige Schiedsstruktur hat sich aus Sicht der KBV bewährt und sollte beibehalten werden.

Änderungsvorschläge

§ 89a Abs. 5 S. 5

Streichung.

§ 89 Abs. 3 S. 2, § 89a Abs. 3 S. 2

Streichung.

§ 89 Abs. 6 S. 2, § 89a Abs. 6 S. 2

Beibehalt des Losentscheids und Erstreckung auf sektorenübergreifendes Schiedsgremium.

§ 89 Abs. 8 S. 4, Abs. 9 S. 2, § 89a Abs. 8 S. 3, Abs. 9 S. 2

Streichung.

§ 89 Abs. 9 S. 3, 89a Abs. 9 S. 3

Streichung.

§ 89 Abs. 10 S. 4, 89a Abs. 10 S. 4 SGB V, § 6 Abs. 1 S. 3 Schiedsamtsverordnung

Streichung.

§ 89a

Beibehaltung der bisherigen Systematik.

PSYCHOTHERAPEUTISCHE VERSORGUNG

§ 92 ABS. 6A SGB V – ÄNDERUNG DER PSYCHOTHERAPIE-RICHTLINIE

Bewertung

Der G-BA soll in den Richtlinien Regelungen für eine gestufte und gesteuerte Versorgung für die psychotherapeutische Behandlung einschließlich Anforderungen an die Qualifikation der Therapeuten aufnehmen. Erst Anfang 2017 erfolgte eine umfassende Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinie, die in Teilen mit den Elementen Sprechstunde, Akutversorgung etc. bereits eine gestufte Versorgung vorsieht. Zum jetzigen Zeitpunkt liegen hierzu noch keine Evaluationsergebnisse vor. Daher erscheint eine erneute Umstrukturierung, ohne Ergebnisse der aktuellen Strukturreform zu kennen, nicht zielführend. Die vorliegende Änderung kann nunmehr dazu führen, dass Patienten mit psychischen Erkrankungen längere Versorgungswege zugemutet werden und der Zugang zur Versorgung für diese Patientengruppe damit nicht verbessert, sondern verschlechtert wird. Die Schaffung hierarchischer Zuweisungswege stellt außerdem die bestehende Qualifikation der Vertragsärzte und Psychotherapeuten in Frage und spricht diesen die Fähigkeit zur indikationsgerechten Versorgung ab. Nicht zuletzt existiert mit dem Gutachterverfahren ein bewährtes Steuerungselement, um den Zugang zu einer längerfristigen psychotherapeutischen Versorgung zu regeln.

Gleichwohl erfordert die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit neurologischen und psychischen Erkrankungen oftmals eine interdisziplinäre Komplexbehandlung unter Einbeziehung individuell angepasster Behandlungselemente. Eine einseitige Fokussierung auf eine gestufte psychotherapeutische Behandlung erscheint hier nicht zielführend. Die ambulante Versorgung dieser Patientinnen und Patienten umfasst vertragsärztliche neurologische, psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung, tagesklinische und rehabilitative Angebote, neuropsychologische Behandlung sowie auch sozialpsychiatrische und komplementäre wohnortnahe Angebote. Diese müssen im Sinne einer ambulanten Komplexbehandlung interdisziplinär koordiniert werden, zum Teil berufsgruppenübergreifend gestaltet sein und auch ergänzende niederschwellige Angebote umfassen. Für die vom Gesetzgeber intendierte Verbesserung der Versorgung sind daher die strukturellen Voraussetzungen für eine vernetzte Behandlung in der ambulanten Regelversorgung auszubauen und die dafür notwendigen Kommunikations- und Kooperationsleistungen zwischen den beteiligten Leistungserbringern zu etablieren. Dies führt auch zu einem effizienteren Einsatz von Ressourcen und damit zur erwünschten Verbesserung hinsichtlich der Gewährleistung eines dem individuellen Behandlungsbedarf entsprechenden zeitnahen Behandlungszugangs. Als Regelungsort erscheint der Bundesmantelvertrag geeigneter, da hier bereits viele interdisziplinär-koordinative Versorgungsaufträge verortet sind.

Änderungsvorschlag

§ 92a Abs. 6a

Streichung des neu angefügten Satzes

§ 87 Abs. 1c (neu)

Die Partner des Bundesmantelvertrags werden beauftragt, Regelungen für eine interdisziplinäre koordinierte und strukturierte Versorgung von Menschen zu entwickeln, die auf Grund neurologischer oder psychischer Krankheiten einen komplexen Behandlungsbedarf haben.

REGELUNGEN IM BEREICH MVZ / ZULASSUNG

§ 95 SGB V – MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTREN (MVZ)

- › Zur Sicherstellung der Versorgung wird das Potential anerkannter Praxisnetze weitgehend genutzt und diesen die Möglichkeit gegeben, in unterversorgten Regionen MVZ zu gründen.
- › Um Einfluss von reinen Kapitalinvestoren zu begrenzen, wird die Möglichkeit von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen, MVZ zu gründen, auf fachbezogene MVZ beschränkt.
- › Klarstellung, dass eine Trägerstellung auch mehrere MVZ tragen kann.
- › Klarstellung, dass die im Gesetz für den Fall einer MVZ-Zulassung als GmbH genannten Sicherheitsleistungen gleichwertig und optional nebeneinanderstehen.
- › Kein Zulassungsentzug nach Ausscheiden (z. B. aus Altersgründen) aller Gründer eines MVZ, wenn angestellte Ärzte Gesellschafteranteile übernehmen, solange sie im MVZ tätig sind.
- › Ruhen und Entzug von ¼-Versorgungsaufträgen bei Vertragsärzten

Bewertung

Die entworfenen Regelungen im Bereich des MVZ begründen in Teilbereichen erhebliche Sorgen der KBV. Zu befürchten ist, dass Netze mit dieser Regelung Gegenstand unternehmerischer Strategien werden, die die Versorgung ganzer Gebiete unter Kontrolle bekommen wollen. Insofern ist die Gründung von Einrichtungen von Netzen im Einklang mit der KV gemäß § 105 Abs. 5 SGB V der geeignetere Weg, um die Versorgung in unterversorgten Gebieten zu stärken. Unbenommen davon ist zu fordern, die KVen selbst in den Kreis der Gründungsberechtigten aufzunehmen, die dadurch den Weg junger Ärztinnen und Ärzte in die Selbständigkeit begleiten könnten.

Begrüßt werden demgegenüber die Teile des Entwurfs, die die Nachfolgeregelungen in den MVZ begünstigen, indem sie die Problematik des Zulassungsentzugs beim Ausscheiden aller Gründer eines MVZ auflösen. Der vorliegende Gesetzesentwurf bezieht sich auf das Ausscheiden des nach gegenwärtigem Recht gründungsberechtigten Arzt oder Psychotherapeuten aus dem MVZ. Spätere Folgeübertragungen auf künftige im MVZ angestellte Ärzte sind davon nicht sicher erfasst. Nach Auffassung der KBV geht die Regelung dem Grunde nach noch nicht weit genug: Aus Sicht der KBV sollten weitere Maßnahmen ergriffen werden, um die Rolle der selbständigen Ärzte im Allgemeinen und im Zusammenhang mit den MVZ im Besonderen zu stärken und auf diese Weise eine leistungsfähige ambulante Struktur sicherzustellen. Ebenfalls begrüßt wird die Regelung zu den nichtärztlichen Dialyseeinrichtungen, die aus Sicht der KBV eine sachgerechte Beschränkung des Einflusses reiner Kapitalinvestoren bewirken wird.

Im Hinblick auf derzeitige Diskussionen in den Ländern wird seitens der KBV angeregt, Genossenschaften mit GmbHen hinsichtlich der zu erbringenden Sicherheiten gleichzustellen.

Die KBV weist darauf hin, dass in der Ärzteschaft die Rolle von investorengesteuerten Krankenhäusern als MVZ-Gründer mit Sorge gesehen wird. Eine Lösung wäre hier, die Gründereigenschaft von Krankenhäusern in räumlicher Hinsicht auf ihren Einzugsbereich zu beschränken und in fachlicher Hinsicht auf die im Krankenhaus selbst angebotenen Leistungen zu begrenzen.

Aus Sicht der KBV besteht darüber hinaus kein Sachgrund zur Reformierung der Überwachung des Versorgungsauftrages. Insofern sind weder von Seiten der Patienten noch der Bundesländer Beschwerden über das bestehende Verfahren der regionalen Umsetzung bekannt. Insofern sollte von der vorgesehenen Regulierung Abstand genommen werden.

Darüber hinaus spricht gegen den Regelungsvorschlag, dass durch ihn erhebliche Fragestellungen offenbleiben: Der Umgang mit (regional sehr unterschiedlich ausgeprägten) Selektivverträgen oder aber der Umgang mit Leistungen, für die keine Zeiten hinterlegt sind, wird demzufolge schon für sich erhebliche Umsetzungsschwierigkeiten bereiten.

Der Entzug von ¼-Versorgungsaufträgen führt neben der Streitanzfälligkeit von Entziehungsverfahren zu einer Kette zulassungsrechtlicher Fragen hinsichtlich des Teilnahmeumfangs von selbstständigen Vertragsärzten. Aus diesem Grund wird die Streichung dieser Regelung angeregt.

Änderungsvorschlag

§ 95 Abs. 1a

- › Streichung der Praxisnetze (gegebenenfalls Anpassung des § 105 Abs. 5 SGB V zielführender, wonach dann die KV entscheiden kann, wo aus Versorgungsgründen anerkannte Praxisnetze Einrichtungen betreiben können).
- › Schaffung einer MVZ-Gründungsberechtigung für KVen.
- › Beschränkung der Gründereigenschaft von Krankenhäusern in räumlicher und fachlicher Hinsicht.

§ 95 Abs. 2

Einfügung einer Regelung für Genossenschaften.

§ 95 Abs. 3

Streichung der Änderungen.

§§ 95 Abs. 5, S. 2 und Abs. 6, S. 2: Streichung

BEDARFSPLANUNG

§ 96 SGB V – LÄNDER IN ZULASSUNGSAUSSCHÜSSEN

Korrespondierend mit der Schaffung zusätzlicher Arztsitze in den von Ländern bestimmten Regionen (§ 103) erhalten die Länder ein Mitberatungsrecht in den Zulassungsausschüssen.

Bewertung

Mit der Gesetzesänderung wird ein Mitberatungsrecht der Länder in den Zulassungsausschuss eingeführt. Zu befürworten ist dabei, dass das im Referentenentwurf vorgesehene Antragsrecht der Länder auf ein Recht zur Stellung „verfahrensleitender Anträge“ reduziert wurde. Aber auch bei dem nun vorgesehenen Mitberatungsrecht und Recht auf Stellung „verfahrensleitender Anträge“ steht eine „Politisierung“ der Beratungen zu befürchten, die den Grundcharakter der Delegation von Ausführungsaufgaben durch den Gesetzgeber an die Selbstverwaltung konterkariert. Selbstverwaltungsautonomie wird damit im Ergebnis durch Staatsdirigismus ersetzt, der allerdings nicht mit einer gleichzeitigen finanziellen Verantwortung einhergeht. Insofern wird der Regelungsentwurf durch die KBV abgelehnt.

Änderungsvorschlag

Streichung

§ 101 ABS. 1 SGB V – FRISTANPASSUNG

Es erfolgt eine Fristanpassung für die Überprüfung und Weiterentwicklung der Bedarfsplanungs-Richtlinie durch den G-BA (bis Mitte 2019 auf der Grundlage der für Herbst 2018 geplanten Veröffentlichung des dazu beauftragten umfangreichen wissenschaftlichen Gutachtens). Ferner werden die Regelungskompetenzen des G-BA angepasst: Innerhalb einzelner Arztgruppen können nach Fachrichtungen oder Fachgebieten differenzierte Mindest- oder Höchstversorgungsanteile festgelegt werden.

Bewertung

Der Entwurf greift Vorschläge des G-BA zum Teil auf und ist zu begrüßen. Insbesondere erscheint die Möglichkeit sinnvoll, bei größeren Arztgruppen (z. B. Internisten) Schwerpunktkompetenzen künftig besser berücksichtigen zu können. Neu eingeführt wird der Begriff der „Fachrichtung“, der weder im Weiterbildungsrecht noch im Zulassungsrecht normativ hinterlegt wird. Um Auslegungsprobleme zu vermeiden sollte deshalb der Begriff „Fachrichtung“ gestrichen werden. Ergänzend sollten Hinweise zu Nachbesetzungsverfahren (§ 103 SGB V) durch den G-BA ermöglicht werden. Entsprechende Richtlinienänderungen waren im Januar 2018 durch das BMG aufgrund fehlender gesetzlicher Anleitung abgelehnt worden.

Änderungsvorschläge

- › Streichung des Begriffs der Fachrichtung.
- › Ergänzung um Hinweise zur Nachbesetzung.

§ 103 SGB V – ZULASSUNG

Befristete Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen für Rheumatologen, Psychiater und Pädiater bis der gesetzliche Auftrag an den G-BA zur Überprüfung der Bedarfsplanungs-Richtlinie umgesetzt ist.

Aufhebung der Zulassungssperren durch Länder: Länder können trotz Zulassungsbeschränkungen für Planungsbereiche Gebiete identifizieren, für die der Landesausschuss zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten ausweisen soll.

Bewertung

Die Regelungsentwürfe zu § 103 SGB V sind in vielerlei Hinsicht hochproblematisch, da ein sehr stark dirigistisches Moment durchscheint, das allerdings in der Praxis nicht dazu führen wird, bestehende Versorgungsprobleme zu beseitigen.

Zunächst ist die Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) zur Finanzierung zusätzlicher Arztstellen bei Fachärzten für innere Medizin und Rheumatologie, für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinderärzten grundsätzlich positiv zu sehen, da diese durchweg „neue“ Patienten behandeln werden. Folgetermine werden jedoch aus der budgetierten Gesamtvergütung beglichen werden müssen. Insofern ist eine sockelwirksame, nachhaltige Finanzierung dieser neuen Zulassungen erforderlich.

Allerdings wird die Öffnung der Zulassungssperre in § 103 Abs. 1 SGB V für die dort genannten Arztgruppen abgelehnt. Aus Sicht der KBV besteht für benötigte Zulassungen in diesen Bereichen mit dem Instrument der Sonderbedarfszulassung – die gleichzeitig auch entsprechend finanziert werden muss – das bessere Instrument, um dem durch den Gesetzgeber festgestellten Mangel zu begegnen. Es ist davon auszugehen, dass die unkonditionierte Öffnung des gesamten Bundesgebietes zur Niederlassung in den drei Fachgebieten sämtliche Steuerungswirkungen der Bedarfsplanung konterkariert und Niederlassungen vorzugsweise dort erfolgen, wo heute schon aufgrund der Attraktivität von Gebieten hohe Arztdichten zu verzeichnen sind.

Als besonders problematisch erweist sich aus Sicht der KBV die Entwurfsfassung des § 103 Abs. 2 SGB V: Durch diese rechtstechnisch die Regelungsabläufe verdreht darstellende Vorschrift wird offenbar, dass der Landesausschuss faktisch lediglich Vollzugsorgan der Entscheidungen der Aufsicht sein wird. Außerdem äußert sich weder der Gesetzestext noch die Begründung dazu, welche praktische Bedeutung neben dieser Regelung die Feststellung des Landesausschusses gemäß § 100 Abs. 3 SGB V von zusätzlichem lokalem Versorgungsbedarf in gesperrten Planungsbereichen zukünftig haben soll. Ohne wirkliches Mitspracherecht der Selbstverwaltung kann das Land nach dieser Regelung ohne Kostenverantwortung Regionen ausweisen, für die zusätzliche, nicht dauerhaft gegenfinanzierte Arztsitze in vergleichsweise noch dicht versorgten Planungsbereichen vorzusehen sind. Sowohl unter Gesichtspunkten der Versorgungsorientierung als auch der Selbstverwaltungsautonomie ist dieser Staatsdirigismus abzulehnen. Zudem geht die Regelung mit keiner finanziellen Verantwortung der Länder einher.

Änderungsvorschläge

- › Verzicht auf die Aufhebung der Zulassungssperre zugunsten des Instruments der Sonderbedarfszulassung sowie des Instrumentes des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs bei gleichzeitiger Finanzierung der entsprechenden Arztstellen.
- › Streichung der Regelung zur Möglichkeit der Länder, Zulassungsbeschränkungen aufzuheben.

§ 103 SGB V – MVZ / ANGESTELLTE ÄRZTE

- › Der Zulassungsausschuss hat im Rahmen eines Nachbesetzungsverfahrens ausgeschriebenen Vertragsarztsitz das besondere Versorgungsangebot des MVZ und künftig von anstellenden Vertragsärzten zu berücksichtigen.
- › Klarstellung, dass ein Vertragsarzt auf Zulassung zugunsten eines in einem anderen Planungsbereich gelegenen MVZ verzichten kann, wenn er ausschließlich in der Zweigpraxis des MVZ in seinem bisherigen Planungsbereich tätig wird.
- › Die bisherige Möglichkeit zur Nachbesetzung einer Angestellten-Arztstelle wird auf ein sachgerechtes Maß beschränkt; der Zulassungsausschuss prüft künftig den Bedarf für die Nachbesetzung (allerdings nur das „ob“ und nicht das „wie“ der Nachbesetzung, damit das MVZ angestellte Ärzte weiterhin selbst auswählen kann).

Bewertung

Der Regelungsentwurf des § 103 Abs. 4a S. 3 SGB V wird begrüßt. Mit dieser Regelung wird das Angestellten-Nachbesetzungskarussell in Großgruppen, wie den Internisten oder Nervenärzten, unterbunden. Der Gesetzgeber setzt damit seit langem geäußerte Forderungen aus dem KV-System um. Der Verweis auf die Quotierungsregelung weist dem Zulassungsausschuss den erforderlichen Spielraum zu, um die Ausgewogenheit des ärztlichen Angebots zu wahren.

Die KBV befürwortet ausdrücklich den Vorschlag des Regierungsentwurfs in § 103 Abs. 5, Nr. 9 SGB V, dass neben MVZ auch anstellende Vertragsärzte das Recht erhalten, auch ohne konkreten Kandidaten einen Zulassungsantrag zu stellen. Diese bislang nicht zu begründende Ungleichbehandlung von zugelassenen Vertragsärzten wird damit beseitigt.

Änderungsvorschläge

§ 103 Abs. 1

Aufhebung der Zulassungssperren nur für ländliche beziehungsweise sozial schwache Gebiete.

§ 103 Abs. 2

Streichung.

§ 105 SGB V – SICHERSTELLUNG

- › Regionale Zuschläge in Gebieten, in denen Unterversorgung besteht oder droht oder zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht, werden obligatorisch und vom Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen festgesetzt; Finanzierung wie bisher (KV und Krankenkassen jeweils zur Hälfte).
- › KV Strukturfonds:
 - künftig für alle KVen verpflichtend,
 - Mittel des Strukturfonds auf bis zu 0,2 % der vereinbarten Gesamtvergütung verdoppelt, die Krankenkassen zahlen wir bisher die Hälfte; es sei sicherzustellen, dass bereitgestellte Mittel für Fördermaßnahmen auch ausgeschöpft werden.
 - Nicht abschließende gesetzliche Aufzählung der Verwendungszwecke unter anderem ergänzt um: Investitionskosten bei Praxisübernahmen, Förderung der Errichtung von Eigeneinrichtungen und lokalen Gesundheitszentren für medizinische Grundversorgung, Förderung von Sonderbedarfzulassungen.
- › KV-Eigeneinrichtungen:
 - Streichung der Voraussetzung, dass die KVen des Benehmens mit der Kassenseite bedürften.
 - Gesetzliche Klarstellung, dass dieses Sicherstellungsinstrument gleichrangig neben anderen Sicherstellungsinstrumenten steht.
 - Verpflichtung zu Eigeneinrichtungen in Gebieten, in denen Unterversorgung oder drohende Unterversorgung festgestellt wird.
 - Kooperationen und gemeinsamer Betrieb der KVen mit Kommunen und Krankenhäusern möglich.
 - Klarstellung, dass Eigeneinrichtungen auch durch mobile oder digitale Sprechstunden, mobile Praxen, Patientenbusse oder ähnliche Versorgungsformen betrieben werden können.
 - Eigeneinrichtungen nehmen an der Honorarverteilung teil und sind den übrigen Leistungserbringern gleichgestellt; auch für Eigeneinrichtungen in den Gebieten, in denen Unterversorgung oder drohende Unterversorgung festgestellt wird, sind keine Maßnahmen zur Fallbegrenzung oder -minderung anzuwenden.

Bewertung

Die Regelungsentwürfe zu § 105 SGB V stellen aus Sicht der KBV einen Versuch dar, die Instrumente der KVen zur Sicherstellung der Versorgung in unterversorgten Gebieten zu stärken, und werden – etwa bei der

verpflichtenden Förderung von Ärzten in unterversorgten Gebieten – ausdrücklich begrüßt. Bei näherer Betrachtung erweisen sie sich jedoch in Teilen als wenig praxistauglich: Zur Verpflichtung der KVen zur Einrichtung von Eigeneinrichtungen ist festzustellen, dass diese lediglich als Ultima Ratio in Betracht kommen kann und ihre Subsidiarität klar festgehalten werden sollte. Es ist zu befürchten, dass die Verpflichtung zum Betrieb einer Eigeneinrichtung die Attraktivität einer Ausweisung von Fördergebieten verringert und damit einem möglichst frühzeitigen Einsetzen von Fördermaßnahme wie z. B. die finanzielle Stützung der Region behindert. Darüber hinaus steht die vorgesehene Verpflichtung in einem strukturellen Widerspruch zu weiteren möglichen Maßnahmen. Wenn Eigeneinrichtungen aus Gründen der Praxis sinnvoll sind, sollte hier eine Möglichkeit, nicht aber eine Verpflichtung vorgesehen sein.

Erneut ist an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass als weiteres Instrument zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung auch die Möglichkeiten der KVen zur Gründung von MVZ vorgesehen werden sollte.

Zu begrüßen ist hingegen grundsätzlich die Erhöhung der Mittel des Strukturfonds. Es wird angeregt, diese Mittel auch für die TSS nutzen zu können.

Änderungsvorschläge

§ 105 Abs. 1a

Aufnahme der TSS in die Förderungsmöglichkeiten (insbesondere die finanziell aufwändige Vermittlung/Information in Akutfällen durch medizinisch geschultes Personal).

§ 105 Abs. 1b

Streichung der Verpflichtung zum Betrieb von Eigeneinrichtungen.

METHODENBEWERTUNG

§ 137E SGB V – ERPROBUNG VON UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN

- › Medizinproduktehersteller können selbst eine unabhängige wissenschaftliche Institution auf eigene Kosten mit der Erprobung beauftragen.
- › Die Studien-Overheadkosten werden regelhaft bis zum Abschluss der Erprobung durch den G-BA getragen. Bei Einschluss in die vertragsärztliche Versorgung nach Abschluss der Erprobung sollen evtl. betroffene Medizinproduktehersteller „in angemessenem Umfang“ an den Kosten beteiligt werden.

Bewertung

Die Möglichkeit, dass Hersteller von Medizinprodukten eine Erprobungsstudie bei eigener Kostentragung selbst in Auftrag geben können, wird begrüßt.

Auch die geänderten Regelungen zur Kostentragung des Studienoverheads werden von der KBV im Grundsatz mitgetragen, sind aber ergänzungsbedürftig. Die obligatorische Vorfinanzierung durch den G-BA und die Beteiligung „der Hersteller“ in „angemessenem Umfang“ nur für den Fall eines Einschlusses in die vertragsärztliche Versorgung wirft viele Fragen auf. So bleibt ungeklärt, wie die nachträgliche Kostenbeteiligung der Hersteller konkret umgesetzt werden soll. Sind wirklich **alle** Hersteller eines betreffenden Medizinproduktes zur Kostentragung verpflichtet oder nur der Antragsteller? Was passiert, wenn der betroffene Hersteller zahlungsunfähig oder zahlungsunwillig ist? Ist dies ein rein zivilrechtliches Problem zwischen G-BA und Hersteller oder müsste oder kann in diesem Fall die Anerkennung der Methode zurückgenommen werden? Bisher konnten sich auch Unternehmen, die als Anbieter der Methode ein wirtschaftliches Interesse an einer Erbringung zu Lasten der GKV haben, an den Kosten beteiligen; diese Unternehmen sind zwar noch antragsberechtigt gemäß § 137e Abs. 7 SGB V, für die Kostentragung sind sie jedoch künftig nicht mehr vorgesehen. Dies erscheint inkonsistent. Für die beschriebene Festlegung der Angemessenheit der Kostentragung im Einzelfall, die durch den G-BA in seiner Verfahrensordnung zu regeln sein wird, sind keine Kriterien vorgesehen.

Es bedarf also einer Konkretisierung unter anderem bezüglich

- › der Unternehmen, die sich an der Kostentragung beteiligen müssen
- › der Angemessenheit der Kostenbeteiligung
- › des gesamten Verfahrens der nachträglichen Kostenbeteiligung einschließlich der Rechtsfolgen einer nicht erfolgenden Kostentragung.

Die Tragweite der diesbezüglichen Regelungen übersteigt nach Auffassung der KBV die Regelungskompetenz der Verfahrensordnung des G-BA; daher sollten die entsprechenden Festlegungen in einer Rechtsverordnung getroffen werden.

Die Bindung einer nachgelagerten Kostentragung durch Hersteller an die Aufnahme einer erfolgreich erprobten Methode in die **vertragsärztlichen Versorgung** erscheint insofern dringend ergänzungsbedürftig, als im Falle von positiven Beschlüssen des G-BA in Folge einer Erprobung, die aus einem Verfahren gemäß § 137h SGB V resultiert, eine Übernahme der Kosten durch Hersteller von Hoch-Risiko-Produkten regelhaft nicht vorgesehen ist. Daraus könnte die absurde Situation resultieren, dass eine risikobehaftete High-Tech-Methode unter Verwendung eines Medizinproduktes eines multinationalen Konzerns zu Lasten des G-BA erprobt wird, weil diese Methode vertragsärztlich nicht erbringbar ist, während die Erprobung einer vertragsärztlichen Methode unter Verwendung eines Medizinproduktes eines KMU für diesen kostenpflichtig ist, obwohl sie unter Umständen mit einem deutlich geringeren Risiko verbunden ist. Dies ist für die KBV inakzeptabel.

Änderungsvorschlag

- › Die Kostentragungsverpflichtung des Herstellers im Anschluss an eine Erprobung wird durch positive Beschlüsse des G-BA zu Richtlinien gemäß §§ 135 Abs. 1 und 137c SGB V ausgelöst.
- › Die Festlegungen zur Kostentragung werden in einer Rechtsverordnung des BMG konkretisiert.
- › Der § 137e SGB V wird dahingehend konkretisiert, dass die notwendigen Erkenntnisse für die Bewertung des Nutzens einer Methode im Rahmen einer Erprobungsstudie gewonnen werden.

§ 137H SGB V – BEWERTUNG NEUER UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN MIT MEDIZINPRODUKTEN HOHER RISIKOKLASSE

- › Das Informationsübermittlungsverfahren soll künftig im Einvernehmen mit dem Medizinproduktehersteller erfolgen (bisher Benehmen).
- › Es erfolgt keine Potenzialbewertung mehr; es soll immer erprobt werden, wenn weder Nutzen noch Schädlichkeit als belegt anzusehen sind.
- › Krankenhäuser müssen sich nicht mehr an der Erprobung beteiligen, um entsprechende Leistungen abrechnen zu können. Der G-BA kann die Abrechnungsfähigkeit regeln, z. B. durch befristete Abrechnungsmöglichkeit.
- › Die Beratung von Herstellern zum Verfahren nach § 137h SGB V wird gebührenpflichtig, die Beratung von Krankenhäusern bleibt kostenlos.

Bewertung

Die KBV begrüßt, dass das Informationsübermittlungsverfahren künftig im Einvernehmen mit dem Medizinproduktehersteller erfolgen soll. Dies verspricht eine erweiterte Informationsbasis für die Entscheidung des G-BA.

Die Regelung zur Erprobung im Rahmen von Verfahren nach § 137h SGB V erzeugt jedoch eine groteske Schiefelage zwischen vertragsärztlichen und Krankenhausmethoden und wird daher in dieser Form abgelehnt.

Für Erprobungen nach § 137e Abs. 7 SGB V bleibt weiterhin die Feststellung des Potenzials Voraussetzung. Ausweislich der Begründung zum Regierungsentwurf geht der Gesetzgeber sogar davon aus, „...dass nur Methoden mit Aussicht auf erfolgreiche Erprobungen und damit Verbesserungen der Versorgung Gegenstand einer Erprobung werden, weil der G-BA bereits eine vorgelagerte Potenzialbewertung durchgeführt hat...“ (zu Nummer 78, Buchstabe c). Für eine Erprobung im Rahmen von Verfahren nach § 137h SGB V soll jedoch explizit keine Potenzialbewertung erfolgen. Hier ist ausreichend, dass weder Schädlichkeit noch Unwirksamkeit nachgewiesen sind, was nach allen bisherigen Erfahrungen mit entsprechenden Bewertungsverfahren praktisch nie der Fall sein wird, eben weil noch wenige wissenschaftliche Erkenntnisse vorliegen. In Verbindung mit der neu formulierten Kostentragungsregelung des § 137e SGB V würde dies bedeuten, dass nahezu jede Methode aus dem Bereich des § 137h SGB V, deren Nutzen noch nicht belegt ist, zu Lasten des G-BA **ohne Kostenbeteiligung der Hersteller** erprobt wird, da eine nachträgliche Kostenbeteiligung der Hersteller nur für den Fall des Einschusses in die vertragsärztliche Versorgung vorgesehen ist. Auf einen entsprechenden Änderungsvorschlag der KBV zum § 137e SGB V wird hingewiesen.

Ebenfalls abgelehnt wird die Regelung, dass Methoden, für die festgestellt wurde, dass ihr Nutzen noch nicht belegt ist, lediglich auf Grund der Tatsache, dass ihre Schädlichkeit nicht festgestellt ist, ohne Potenzialbewertung im Rahmen der Krankenhausbehandlung erbracht werden können und sich entsprechende Krankenhäuser zukünftig noch nicht einmal an der Erprobung beteiligen müssen. Es darf bezweifelt werden, ob diese Regelung mit dem Qualitätsgebot des SGB V im Einklang steht. Darüber hinaus dürfte diese Regelung die Rekrutierung für Erprobungsstudien sehr erschweren, wenn nicht sogar unmöglich machen.

Änderungsvorschlag

- › Wie im Falle einer Erprobung nach § 137e SGB V sollte eine Kostentragung der Hersteller vorgesehen werden, wenn eine erfolgreiche Erprobung zu einer positiven Beschlussfassung des G-BA führt.
- › Für den Zugang zur Erprobung sollten im Krankenhaus und im vertragsärztlichen Sektor die gleichen Voraussetzungen gelten. Dies setzt auch eine Harmonisierung der unterschiedlichen Potenzialanforderungen voraus.

VERBÄNDERECHT, AUFSICHT

§ 274 SGB V – PRÜFUNG DER SPITZENVERBÄNDE

Zur Unterstützung der Prüfung nach § 274 SGB V über GKV-SV, MDS, KBV und KZBV wird dem BMG die Möglichkeit eröffnet, in besonderen Fällen selbst Wirtschaftsprüfer oder Rechtsanwaltskanzleien zu beauftragen.

Bewertung

Die durch den Entwurf geschaffene Möglichkeit der Aufsichten, Prüfungen durch externe Dritte durchführen zu lassen und die entsprechenden Kosten den Körperschaften der Selbstverwaltung aufzuerlegen, erscheinen der KBV nicht verständlich. Systematisch sind die in § 274 SGB V verorteten Prüfungen von der Verfassung vorgesehene Aufgabe der Aufsichten und können vor diesem Hintergrund weder ausgegliedert noch finanziell in die Verantwortung der KVen und der KBV überführt werden.

Änderungsvorschlag

Streichung.

ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSKARTE, TI UND ELEKTRONISCHE AU-BESCHEINIGUNG

§ 291 SGB V – ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTE (EPA)

- › Das elektronische Patientenfach (ePF) mit ePA wird begrifflich zusammengeführt.
- › Vereinfachung der Einwilligung des Versicherten in die Nutzung der medizinischen Anwendungen (unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)).
- › Mobiler Zugriff auf medizinische Daten der ePA auch ohne Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) mittels Smartphone oder Tablet.
- › Krankenkassen werden verpflichtet, ihren Versicherten bis spätestens ab 2021 eine ePA zur Verfügung zu stellen und darüber zu informieren.

Bewertung

Grundsätzlich begrüßt die KBV die Zusammenlegung von ePA und ePF – es fehlt hingegen die elektronische Gesundheitsakte (eGA) –, die Aufhebung des Zwei-Schlüssel-Prinzips und die Vereinfachung der Einwilligung des Versicherten in die Nutzung der Fachanwendung.

Es wird allerdings sicherzustellen sein, dass die alternativen Zugriffsverfahren neben der eGK ebenfalls hohen Sicherheitsstandards genügen müssen und gleichzeitig nicht zu einer bürokratischen Belastung der Praxen führen dürfen. Die Verpflichtung für Krankenkassen, ihren Versicherten durch die gematik zertifizierte ePAs zur Verfügung zu stellen, wird seitens der KBV, ebenso wie die damit verbundenen Informationspflichten der Krankenkassen, begrüßt.

Es ist allerdings weitergehend eine Richtlinienkompetenz der KBV für die technische Spezifikation der Dokumentation medizinischer Befunde (für die PVS) zu fordern, über die insbesondere die direkte innerärztliche Kommunikation aber auch die sichere und unkompromittierbare Weitergabe solcher ärztlichen Befunde in eine und das Herauslesen aus einer Patientenakte sichergestellt werden können.

Für die Kommunikation mit Gesundheitsdaten steht im Übrigen mit KV Connect ein sicherer Übertragungsweg zur Verfügung, der auch in den gesetzlichen Vorgaben abgebildet sein sollte. Denn das KV-System hat große Anstrengungen unternommen, um mit KV-Connect einen standardisierten sicheren Kommunikationsweg und mit dem eArztbrief einen strukturierten und sicheren Austausch von Sozial- und Patientendaten zu ermöglichen. Mittlerweile ist KV-Connect der Standard in allen PVS. Der eArztbrief ist in einem 12-monatigen Feldtest in über 20 Arztnetzen erprobt und mittlerweile in über 85% der am Markt verfügbaren Softwaresysteme verfügbar. Seit 2015 ist er im täglichen Einsatz in deutschen Arztpraxen. Neben dem eArztbrief stehen 15 weitere Anwendungen zur Verfügung, die Ärzte via KV-Connect übertragen können.“Änderungsvorschlag

Einfügung einer Richtlinienkompetenz der KBV für die medizinischen Informationsobjekte – insbesondere für die elektronische Patientenakte gemäß dem zwischen GKV-SV, KZBV und KBV im Oktober 2018 geschlossener Letter of Intent.

Aufnahme von KV Connect als sicheren Übertragungsweg.

§ 295 SGB V – ELEKTRONISCHE AU-BESCHEINIGUNG

Verbindliches elektronisches Verfahren zur Übermittlung von Arbeitsunfähigkeitsdaten durch Ärzte und Krankenkassen; technische Umsetzung bedarf zeitlichen Vorlauf, daher erst 2021 in Kraft.

Bewertung

Anmerkung:

Eine eAU wird in der Konsequenz dazu führen dass Arztpraxen diese Leistung nahezu ohne Vergütung erbringen müssen, die bisherige Abrechnung einer Grundpauschale – im Fall der Erstkonsultation - würde entfallen. Ein sog. „Verdünnerschein“ der für die Mischkalkulation aktuell sinnvoll ist, entfällt. Besser als eine eAU die alle entlastet außer die sie ausstellende Arztpraxis, wäre die Befreiung von der AU Pflicht bei 1-3 Krankheitstagen.

Die KBV begrüßt die weitere Digitalisierung papiergebundener Verfahren in den Arztpraxen. Die derzeit geplante Regelung führt allerdings dazu, dass in Arztpraxen für denselben Prozess (AU-Bescheinigung) zwei Verfahren (Papier für Patient und Arbeitgeber und Digital für die Krankenkasse) vorgehalten, gewartet und finanziert werden müssen. Zusätzlich zur Verpflichtung des Vertragsarztes, die AU Bescheinigung digital an die Krankenkasse zu übermitteln, sollte deshalb die Krankenkasse verpflichtet werden, die digitale Bescheinigung an den Patienten (z. B. per ePA) sowie den Arbeitgeber weiterzuleiten. Dadurch würde der Prozess in der Arztpraxis vollständig digitalisiert und die Abläufe vereinfacht werden.

Grundsätzlich empfiehlt die KBV jedoch eine vom mündigen Arbeitnehmer selbst verantwortete Karenzzeit von drei (bis fünf) Tagen. Dies wäre eine echte Entbürokratisierung und eine massive Entlastung der medizinischen Versorgung von nicht arztpflichtigen Bagatellerkrankungen. Bei einer Erkrankungsdauer von mehr als drei (fünf) Tagen ist deutlich wahrscheinlicher von einer potentiell ernsthaften Erkrankung auszugehen und ein Arztbesuch mit entsprechender Diagnostik indiziert. Selbstverständlich steht es dabei weiterhin jedem Patienten frei, auch schon am ersten Tag, aufgrund subjektiver Einschätzung, einen Arzt aufzusuchen. Für eine AU in den ersten drei Tagen wäre dies dann aber nicht mehr erforderlich.

Eine solche zukünftige AU ab dem vierten (sechsten) Tag hätte wieder mehr den Stellenwert einer wirklichen ärztlichen Attestes und nicht eines „Formvordrucks“, der in Zukunft möglicherweise sogar noch über das Internet per Fernkonsultation angefragt werden kann. Hierfür müsste eine Verkürzung der im Entgeltfortzahlungsgesetz vorgesehenen Frist untersagt werden.

Sucht der Patient nach drei (bzw. fünf) Tagen den Arzt auf, so handelt es sich um eine qualifizierte Behandlung, die eine Konsultationsgebühr und eine Grundpauschale nach sich zieht.

Zudem wäre für die praktische Umsetzung eine Klarstellung hilfreich, dass bei der Übermittlung durch technische Verfahren die Authentizität und Unveränderbarkeit der Inhalte der elektronischen AU-Bescheinigung, auch ohne qualifizierte elektronische Signatur (QES), sichergestellt werden kann. Zudem sollte der Verweis auf die QES in der Gesetzesbegründung entfallen. Während der hohe Nutzen einer elektronischen Übertragung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für die Patienten, die Arbeitgeber und auch die Krankenkassen völlig unstrittig ist, geht die KBV jedoch nicht davon aus, dass dies in den Arztpraxen deutliche Verfahrensvereinfachungen und Prozessbeschleunigungen mit sich bringt. Sofern die zukünftige elektronische AU Bescheinigung per QES zu signieren wäre, steht aus Sicht der KBV vielmehr ein deutlich steigender Aufwand in den Arztpraxen zu befürchten. So erfolgt die Erstellung einer händischen Unterschrift in der Praxis regelhaft deutlich schneller als eine QES (mit zum Beispiel erforderlicher PIN-Eingabe). Die eigenhändige Unterschrift kann zudem an jedem Ort bzw. in jedem Sprechzimmer erfolgen. Die für die QES benötigte Technik, unter anderem Kartenterminals, sind bisher nur am Empfang vorhanden, bzw. wären in Anschaffung, Betrieb und Wartung mit Aufwand und Kosten verbunden. Auch die in anderen Zusammenhängen bestehende Möglichkeit der Stapelsignatur schafft hier keine Abhilfe, da Patienten ihre elektronische AU-Bescheinigung in der Regel unmittelbar benötigen und nicht mehrere Stunden warten können und wollen, bis ihnen diese zur Verfügung steht. Die Erfahrungen aus der Umsetzung des eArztbriefes, der digitalen Laborüberweisung oder der digitalen Überweisung – beispielsweise die Beauftragung eines radiologischen Telekonsils – zeigen, dass eine QES nicht zur Akzeptanz und flächendeckenden Nutzung digitaler Angebote beiträgt, sondern diese vielmehr stark behindert. Gleichwohl ist unstrittig, dass auch elektronisch übermittelte AU-Bescheinigungen dieselbe Nachvollziehbarkeit und rechtliche Verbindlichkeit entfalten müssen, wie die bisher gültigen papiergebundenen Verfahren. Die KBV schlägt deshalb klarstellend vor, durch vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik

beziehungsweise vom IT-Planungsrat empfohlene technische Verfahren das gleiche Niveau an Sicherheit, Identifizierbarkeit, Nachvollziehbarkeit und Rechtsverbindlichkeit herzustellen und auf die Nutzung der QES zu verzichten.

Änderungsvorschlag

- › Verpflichtung der Krankenkassen die eAU nach Erhalt vom Vertragsarzt an den Arbeitgeber des Versicherten elektronisch weiter zu übermitteln durch Anpassung von Vorgaben SGB IV und Klarstellung dass keine QES erforderlich ist.
- › Änderung des Entgeltfortzahlungsgesetzes: Ausschluss der Verkürzung der Frist (§ 5 Abs. 1 S. 2 und 3 EntgFG).

§ 305 ABS. 1 SGB V – SOZIALDATENSCHUTZ

Befugnis zur Übermittlung von Leistungs- und Abrechnungsdaten durch Krankenkassen an Dritte (z. B. für eine ePA) auf Verlangen und mit Einwilligung des Versicherten.

Bewertung

Angesichts der offensichtlich in Deutschland nicht existierenden Datensicherheit ist sicherzustellen, dass aus solchen Regelungen keine zusätzliche Haftung für Ärzte entsteht.

ZULASSUNGSVERORDNUNG FÜR VERTRAGSÄRZTE

§ 19A ÄRZTE-ZV – SPRECHSTUNDE

Mindestsprechstunden: Es wird eine verbindliche Regelung in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) etabliert:

- › Mind. 25 Stunden pro Woche (Hausbesuchszeiten werden angerechnet).
- › Offene Sprechstunden: Arztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Versorgung (konservativ tätige Augenärzte, Frauenärzte, Orthopäden, HNO-Ärzte), müssen mind. fünf Stunden pro Woche als offene Sprechstunde anbieten (ohne vorherige Terminvereinbarung); Bundesmantelvertragspartner vereinbaren zeitnah die Einzelheiten.
- › Pflicht zur Überprüfung der Sprechstunde durch KV und Kürzung der Vergütung der Vertragsärzte und Zulassungsentziehung.

Bewertung

Die Änderung der Ärzte-ZV im Hinblick auf die dortige Festlegung einer Mindestsprechstundenzahl (25) nebst der Regulierung einer „offenen Sprechstunde“ wird seitens der KBV abgelehnt.

Aus Sicht der KBV ist dabei festzuhalten, dass es für die Festlegung einer Mindestsprechstundenzahl keinerlei Bedarf gibt. Nach Meinung der KBV erliegt das BMG insofern einem Missverständnis, da es offenbar der Auffassung ist, in der Bevölkerung wahrgenommene Versorgungsprobleme hätten ihre Ursachen in zu geringen Arbeitszeiten der Vertragsärzte. Es wird darauf hingewiesen, dass die Vertragsärzte durchschnittlich 52 Wochenstunden für die Versorgung von Patienten arbeiten.

Sofern eine Ausweitung des Angebots gewünscht wird, sollte stattdessen darüber nachgedacht werden, die Arztzahlen (bei gleichzeitiger Anhebung der MGV) zu erhöhen und die Bemühungen der KBV zur Erhöhung der Niederlassungsbereitschaft zu unterstützen. Ein verbindliches Bürokratieabbauziel von 25% führt beispielsweise zu einer wirksameren Entlastung und damit Freisetzung von Behandlungszeit für Patienten als die normative Anhebung von Sprechstundenzeiten.

Neben den vorstehend vorgetragenen Argumenten wird die Regelung aber auch deswegen abgelehnt, weil sie letztlich einen Eingriff des Gesetzgebers in die Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung darstellt, der sich nicht auf Sachgründe stützen kann.

Bisher waren Regelungen zur Mindestsprechstundenzahl folgerichtig im Bundesmantelvertrag-Ärzte verortet. Die dortige Regelung konnte zum einen dafür sorgen, dass die Anforderungen der Praxis sinnvoll in die entsprechende Regelung miteinbezogen werden konnten, zum anderen erwies sie sich als hinreichend flexibel, um auf neue Herausforderungen reagieren zu können. Die Übernahme der Regelungsverantwortung durch die Bundesregierung kann insofern nicht nachvollzogen werden.

Ebenfalls besonders kritisch gesehen wird die getroffene Regelung zur „offenen Sprechstunde“, die nach Auffassung der KBV eine gewünschte Steuerungssystematik behindern und sich nachteilig auf die Praxisorganisation auswirken wird.

Das System der Terminvergabe, das sich in den vergangenen Jahren in den Praxen verbreitet hat, trägt nicht nur zu einer effektiveren Nutzung der ärztlichen Arbeitskraft bei, sondern ist auch vorteilhaft für die Patienten, die von unnötigen Wartezeiten befreit wurden. Das System der „offenen Sprechstunde“ birgt hingegen die Gefahr, dass letztlich nicht die bedürftigen Patienten, sondern die besonders nachdrücklichen versorgt werden.

Die KBV lehnt die Regelung daher ab.

Praxisfern ist im Übrigen die individuelle Verpflichtung aller Ärzte auf die Erbringung von fünf offenen Sprechstunden. In größeren vertragsärztlichen Einrichtungen kann unter Sicherstellung des Gesamtangebots einer offenen Sprechstunde arbeitsteilig diese Aufgabe ganz auf einen oder mehrere an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte übertragen werden.

Ähnlich § 101 Abs. 1a S. 2 (Mitteilung der Sprechzeiten) wären deshalb gesonderte Regelungen für vertragsärztliche Einrichtungen erforderlich. Abgelehnt wird auch die Pflicht zur Überprüfung der Einhaltung der Sprechstundenzeiten durch die KVen sowie die vorgesehenen Sanktionsmechanismen. Diese Regelung stellt einen erheblichen Eingriff in die Autonomie der Selbstverwaltungskörperschaften dar.

Änderungsvorschlag

Verzicht auf die Vorgabe von Mindestsprechstundenzeiten und „offener Sprechstunde“ in der Ärzte-ZV.

Ansprechpartner:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Politik, Strategie und politische Kommunikation
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-1036, politik@kbv.de, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 170.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 70 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.

ANHANG ZU DER STELLUNGNAHME DER KBV ZUM REGIERUNGSENTWURF DES TERMINSERVICE- UND VERSORGUNGSGESETZ

1 GESETZGEBUNGS- UND ÄNDERUNGSVORSCHLÄGE IM ZUSAMMENHANG MIT DEM TSVG

1.1 1.ZU ARTIKEL 1 – ÄNDERUNG DES FÜNFTEN BUCHES SOZIALGESETZBUCH

1.1.1 Zu § 75 Absatz 1a SGB V i.d.F. des Regierungsentwurfs

In § 75 Absatz 1a wird folgender Satz 17 eingefügt:

„Sie können darüber hinaus auch zur Unterstützung der Terminvermittlung nach Satz 3 eigene digitale Angebote bereitstellen.“

1.1.2 In § 75 SGB V wird in Absatz 7 der folgende Satz angefügt:

„Für die bundeseinheitliche Telefonnummer des Bereitschaftsdienstes und der Terminservicestelle nach Absatz 1a Satz 2 gelten die Vorgaben des § 108 Absatz 1 Satz 3 und 6 TKG entsprechend.“

1.1.3 Zu § 87 SGB V i.d.F. des Regierungsentwurfs

a) In § 87 Absatz 1b wird folgender Absatz 1c angefügt:

„Die Partner des Bundesmantelvertrags werden beauftragt, Regelungen für eine interdisziplinäre koordinierte und strukturierte Versorgung von Menschen zu entwickeln, die auf Grund neurologischer oder psychischer Krankheiten einen komplexen Behandlungsbedarf haben.“

b) In § 87 Absatz 2b Satz 3 wird das Wort „Patient“ in das Wort „Neupatient“ geändert und die Wörter „die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals untersucht und behandelt werden oder die mindestens vier Jahre nicht in der jeweiligen Arztpraxis untersucht und behandelt wurden,“ gestrichen.

Begründung

Neupatientinnen und Neupatienten nach dieser Regelung sind zum einen Patientinnen und Patienten, die aufgrund eines erstmaligen persönlichen Kontakts z.B. zu einer Fachärztin oder einem Facharzt überhaupt oder aufgrund eines Umzuges in der jeweiligen Arztpraxis erstmals ärztlich behandelt werden, zum anderen aber auch Patientinnen und Patienten, die wegen einer neu aufgetretenen Krankheit in einer bereits von ihnen aufgesuchten Arztpraxis ärztlich behandelt werden und somit keine begonnene Behandlung einer bereits bestehenden Krankheit fortgesetzt wird. Unter dem Fall der neuen Patientin oder des neuen Patienten können zudem, soweit dies medizinisch-fachlich geboten ist, unter Berücksichtigung der von den Selbstverwaltungspartnern gefassten Definition „Krankheitsfall“ in § 21 Absatz 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte auch Patientinnen und Patienten subsumiert werden, die ein ganzes Jahr oder länger (z.B. zwei Jahre) nicht in der Praxis behandelt wurden (vgl. Drs. 17/8005, S. 108), gleichwohl die begonnene Behandlung der Krankheit fortgesetzt wird. Ein Krankheitsfall umfasst das aktuelle sowie die nachfolgenden drei Kalendervierteljahre, die der Berechnung der Krankheitsfallbezogenen Leistungsposition folgen. Damit soll einer bedarfsgerechten und

leistungsadäquaten Abbildung der ärztlichen Untersuchung und Behandlung im einheitlichen Bewertungsmaßstab Rechnung getragen werden.

1.1.4 Zu § 87a SGB V i.d.F. des Regierungsentwurfs

- a) § 87a Absatz 4 Satz 3 wird wie folgt neu gefasst:
„Die jeweils jahresbezogene Veränderung der Morbiditätsstruktur im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung ist auf der Grundlage der vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 2 auf Basis der vom Bewertungsausschuss als Empfehlung nach Absatz 5 Satz 2 bis 4 mitgeteilten Rate zu vereinbaren.“
- b) § 87a Absatz 5 Satz 3 und 4 wird wie folgt neu gefasst:
„Das Institut des Bewertungsausschusses errechnet für jeden Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung eine einheitliche Veränderungsrate auf der Grundlage der Behandlungsdiagnosen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 2. Die Datengrundlagen für die Veränderungsrate sind jeweils zu aktualisieren.“
- c) In § 87a Absatz 5 werden folgende Sätze nach Satz 7 eingefügt:
„In den Jahren, in denen die Veränderungsdaten auf der Grundlage der Behandlungsdiagnosen der Jahre 2020 bis 2022, 2021 bis 2023 und 2022 bis 2024 durch das Institut des Bewertungsausschusses nach Satz 3 errechnet werden, sind die Kodiereffekte, die durch die Einführung der verbindlichen Regelungen nach § 295 Absatz 4 Satz 3 zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach § 295 Absatz 1 Satz 5 entstehen, in den Berechnungen zu bereinigen. Hierzu hat der Bewertungsausschuss ein entsprechendes Verfahren zu beschließen.“
- d) Die Änderungen zu a) bis c) treten zum 1. Januar 2022 in Kraft.

1.1.5 Berücksichtigung der G-BA Quoten bei der Auswahl in der Nachbesetzung

In § 103 Absatz 4 SGB V i.d.F. des Regierungsentwurfs wird in Satz 5 folgende Nummer 10 angefügt
10. inwieweit durch die Nachbesetzung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 befolgt werden

Begründung

Neben der Berücksichtigung der Quoten bei der Zulassung und Anstellung in geöffneten Planungsbereichen, bei der Umwandlung einer Anstellung in eine Zulassung, bei der Privilegierung einer für die Versorgung nicht erforderlichen Nachbesetzung sowie der Nachbesetzung eine genehmigten Anstellung im gesperrten Planungsbereich, sollen die Quotenregelungen des G-BA auch bei der Auswahlentscheidung im Nachbesetzungsverfahren berücksichtigt werden. Da es sich hierbei um den mit Abstand häufigsten Anwendungsfall handelt, wird auch dieser Regelung die größte Steuerung hinsichtlich der Zusammensetzung von Arztgruppen erwartet.

1.1.6 Zu § 105 SGB V i.d.F. des Regierungsentwurfs

In § 105 SGB V wird folgender Absatz 1b aufgenommen:

„Über die Mittel nach Absatz 1a hinaus können die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit der Kassenärztlichen Vereinigung vereinbaren, einen zusätzlichen Betrag zweckgebunden zur Sicherstellung der Strukturen des vertragsärztlichen Notdienstes bereitzustellen.“

1.1.7 Die Absätze 2 und 6 in § 137e SGB V werden wie folgt gefasst:

- (2) *Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in der Richtlinie nach Absatz 1 Satz 1 die Anforderungen an die Erprobungsstudie in Form von Eckpunkten, die von der wissenschaftlichen Institution nach Absatz 5 konkretisiert werden. Für Krankenhäuser, die nicht an der Erprobung teilnehmen, kann der Gemeinsame Bundesausschuss nach den §§ 136 bis 136b Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung regeln.*

- (6) *Die Kosten der von ihm beauftragten wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung trägt der Gemeinsame Bundesausschuss. Beruht die technische Anwendung der Methode maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinprodukts und erfolgt die Beauftragung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach Absatz 5 Satz 1, trägt der Gemeinsame Bundesausschuss die Kosten zunächst bis zum Abschluss der Erprobung. Die Hersteller dieses Medizinprodukts sind nach Abschluss der Erprobung verpflichtet, die entstandenen Kosten der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung nach Absatz 5 in angemessenem Umfang für den Fall zu übernehmen, dass aufgrund der Erprobung eine positive Beschlussfassung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach §§ 135 oder 137c erfolgt. Das Nähere zur Kostenbeteiligung der Unternehmen regelt das Bundesministerium für Gesundheit in einer Rechtsverordnung.*

1.1.8 Die Absätze 1 und 4 in § 137h SGB V werden wie folgt gefasst:

- (1) *Wird hinsichtlich einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode, deren technische Anwendung maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinprodukts mit hoher Risikoklasse beruht, erstmalig eine Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes gestellt, hat das anfragende Krankenhaus im Einvernehmen mit dem Hersteller des Medizinprodukts dem Gemeinsamen Bundesausschuss zugleich Informationen über den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu dieser Methode sowie zu der Anwendung des Medizinprodukts, insbesondere Daten zum klinischen Nutzen und vollständige Daten zu durchgeführten klinischen Studien mit dem Medizinprodukt, zu übermitteln. Nur wenn die Methode ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept aufweist, erfolgt eine Bewertung nach Satz 4. Vor der Bewertung gibt der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Informationen im Wege einer öffentlichen Bekanntmachung im Internet allen Krankenhäusern, die eine Erbringung der neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode vorsehen, sowie weiteren betroffenen Medizinprodukteherstellern in der Regel einen Monat Gelegenheit, weitere Informationen im Sinne von Satz 1 an ihn zu übermitteln. Der Gemeinsame Bundesausschuss nimmt auf Grundlage der übermittelten Informationen innerhalb von drei Monaten eine Bewertung vor, ob*
1. *der Nutzen der Methode unter Anwendung des Medizinprodukts als hinreichend belegt anzusehen ist,*
 2. *die Methode unter Anwendung des Medizinprodukts kein Potential für eine erforderliche Behandlungsalternative bietet, insbesondere weil sie als schädlich oder unwirksam anzusehen ist oder*
 3. *der Nutzen zwar als noch nicht hinreichend belegt anzusehen ist, aber die Methode unter Anwendung des Medizinprodukts das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet.*
- (4) *Für eine Methode nach Absatz 1 Satz 4 Nummer 3 entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von sechs Monaten nach dem Beschluss nach Absatz 1 Satz 4 über eine Richtlinie zur Erprobung nach § 137e. Wenn die Methode mit pauschalierten Pflegesätzen nach § 17 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes noch nicht sachgerecht vergütet werden kann und eine Vereinbarung nach § 6 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 6 Absatz 2 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung nicht innerhalb von drei Monaten nach dem Beschluss nach Absatz 1 Satz 4 zustande kommt, ist ihr Inhalt durch die Schiedsstelle nach § 13 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 13 der Bundespflegesatzverordnung festzulegen. Der Anspruch auf die vereinbarte oder durch die Schiedsstelle festgelegte Vergütung gilt für die Behandlungsfälle, die ab dem Zeitpunkt der Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 6 Absatz 2 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung in das Krankenhaus aufgenommen worden sind. Für die Abwicklung des Vergütungsanspruchs, der zwischen dem Zeitpunkt nach Satz 3 und der Abrechnung der vereinbarten oder durch die Schiedsstelle festgelegten Vergütung entstanden ist, ermitteln die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung die Differenz zwischen der vereinbarten oder durch die Schiedsstelle festgelegten Vergütung und der für die*

Behandlungsfälle bereits gezahlten Vergütung; für die ermittelte Differenz ist § 15 Absatz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 15 Absatz 2 der Bundespflegegesetzverordnung entsprechend anzuwenden. Krankenhäuser, die die Methode unter Anwendung des Medizinprodukts zu Lasten der Krankenkassen erbringen wollen, sind verpflichtet, an einer Erprobung nach § 137e teilzunehmen. Die betroffenen Hersteller haben dem Gemeinsamen Bundesausschuss unverzüglich nach Fertigstellung die Sicherheitsberichte nach Artikel 86 der Verordnung (EU) 2017/745 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. April 2017 über Medizinprodukte, zur Änderung der Richtlinie 2001/83/EG, der Verordnung (EG) Nr. 178/2002 und der Verordnung (EG) Nr. 1223/2009 und zur Aufhebung der Richtlinien 90/385/EWG und 93/42/EWG des Rates (ABl. L 117 vom 5.5.2017, S. 1) sowie weitere klinische Daten, die sie im Rahmen der ihnen nach Artikel 83 der Verordnung (EU) 2017/745 obliegenden Überwachung nach dem Inverkehrbringen oder aus klinischen Prüfungen nach dem Inverkehrbringen gewonnen haben, zu übermitteln. Die Anforderungen an die Erprobung nach § 137e Absatz 2 haben unter Berücksichtigung der Versorgungsrealität die tatsächliche Durchführbarkeit der Erprobung und der Leistungserbringung zu gewährleisten. Die Erprobung ist in der Regel innerhalb von zwei Jahren abzuschließen, es sei denn, dass auch bei Straffung des Verfahrens im Einzelfall eine längere Erprobungszeit erforderlich ist. Nach Abschluss der Erprobung oder im Falle einer vorzeitigen Beendigung entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss auf Grundlage der vorliegenden Erkenntnisse innerhalb von drei Monaten über eine Richtlinie nach § 137c. Die Möglichkeit einer Aussetzung des Bewertungsverfahrens im Falle des Fehlens noch erforderlicher Erkenntnisse bleibt unberührt. Bezüglich einer Kostenbeteiligung von Unternehmen an der Erprobung gilt § 137e Abs. 6 entsprechend.

1.1.9 Änderung des § 291a SGB V

- a) In § 291a Absatz 5 wird folgender Satz 10 angefügt:
„Die elektronische Patientenakte nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 4 muss bis zum ... [Datum] einen Abgleich des Impfstatus mit den Empfehlungen der ständigen Impfkommision beim Robert Koch-Institut ermöglichen.“
- b) In § 291a Absatz 5c werden nach „Nummer 4“ die Worte „lebenslang und ohne zeitliche Beschränkung“ und nach den Worten „einrichtungsübergreifende Dokumentation“ die Worte „sowie Daten nach § 291h“ eingefügt.

1.1.10 1.1.10. Änderung des § 291f Absatz 2 und 5 SGB V

- a) In § 291f Absatz 2 Satz 1 werden nach den Worten „Dienste nach § 291b Absatz 1e“ folgende Worte eingefügt „und Dienste nach § 291a Absatz 7 Satz 3“.
- b) In § 291f Absatz 5 Satz 2 werden nach den Worten „Dienste nach § 291b Absatz 1e“ folgende Worte eingefügt „und Dienste nach § 291a Absatz 7 Satz 3“.
- c) § 291f Absatz 4 Satz 2 wird gestrichen.

1.1.11 Einfügen eines § 291h SGB V „medizinische Informationsobjekte in der elektronischen Patientenakte“

- (1) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung regelt in einer Richtlinie das Nähere zu Inhalt und Struktur der elektronischen ärztlichen Dokumentation, die Nutzung der elektronischen Patientenakte nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 sowie die Übermittlung mittels sicherer Verfahren nach § 291b Absatz 1e und weiterer elektronischer Anwendungen nach § 291a Abs. 7 Satz 3.
- (2) Die nach Absatz 1 erfolgende Festlegung hat auch die erforderlichen Informationsobjekte der in der vertragsärztlichen Versorgung eingesetzten informationstechnischen Systeme zum Austausch zwischen den informationstechnischen Systemen sowie zu der elektronischen Patientenakte nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 zu enthalten.

- (3) *Das Nähere, insbesondere über Inhalt und Struktur, der Informationen nach Absatz 1 und 2 regelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Benehmen mit der Gesellschaft für Telematik und deren Gesellschaftern sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen in einer Richtlinie.*
- (4) *Vertragsärzte dürfen für die ärztliche Dokumentation nur solche elektronischen Programme nutzen, die die Vorgaben der Richtlinie nach Absatz 1 und 2 erfüllen und die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen sind.“*

1.1.12 Änderung des § 295 SGB V i.d.F. des Regierungsentwurfs

- a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 werden nach dem Wort „Arztes“ die Wörter „und bei der Abrechnung von Leistungen nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 die Arztnummer des Arztes, bei dem der Termin vermittelt wurde“ gestrichen.
- b) In Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 werden vor dem Komma am Ende die Wörter „und bei der Abrechnung von Leistungen nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 die Arztnummer des Arztes, bei dem der Termin vermittelt wurde“ gestrichen.

Als Folgeänderung entfallen in der Gesetzesbegründung zu Nummer 99 (§ 295) die Begründungstexte zu den Buchstaben a und c sowie in der Gesetzesbegründung zu Nummer 43 (§ 87), Buchstabe d der folgende Satz:

„Der Nachweis und die Überprüfung der erfolgreichen Terminvermittlung erfolgt bürokratiearm über die Abrechnungsunterlagen und wird durch eine Ergänzung des § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 flankiert.“

1.1.13 Weitere Änderung des § 295 SGB V

In Absatz 1 wird folgender Satz 3 eingefügt:

„Bei der Übermittlung der Daten nach Satz 2 muss der Absender der Daten authentifiziert werden können und die Integrität des elektronisch übermittelten Datensatzes gewährleistet sein.“

Begründung:

Mit dem ergänzenden Einschub nach Satz 2 werden die Anforderungen zur Technik und Rechtsverbindlichkeit der Übermittlung der eAU deutlich gemacht. Gleichzeitig wird damit ermöglicht, dass bei der Übermittlung ggf. auf eine qualifizierte elektronische Signatur verzichtet werden kann, sofern die sonstigen gesetzlichen Anforderungen erfüllt sind.

2 WEITERE GESETZGEBUNGSVORSCHLÄGE

2.1 GESETZGEBUNGSVORSCHLÄGE IN ENTSPRECHUNG ZUM PPSG:

2.1.1 Neuer Absatz 3a in § 106 SGB V

„Ein Honorarbescheid kann innerhalb von zwei Jahren nach seiner Bekanntgabe aufgrund einer Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die Prüfungsstelle gekürzt werden. Eine Nachforderung wegen unwirtschaftlicher Ordnungsweise kann innerhalb von zwei Jahren nach Ablauf des Quartals, dem die Verordnungen zuzuordnen sind, von der Prüfungsstelle festgesetzt werden. Prüfanträge der Krankenkassen an die Prüfungsstelle sind innerhalb von 12 Monaten nach Bekanntgabe des Honorarbescheides bzw. nach Ablauf des Quartals zu stellen. Falls die Prüfung auf Antrag der Kassen nicht zu einer Honorarkürzung oder der Festsetzung einer Nachforderung durch die Prüfungsstelle führt, hat die Krankenkasse der Prüfungsstelle eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten.“

2.1.2 Neuer Absatz 4a in § 106d SGB V

„Ein Honorarbescheid kann innerhalb von zwei Jahren nach seiner Bekanntgabe durch die Kassenärztliche Vereinigung sachlich und rechnerisch berichtigt werden. Die Rücknahme eines Honorarbescheides nach § 45 SGB X bleibt hiervon unberührt. Prüfanträge von Krankenkassen nach Absatz 4 und Unterrichtungen der Krankenkassen nach Absatz 3 sind innerhalb von 12 Monaten nach Bekanntgabe des Honorarbescheides zu stellen. Falls die Prüfung auf Antrag einer Krankenkasse nicht zu einer Honorarberichtigung durch die Kassenärztliche Vereinigung führt, hat die Krankenkasse der Kassenärztlichen Vereinigungen eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten.“

2.2 2.2VORSCHLAG ZUR ÄNDERUNG VON § 122 SGB V, BEHANDLUNG IN PRAXISKLINIKEN

§ 122 SGB V wird wie folgt neu gefasst:

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung die für die Wahrnehmung der Interessen der in Praxiskliniken tätigen Vertragsärzte gebildete Spitzenorganisation vereinbaren im Bundesmantelvertrag erstmals bis spätestens zum xx.xx.20xx in einem Rahmenvertrag

- 1. Mindestanforderungen zur Struktur von Praxiskliniken als Einrichtungen, in denen Versicherte durch Zusammenarbeit mehrerer Vertragsärzte ambulant und stationär versorgt werden,*
- 2. einen Katalog von in Praxiskliniken nach § 115 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 ambulant oder stationär durchführbaren stationärsersetzenden Behandlungen,*
- 3. Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse.*

Nach dem Inkrafttreten Auf der Grundlage der Vereinbarung nach Satz 1 hat der Bewertungsausschuss den einheitlichen Bewertungsmaßstab zu überprüfen und innerhalb von sechs Monaten entsprechend nach dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt anzupassen.

Die Praxiskliniken nach § 115 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 sind zur Einhaltung des Vertrages nach Satz 1 verpflichtet.

Begründung

Das deutsche Gesundheitssystem ist durch Überkapazitäten und hohe Fallhäufigkeiten im Krankenhaussektor gekennzeichnet. Gleichzeitig werden heute viele vormals stationäre Leistungen zunehmend ambulant erbracht. Mit Blick auf die Wirtschaftlichkeit, die Qualität und den zunehmenden Mangel an Ärzten und Pflegekräften ist eine strukturelle Weiterentwicklung von stationären Angeboten erforderlich. In den letzten Jahren wurden bereits stationäre Versorgungsstrukturen in vertragsärztliche Strukturen ganz oder teilweise insbesondere im ländlichen Raum umgewandelt.

Praxiskliniken können als vertragsärztliche Einrichtungen hier Patienten auch über kürzere Zeiträume stationär betreuen. In der Vergangenheit waren die Praxiskliniken meist operativ auf sehr hohem Niveau und mit niedrigen nosokomialen Infektionsraten tätig. Diese Versorgung gilt es fortzuführen und mit Blick auf den lokal im Rahmen eines Umwandlungsprozesses verbliebenen Bedarfs an stationärer Versorgung, der nicht durch andere Krankenhäuser wohnortnah aufgefangen werden kann, auszubauen. Darüber hinaus werden insbesondere in der Versorgung älterer multimorbider Patienten auch kurze stationäre Aufenthalte in enger Verzahnung mit der dauerbetreuenden hausärztlichen Versorgung erforderlich sein. Mobilitätseingeschränkte Patienten (z.B. bei Herzinsuffizienz, Verwirrheitszustände, passagere Dekompensationen bis hin zu Beobachtung u.a. nach Stürzen) können so hausärztlich betreut und wohnortnah stabilisiert werden. Ein kollegialer Bettenpool in einer Praxisklinik als multiprofessioneller ärztlich geleiteter Einrichtung kann auch in anderen Versorgungsbereichen wie beispielsweise der Onkologie, der Psychiatrie, der Gynäkologie oder der Pädiatrie die Versorgung vor Ort sicherstellen.

Um eine solche Versorgungsform zu fördern und bundesweit als wohnortnahes Angebot den Patienten zur Verfügung zu stellen, ist die Etablierung eines verbindlichen Rechtsrahmens erforderlich. Es wird deshalb vorgeschlagen, diesen Rechtsrahmen für diese Versorgungsform fest im Bundesmantelvertrag und damit in

der vertragsärztlichen Versorgung zu verankern. Bei Nichterreichen der Frist kann das Schiedsamt angerufen werden.

Mit § 122 Nr. 1 neu werden die Partner des Bundesmantelvertrags beauftragt, die Struktur der Praxiskliniken näher zu definieren. Dies ist erforderlich, um die Stabilität, Wirtschaftlichkeit, Unabhängigkeit und Multiprofessionalität zu gewährleisten.

Durch § 122 Satz 2 SGB V neu wird sichergestellt, dass zügig entsprechende Vergütungsregelungen getroffen werden, um die Entwicklung von intersektoralen Versorgungsstrukturen zu fördern.

§ 122 Satz 2 SGB V alt wird gestrichen, da die dreiseitigen Vereinbarungen nach § 115 SGB V bisher keine praktische Relevanz erfahren haben. Durch § 122 SGB V neu werden Praxiskliniken strukturiert und gefördert, so dass ein Vorrang der Verträge nicht mehr erforderlich ist. Selbstverständlich können Verträge nach § 115 SGB V ergänzende Regelungen zur Förderung von Praxiskliniken enthalten.

2.3 ANPASSUNGEN DER VERGÜTUNG BEI ANPASSUNG DER BEDARFSPLANUNG

In § 87a Absatz 4 SGB V werden in Satz 1 in der Nummer 3 folgende Worte angefügt

„oder § 101 Absatz 1 und 2 oder Beschlüssen des Landesausschusses nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 beruhen,“

Begründung

Derzeit besteht für die Kassenärztlichen Vereinigungen keine strukturelle Möglichkeit bei den regionalen Vergütungsverhandlungen auch Änderungen in der Bedarfsplanung zu berücksichtigen. Gleiches gilt für festgestellte Sonderbedarfe, die gemeinsam von Krankenkassen und KVen entschieden werden. Auch diese Veränderungen der Versorgungsstruktur sollen künftig in den regionalen Vergütungsverhandlungen Berücksichtigung finden können.

2.4 AUFNAHME EINES BÜROKRATIEABBAUZIELS FÜR DIE SELBSTVERWALTUNG

2.4.1 In § 87 Absatz 1 SGB V werden folgende Sätze angefügt:

„Bis zum 31. Dezember 2022 reduzieren die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemeinsam die aus ihren Vorgaben resultierenden Bürokratiekosten insbesondere durch Digitalisierung um netto 25 Prozent. Über das Ergebnis und die ergriffenen Maßnahmen haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen dem Bundesministerium für Gesundheit zum 31. Dezember 2022 zu berichten.“

2.4.2 In § 91 Absatz 10 SGB V werden folgende Sätze angefügt:

„Bis zum 31. Dezember 2022 reduziert der Gemeinsame Bundesausschuss die aus seinen Vorgaben resultierenden Bürokratiekosten insbesondere durch Digitalisierung um netto 25 Prozent. Über das Ergebnis und die ergriffenen Maßnahmen hat der Gemeinsame Bundesausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit zum 31. Dezember 2022 zu berichten.“

Begründung

Erfahrung aus dem deutschen und internationalen Kontext zeigen, dass die Reduktion von Bürokratie nur gelingt, wenn klare Ziele hierzu vorgegeben werden. Eine Reduktion der Bürokratie um 25% in fünf Jahren würde eine substantielle Entlastung von Arztkapazitäten mit sich bringen, die stattdessen für die politisch gewünschte Versorgung von Patienten zur Verfügung stünden.

2.5 BERÜCKSICHTIGUNG DER PSYCHOTHERAPEUTEN IM KRANKENHAUSARZTREGISTER NACH § 293 SGB V

§293 Abs. 7 SGB V wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden folgende Worte ergänzt: „und Psychotherapeuten“.
- b) Satz 3 wird wie folgt neu gefasst:

„Das Verzeichnis enthält für alle Ärzte und Psychotherapeuten nach Satz 1 folgende Angaben:

1. *Arztnummer (unverschlüsselt),*
2. *Angaben des Arztes oder Psychotherapeuten nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 4 bis 8,*
3. *Datum des Staatsexamens,*
4. *Datum der Approbation,*
5. *Datum der Promotion,*
6. *Datum der Facharztanerkennung und Fachgebiet,*
7. *Kennzeichen im Verzeichnis nach Absatz 6 des Krankenhauses, in dem der Arzt oder Psychotherapeut beschäftigt ist,*
8. *Datum des Beginns der Tätigkeit des Arztes oder Psychotherapeuten im Krankenhaus und*
9. *Datum des Endes der Tätigkeit des Arztes oder Psychotherapeuten im Krankenhaus.“*

Begründung

Der Abs. 7 wurde eingeführt in Anlehnung an Absatz 4, also an das analoge Verzeichnis im vertragsärztlichen Bereich. In diesem Verzeichnis werden auf Grundlage der Regelungen in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte auch die Psychotherapeuten geführt. Da im stationären Sektor eine äquivalente ergänzende Verordnung nicht existiert, ist eine explizite Nennung im Gesetzestext erforderlich. Am Entlassmanagement, das der erste vorgesehene Einsatzbereich für die Arztnummern nach Abs. 7 Satz 3 Nr. 1 ist, nehmen auch Psychotherapeuten teil und benötigen dafür eine Arztnummer und einen Eintrag im Verzeichnis.

2.6 § 39 SGB V – KRANKENHAUSBEHANDLUNG

In § 39 Abs. 1 Satz 6 SGB V wird nach den Worten „Nummer 6“ die Worte „und 12“ ergänzt.

In Satz 8 werden die Worte „Nummer 6 und 7“ durch folgende Worte ersetzt: „Nummer 6, 7 und 12“.

Begründung

Medizinisch notwendige Krankenfahrten nach stationärer Behandlung können gemäß § 60 SGB V in Verbindung mit der Krankentransport-Richtlinie des G-BA bis dato nur von Vertragsärzten verordnet werden und sind nicht von der Verordnungsbefugnis der Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 SGB V umfasst. Zum Zeitpunkt der Verordnung der Krankenfahrt durch den Vertragsarzt ist jedoch weder eine verlässliche Aussage über die medizinische Erfordernis einer Krankenfahrt nach der Krankenhausbehandlung möglich noch ist das Entlassungsdatum bekannt. Somit kann die Verordnung einer Rückfahrt vom Krankenhaus oftmals nicht vorab durch den Vertragsarzt erfolgen. Aufgrund der fehlenden Verordnungsbefugnis der Krankenhäuser kann für viele Patienten nach Entlassung aus dem Krankenhaus keine Rückfahrt erfolgen, obwohl diese medizinisch indiziert ist.

Um diese Versorgungslücke zu schließen, sollte für Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 SGB V eine Verordnungsbefugnis für Krankenfahrten nach der Krankenhausbehandlung geschaffen werden.

2.7 2.7§ 60 SGB V – FAHRKOSTEN

In § 60 Abs. 1 Satz 4 SGB V werden nach den Worten „Nummer 3“, die Worte „und 4“ ergänzt.

Begründung

Nach Rechtsprechung des BSG zur Klarstellung der Interpretation von stationersetzenden Eingriffen nach § 115b SGB V war eine Konkretisierung der Krankentransport-Richtlinie erforderlich („Beschluss des G-BA über eine Änderung der Krankentransport-Richtlinien: Fahrten zu Geriatrischen Institutsambulanzen und stationersetzenden Eingriffen vom 21.09.2017“). Im Zuge der Anpassungen auf Ebene des G-BA als auch im Nachgang der Entscheidung wurde deutlich, dass die Komplexität der Regelung eine einfache Handhabe in den vertragsärztlichen Praxisabläufen nicht möglich macht.

Fahrten nach § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 SGB V können nur dann von Vertragsärzten verordnet und durch Krankenkasse übernommen werden, sofern eine aus medizinischen Gründen an sich gebotene Krankenhausbehandlung durch eine ambulante Operation nach § 115b SGB V im Krankenhaus oder eine Operation in der Vertragsarztpraxis vermieden wird und diese z.B. aus patientenindividuellen Gründen nicht ausführbar ist. Das bedeutet, dass die Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen zwar eigentlich notwendig ist, der Patient sich aber aus individuellen Gründen dagegen entscheidet. Dann hat der Patient ein Recht darauf, dass die Krankenfahrt gemäß § 60 Abs. 2 Nr. 4 SGB V vom Vertragsarzt verordnet und von der Krankenkasse erstattet wird.

Aufgrund der dargestellten Komplexität der Regelung gibt es bei den Vertragsärzten eine große Verunsicherung hinsichtlich der Verordnung von Krankenfahrten zu stationersetzenden Eingriffen. Diese Unsicherheit wird dadurch verschärft, dass diese Fahrten nicht dem Genehmigungsvorbehalt unterliegen und somit vor Fahrtantritt nicht von den Krankenkassen geprüft werden. Um sicher zu gehen, dass die Kosten für die Fahrten übernommen werden und nicht im Rahmen von Einzelfallprüfungen nachträglich von den Krankenkassen angezweifelt werden und zu Regressen bei den verordnenden Ärzten führen, sollten diese Verordnungen analog der Vorgaben für Krankentransporte einem Genehmigungsvorbehalt unterliegen.

2.8 § 73 SGB V – KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG, VERORDNUNGSERMÄCHTIGUNG

In § 73 Abs. 10 Satz 1 SGB V werden nach dem Wort „enthalten“ die Worte „, eine Statistik- und Controllingfunktion beinhalten“ ergänzt.

Begründung

Im Bereich der Heilmittelversorgung gibt es für verordnende Vertragsärzte keine adäquaten Informationssysteme, die dem Vertragsarzt einen Überblick und damit eine Steuerung der veranlassten Heilmittelverordnungen ermöglichen. Zwar gibt es Daten, die von den Krankenkassen erhoben, auf Bundesebene aggregiert und den KVen zur Übermittlung an die Vertragsärzte zur Verfügung gestellt werden (§ 84 Abs. 5 i.V.m. Abs. 7 SGB V). Allerdings werden die Daten auf Basis des Rechnungseingangs erfasst und ausgewiesen und nicht nach Verordnungsdatum, wodurch regelmäßig erhebliche Implausibilitäten festzustellen sind. Zum anderen werden die Daten regelhaft erst ca. 6 Monate nach Ablauf des Ordnungsquartals übermittelt, so dass eine proaktive Steuerung der Versorgung damit gar nicht gewährleistet werden kann.

Eine zielgerichtete Steuerung kann am ehesten auf Basis einer Übersicht der Verordnungen der Praxis zum Zeitpunkt des Ordnungsvorgangs im jeweiligen Praxisverwaltungssystem erfolgen. Aktuell werden Statistik und Controllingfunktionen, die beispielsweise die bundesweiten und regionalen Regelungen nach §§ 84 (Heilmittelvereinbarungen) und 106b SGB V (besondere Ordnungsbedarfe) berücksichtigen, nur unzureichend umgesetzt. Auch wird durch die vorgesehene Einführung der Blankverordnung nach §§ 73 sowie 125a (neu) SGB V ein solche Information für den Vertragsarzt unerlässlich. Hinzu kommt, dass ein unkomplizierter Wechsel der Heilmittelverordnungssoftware nicht möglich ist, so dass sich ein eigentlich wünschenswerter Wettbewerb zwischen den Anbietern gar nicht entwickeln kann. Um allen Vertragsärzten die gleichen Voraussetzungen bieten zu können, sollten im Rahmen der Zertifizierung der Heilmittel-

Verordnungssoftware einheitliche Standards für diese Statistik- und Controllingfunktionen definiert werden können.

2.9 NEUFASSUNG DES § 87 ABS. 2B SGB V ZUR ERMÖGLICHUNG EINER VORHALTEPAUSCHALE FÜR TECHNISCHE GERÄTE IM HAUSÄRZTLICHEN BEREICH

§ 87 Abs. 2 Satz 4 SGB V wird wie folgt neu gefasst:

„Zudem können Qualitätszuschläge, mit denen die in besonderen Behandlungsfällen erforderliche Qualität vergütet wird und Pauschalen zur Finanzierung der Vorhaltung der für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags notwendigen technischen Infrastruktur vorgesehen werden.“

Begründung

Diese Neuregelung dient der Sicherung der wirtschaftlichen Basis der Hausarztpraxis: Ziel ist eine sinnvoll ausgestattete Hausarztpraxis, die den Versorgungsauftrag der primären Beurteilung vornehmlich als Bestandteil der hausärztlichen Versorgung qualifiziert erfüllen kann. Technische Geräte sollen hierzu entsprechend der Notwendigkeit vorgehalten werden, wobei diese sich derzeit oftmals aufgrund der geringen Frequenz von notwendigen Untersuchungen nicht amortisieren.

2.10 ÄNDERUNG DES § 303 ABS. 4 SGB V

In § 303 Absatz 4 wird folgender Satz 4 angefügt:

„Äußerungsrechte und Darlegungspflichten des Vertragsarztes vor den Prüfungsgremien der Wirtschaftlichkeitsprüfungen bzw. Abrechnungsprüfungen bleiben von der Regelung unberührt.“

Begründung:

Mit dem Heil- und Hilfsmittelgesetzes (HHVG) hat der Gesetzgeber im Jahr 2017 § 303 SGB V durch einen neuen Abs. 4 wie folgt ergänzt:

“¹Sofern Datenübermittlungen zu Diagnosen nach den §§ 295 und 295a fehlerhaft oder unvollständig sind, ist eine erneute Übermittlung in korrigierter oder ergänzter Form nur im Falle technischer Übermittlungs- oder formaler Datenfehler zulässig. ²Eine nachträgliche Änderung oder Ergänzung von Diagnosedaten insbesondere auch auf Grund von Prüfungen gemäß den §§ 106 bis 106c, Unterrichtungen nach § 106d Absatz 3 Satz 2 und Anträgen nach § 106d Absatz 4 ist unzulässig. ³Das Nähere regeln die Vertragspartner nach § 82 Absatz 1 Satz 1.“

Diese gesetzliche Ergänzung wird stellenweise derart interpretiert, dass es dem Arzt im Rahmen eines Prüfverfahrens (insbesondere Wirtschaftlichkeitsprüfung) generell nicht mehr möglich sei, nachträglich Diagnosen zu übermitteln. Ausnahme hiervon sei lediglich der genannte Fall technischer Übermittlungs- oder formaler Datenfehler.

Mit der Gesetzesanpassung des § 303 Abs. 4 SGB V sollte die missbräuchliche nachträgliche Veränderungen der dokumentierten Diagnoseschlüssel ausgeschlossen werden. Dies ist allein vor dem Hintergrund des morbiditätsbedingten Risikostrukturausgleiches und der in diesem Zusammenhang erfolgten Diskussionen zu „Upcoding“-Versuchen einzelner Krankenkassen zu beurteilen. § 303 Abs. 4 SGB V zielt allein auf die Datenübermittlung nach § 295 Abs. 1 SGB V („Einzelfallnachweis“) ab, also das konkrete Übermittlungsverfahren der Datengrundlagen für den morbiditätsbedingten Risikostrukturausgleich. Hierdurch soll gewährleistet werden, dass die vom Arzt an die Kassenärztliche Vereinigung übermittelten Daten unverändert an die Krankenkassen und weiter an das Bundesversicherungsamt zum Zwecke des morbiditätsbedingten Risikostrukturausgleichs übermittelt werden. Diese Übermittlung soll vor Manipulationen geschützt werden und daher nicht nachträglich verändert werden können (Ausnahme: technischer Übermittlungsfehler oder formeller Datenfehler).

Unabhängig hiervon ist die Frage der Einlassungen des Arztes in einem Prüfverfahren zu sehen. Selbstverständlich muss es einem Arzt auch weiterhin zustehen, eine Auffälligkeit zu erklären und hierfür der Prüfstelle bzw. dem Beschwerdeausschuss die einschlägigen Diagnosen mitzuteilen. Insoweit kann aus

Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung der Arzt nicht aufgrund § 303 Abs. 4 SGB V präkludiert sein. Andernfalls würde man dem Arzt seine verfassungsrechtlich garantierten Rechte auf rechtliches Gehör (Art. 103 Abs. 1 GG) im Rahmen eines Prüfverfahrens nehmen. Eine Übermittlung dieser nachgereichten Diagnosen über die Daten nach § 295 Abs. 1 SGB V („Einzelfallnachweis“) erfolgt auch künftig nicht.

Vor dem Hintergrund der o. g. stellenweisen Interpretation ist eine Klarstellung in § 303 Abs. 4 SGB V notwendig. Eine solche kann mit der vorgeschlagenen Ergänzung erreicht werden.

2.11 ÄNDERUNG DES § 291 ABS. 2A SGB V

In § 291 Absatz 2a wird folgender Satz 2 angefügt:

„Elektronische Gesundheitskarten, die ab dem 1. Dezember 2019 von den Krankenkassen ausgegeben werden, müssen mit einer kontaktlosen Schnittstelle ausgestattet sein; Versicherte haben ab dem 1. Dezember 2019 einen Anspruch gegenüber ihrer Krankenkasse auf die unverzügliche Ausgabe einer elektronischen Gesundheitskarte mit einer kontaktlosen Schnittstelle.“

Begründung

Die vorgeschlagene Ergänzung entspricht dem bereits bestehenden Referentenentwurf für ein „Gesetz zur Ausstattung der elektronischen Gesundheitskarte mit kontaktloser Schnittstelle“. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung begrüßt eine möglichst schnelle Verpflichtung für Krankenkassen, die eGK ihrer Versicherten mit kontaktlosen Schnittstellen zu versehen, um die Anbindung mobiler Endgeräte zur Authentifizierung zu ermöglichen. Hierdurch ist insbesondere im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte, aber auch mit anderen telemedizinischen Leistungen wie der ärztlichen Videosprechstunde, eine zeitgemäße, räumlich unabhängige Authentifizierung der Versicherten, z. B. in Verbindung mit einem Smartphone, möglich.