



Bleibtreustraße 24  
10707 Berlin  
Telefon 030 88714373-30  
Telefax 030 88714373-40

**Deutscher Bundestag**  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**19(14)0058(22)**  
gel. VB zur öAnh am 13.2.2019 -  
TSVG II  
**8.2.2019**

Edmund-Rumpler-Straße 2  
51149 Köln  
Telefon 02203 5756-0  
Telefax 02203 5756-7000

[www.hausaerzteverband.de](http://www.hausaerzteverband.de)

**Stellungnahme des Deutschen Hausärzteverbandes e.V.**  
**zum Gesetzentwurf der Bundesregierung**  
**für ein Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung**  
**(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) – BT – Drs. 19/6337**

Köln/Berlin, im Februar 2019

## **A. Vorbemerkung:**

Im Folgenden wird in Ergänzung zu der Stellungnahme des Deutschen Hausärzterverbandes vom 10.01.2019 zu den Änderungsanträgen zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) Stellung genommen, welche explizit die hausärztliche bzw. Hausarztzentrierte Versorgung betreffen.

## **B. Stellungnahme**

### **I. zum Änderungsantrag 1 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD**

#### **Artikel 1 Nummer 13a, 28a, 30a, 33, 41a, 51, 58, 7a, 104 (§§ 32, 63, 64d, 106b, 124, 124a, 125, 125a, 326 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) – Heilmittelversorgung**

Die mit dem Änderungsantrag verfolgte Intention, die ambulante Heilmittelversorgung zu stärken und gezielt bürokratische Aufwände zu reduzieren, wird grundsätzlich begrüßt.

Die Blankoverordnung stellt eine sinnvolle Ergänzung zur besseren Versorgung der Versicherten dar. Die Herausnahme der Blankoverordnung aus der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106b SGB V ist im Grundsatz zu begrüßen.

Im jetzigen Entwurf ist keine Rückkopplung zum Behandlungsverlauf des Patienten zwischen verordnendem Arzt und Heilmittelerbringer vorgesehen. Nach initialer Indikationsstellung für eine Heilmittelbehandlung durch den verordnenden Arzt soll die konkrete Ausgestaltung der Therapie dem nichtärztlichen Leistungserbringer obliegen. Eine Kontrolle der Wirkung und ggf. Anpassung der Verordnung durch den Arzt ist nach der aktuellen Ausgestaltung nicht gegeben. Um eine Überprüfung des Therapieerfolges durch den vertragsärztlichen Leistungserbringer zu gewährleisten, sollte ein Austausch zwischen verordnendem Arzt und Heilmittelerbringer gegeben sein. Hier sollte geregelt werden, in welcher Form und in welchem Abstand bei Blankoverordnungen der behandelnde Arzt sowie auch der Kostenträger über den Behandlungsverlauf informiert werden und wie lange eine Blankoverordnung längstens gültig sein kann. Eine solche Regelung wäre auch unter dem Gesichtspunkt der Patientensicherheit sinnvoll, da die Heilmittelbehandlung in aller Regel nur einen von mehreren Therapiebausteinen darstellt und der behandelnde Arzt den gesamten Therapieverlauf im Blick haben muss.

Bemängelt werden muss, dass es an Ausgestaltungsvorgaben fehlt, etwa zur Möglichkeit des nichtärztlichen Leistungserbringers auf einer konkreten Verordnung zu bestehen, wenn er die Versorgungsverantwortung nicht übernehmen möchte. In diesem Zusammenhang wäre ebenfalls zu regeln, wie die Haftung zwischen ärztlichem und nichtärztlichem Leistungserbringer ausgestaltet ist. Die Ablehnung einer Blankoverordnung durch den Patienten oder den Arzt ist ebenfalls nicht vorgesehen.

Es ist zu begrüßen, dass der Arzt in medizinisch begründeten Einzelfällen von einer Blankoverordnung absehen und 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.

## II. Zum Änderungsantrag 6 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

### **Art. 1 Nummer 34, 41a, 80 (§ 73b, 83, 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) – Entkopplung der Vergütung von Diagnosen**

Es bestehen erhebliche Bedenken gegenüber der durch den Einschub in § 73b Absatz 5 Satz 7 SGB V verfolgten Entkopplung der Vergütung von Diagnosen mit den entsprechenden Folgeänderungen in § 83 SGB V und § 140a SGB V. Dies stellt einen massiven Eingriff in die selektivvertraglichen Regelungen dar.

Die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) mit dem Kernelement der langfristigen Bindung der Patienten an den von ihnen gewählten Hausarzt ist politisch gewollt und medizinisch sinnvoll. Dies gilt erst recht für die Betreuung und Behandlung chronisch kranker Patienten, die einen verlässlichen und vertrauten Ansprechpartner brauchen, der ihr gesamtes Umfeld und ihre gesamte Krankheitsgeschichte kennt. Damit ist eine effiziente und qualitätsgesicherte Versorgung gewährleistet. Zudem ergeben sich durch die Hausarztzentrierung – so auch die Evaluationsergebnisse der HZV-Verträge – spürbare Erfolge u. a. bei der Vermeidung von Folgeerkrankungen, Krankenhauseinweisungen, etc. bei chronisch kranken Patienten.

Die Betreuung und Behandlung von chronisch kranken Patienten muss dokumentiert werden. Diese Dokumentation dient der objektiven Plausibilisierung des erhöhten Behandlungsbedarfs bei der Versorgung chronisch kranker Patienten durch den Hausarzt. Dabei gilt: je mehr Krankheiten (= Diagnosen), umso größer der Behandlungsaufwand; dies muss abgebildet werden und sich in der Vergütung niederschlagen.

Hausärztinnen und Hausärzte sind auch in der HZV gesetzlich nach § 295 SGB V verpflichtet, Diagnosen zu erfassen und an die Krankenkassen zu übermitteln. Diese Diagnosen werden unter anderem dazu verwendet, Zu- und Abschläge innerhalb der hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG) auf die Grundpauschale, die eine Krankenkasse aus dem Gesundheitsfonds erhält, zu ermitteln.

Es ist weder Ziel noch Aufgabe der Hausärzte, diesen Mechanismus durch die Vergabe und Übermittlung bestimmter Diagnosen (Diagnoseschlüssel) zu beeinflussen bzw. zu manipulieren.

Bei der HZV handelt es sich um ein Erfolgsmodell, dies zu einem Zeitpunkt, zu dem knapp fünf Millionen Versicherte und 17.000 Hausärzte an der HZV teilnehmen und so eine zunehmende Flächendeckung erreicht wird. In den meisten KV-Bezirken ist versorgungspolitisch in Bezug auf die HZV endlich Ruhe eingekehrt und HZV-Vertragspartner und Kollektivvertragspartner gehen vernünftig und respektvoll miteinander um. Das sollte so bleiben, wird es aber nicht, wenn man Anlass zu der Vermutung gibt, dass „in der HZV manipuliert“ würde.

Besonders zu beachten ist, dass das Bundessozialgericht bestätigt hat, dass Chronikerpauschalen in der HZV als „Zuschläge für den erhöhten Betreuungsaufwand definierter Krankheitsbilder“ (sog. Chronikerzuschläge) rechtmäßig sind. Dies vor allem auch vor dem Hintergrund der durch das HHVG in § 73b Absatz 5 Satz 7 SGB V eingeführten Regelung, wonach *„zusätzliche Vergütungen für Diagnosen nicht Gegenstand der HZV-Verträge sein können“*. Das BSG stellt fest, dass keine *„Anhaltspunkte ersichtlich sind, dass die genannten Pauschalen (Chronikerzuschläge) nicht in erster Linie für die Verbesserung der Qualität der Betreuung und Behandlung der Patienten, sondern für das Codieren bestimmter Diagnosen gezahlt worden sein könnten“* (BSG, Urteil vom 21.03.2018, Az.: B 6 KA 44/16 R, Rz. 56.).

Die Chronikerpauschale des EBM (GOP 03220) knüpft an eine gesicherte chronische Erkrankung an. Die Berechnung dieser GOP setzt die Angabe der gesicherten Diagnose(n) der chronischen Erkrankung(en) voraus. Nach der ebenfalls im Änderungsantrag Nr. 6 vorgesehenen Anpassung des § 83 Satz 4 SGB V könnte es bei der o. g. EBM-Regelung verbleiben, denn zukünftig sollen lediglich kassenindividuelle und kassenartenspezifische Vereinbarungen im Rahmen der Gesamtverträge unzulässig sein, nicht aber der Regelungen des EBM als Bestandteil des BMV-Ä, der wiederum Bestandteil der Gesamtverträge ist. M. a. W. darf im EBM durchaus geregelt werden, dass Diagnosen Voraussetzung für die Vergütung von Chronikerpauschalen sein dürfen. In der HZV soll dies aber unzulässig sein. Dies bedeutet eine Ungleichbehandlung, die eine massive Schlechterstellung der HZV gegenüber der Regelversorgung mit sich bringt.

Schließlich hat auch das Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, erstellt durch den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs vom 27.11.2017, keine Belege bzw. Nachweise für – behauptete – Manipulationen bei der Vergabe von RSA-relevanten Diagnosen feststellen können. Vielmehr heißt es *„Es bleibt jedoch schwierig, hieraus eine systematische Manipulation der im Morbi-RSA als Morbiditätsinformationen verwendeten Diagnosen abzuleiten. Jegliche Auffälligkeiten können ohne direkten Nachweis eines manipulativen Vorgehens nur als Indizien (!) für eine Manipulationsanfälligkeit bewertet werden.“* Deshalb *„stellt sich auch die grundsätzliche Frage, ob die in den RSA-Daten aufgetretenen Frequenzsteigerungen, die in Bezug auf die erreichte Höhe epidemiologisch vertretbar sind, überhaupt als kritisch gelten können, zumal auch vom Gesetzgeber zeitgleich mit Einführung des Morbi-RSA morbiditätsbedingte Vergütungsregeln in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung implementiert wurden. Eine möglichst genaue Erfassung der Morbidität ist somit grundsätzlich erwünscht.“* (vgl. Zusammenfassung/RZ 10, 11/S. 205/).

Die nach der Begründung des Änderungsantrages Nr. 6 zu § 73b Absatz 5 Satz 7 SGB V (noch) als zulässig erachtete Vorgehensweise („Vergütungen für Leistungen, die aus medizinischen Gründen nur Patientengruppen mit bestimmten Krankheitsbildern angeboten werden, sind weiterhin möglich, sofern sie an einen allgemeinen Krankheitsbegriff anknüpfen“) bedeutet einen enormen bürokratischen Aufwand. Bestehende Vereinbarungen, die eben nicht gesetzeswidrig sind, müssten dann geändert werden, was für die Leistungserbringungs- und Abrechnungsprozesse einen Zeitvorlauf von mindestens acht Quartalen bedeuten würde.

Die HZV darf weder beschädigt noch gefährdet werden. Für gesetzliche Regelungen, wie sie etwa mit dem Änderungsantrag Nr. 6 angedacht sind, gibt es keinen vernünftigen Grund! Annahmen, Vermutungen und Unterstellungen Einzelner dürfen weder Anlass für gesetzliche Regelungen sein, noch dürfen sie eine ganze Versorgungsebene und Versorgungsform in Misskredit bringen. Die HZV ist Garant für eine zukunftsichere hausärztliche Versorgung in Deutschland.

Wir bitten insoweit um Prüfung und Berücksichtigung des folgenden Änderungsvorschlages:

*Artikel 1 wird wie folgt geändert:*

*1. Nummer 34 Buchstabe b wird wie folgt gefasst:*

*b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:*

*aa) In Satz 3 wird die Angabe „§ 20d“ durch die Angabe „§ 20i“ ersetzt.*

*bb) Nach Satz 7 wird folgender Satz 8 angefügt:*

*(8) Vereinbarungen von Vergütungen, deren Berechnung die Angabe von Diagnosen voraussetzen, sind zulässig, wenn die teilnehmenden Hausärzte bei der Vergabe und Dokumentation nicht durch Vorgaben der Krankenkassen auf bestimmte Diagnosen festgelegt sind.*

### **III. Zum Änderungsantrag 9 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD**

#### **Artikel 1 Nummer 55 (§ 103 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) – Erfüllung besonderer Versorgungsbedürfnisse als Zugangsvoraussetzung im Nachbesetzungsverfahren**

Bei der mit § 103 Absatz 4 Satz 10 SGB V beabsichtigten Änderung handelt es sich um eine konsequente Folgeänderung, die an die Befugnis des Zulassungsausschusses in § 103 Absatz 4 Satz 5 Nummer 7 SGB V anknüpft und diesem die Möglichkeit einräumt, die Zulassung unter der Voraussetzung zu erteilen, dass sich der Nachfolger im Nachbesetzungsverfahren zur Erfüllung besonderer Versorgungsbedürfnisse verpflichtet. Insbesondere vor dem Hintergrund des hausärztlichen Nachwuchsmangels – speziell in ländlichen Regionen – kann diese Regelung auch dazu beitragen, einer entsprechenden Unterversorgung entgegenzutreten.

#### **IV. Zum Änderungsantrag 11 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD**

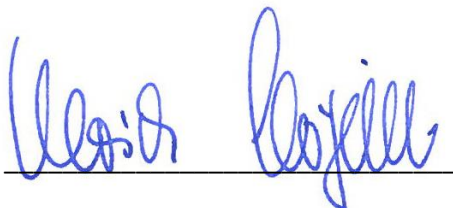
##### **Artikel 1 Nummer 56a, 57, 58, 59, 92, 100a (§§ 106, 106a, 106b, 106d, 275, 297 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) – Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen**

Grundsätzlich halten wir unsere Forderung nach der vollständigen Abschaffung der Regresse aufrecht.

Die mit dem vorstehend aufgeführten Änderungsantrag beabsichtigten Verkürzungen der Fristen für Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen sind als erster Schritt zu begrüßen: Vertragsärztliche Leistungserbringer erhalten so eine dringend benötigte erhöhte Planungssicherheit. Nachforderungen oder Kürzungen können innerhalb eines Zweijahreszeitraumes geltend gemacht werden, der als angemessen und ausreichend anzusehen ist.

Zu begrüßen ist ebenfalls der mit dem Änderungsantrag in § 106a Absätze 1 bis 4 SGB V verfolgte Gedanke, das Regel-Ausnahme-Prinzip bei der Zufälligkeitprüfung umzukehren: Die aktuelle Regelung in § 106a Absätze 1 bis 5 SGB V, jedes Quartal stets mindestens zwei Prozent der vertragsärztlichen Leistungserbringer einer Zufälligkeitprüfung zu unterziehen, setzt diese dem Generalverdacht der nicht wirtschaftlichen Erbringung ärztlicher Leistungen aus. Eine Prüfung auf begründeten Antrag einer Krankenkasse, mehrerer Krankenkassen gemeinsam oder der Kassenärztlichen Vereinigung und eine Begrenzung der Prüfungsdichte auf maximal zwei Prozent der Ärzte je Quartal tragen dem Versorgungsgeschehen angemessener Rechnung: Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit ärztlicher Leistungserbringung findet weiterhin – anlassbezogen – statt, der für die vertragsärztlichen Leistungserbringer mit einer Zufälligkeitprüfung einhergehende, zum Teil sehr hohe bürokratische Aufwand, kann reduziert werden, so dass sich diese auf das Kernelement ärztlicher Leistungserbringung – die angemessene Patientenversorgung – konzentrieren können.

Eine Ergänzung der Stellungnahme – insbesondere im Rahmen der mündlichen am 13. Februar 2019 stattfindenden Anhörung – bleibt ausdrücklich vorbehalten.



Ulrich Weigeldt  
Bundesvorsitzender