



TERMINSERVICE- UND VERSORGUNGSGESETZ

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM REFERENTENENTWURF VOM
23. JULI 2018

17. AUGUST 2018

INHALT

EINFÜHRUNG	4
<hr/>	
LEISTUNGSRECHT	6
§ 20j SGB V – Präexpositionsprophylaxe	6
§ 27a SGB V – Kryokonservierung	6
§ 35a SGB V – Arzneimittel	7
§ 40 SGB V – Reha	7
§ 46 SGB V – Krankengeld	7
<hr/>	
VERSORGUNG, WIEDEREINGLIEDERUNG, TERMINSERVICESTELLEN	8
§ 73 SGB V – Vergütung	8
§ 74 SGB V – Wiedereingliederung	8
§ 75 SGB V – Terminservicestelle	9
§ 75a SGB V – Schiedswesen	11
<hr/>	
VERGÜTUNGSRECHT	12
§ 87 SGB V – Vergütung / EBM – Überprüfung und Aktualisierung des EBM	12
§ 87 SGB V – Vergütung / EBM – Streichung des ergänzten erweiterten BA	13
§ 87a SGB V – Extrabudgetäre und zusätzliche Vergütung	14
<hr/>	
SCHIEDSWESEN	16
§ 89 SGB V – Änderungen zum (zweiseitigen) Schiedsamt	16
§ 89a SGB V – neues sektorenübergreifendes Schiedsamt	16
<hr/>	
REGELUNGEN IM BEREICH MVZ	17
§ 95 SGB V – Medizinische Versorgungszentren (MVZ)	17
<hr/>	
BEDARFSPLANUNG	19
§ 96 SGB V – Länder in Zulassungsausschüssen	19
§ 101 Abs. 1 SGB V – Fristanpassung	19
§ 103 SGB V – Zulassung	20
§ 103 SGB V – MVZ / Angestellte Ärzte	20
§ 105 SGB V – Sicherstellung	21
<hr/>	
VERBÄNDERECHT, AUFSICHT	23
§ 274 SGB V – Prüfung der Spitzenverbände	23
<hr/>	
ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSKARTE, TI UND ELEKTRONISCHE AU-BESCHEINIGUNG	24
§ 291 SGB V – Elektronische Patientenakte (ePA)	24
§ 295 SGB V – Elektronische AU-Bescheinigung	24
§ 305 Abs. 1 SGB V – Sozialdatenschutz	25

ZULASSUNGSVERORDNUNG FÜR VERTRAGSÄRZTE	26
§ 19a Ärzte-ZV – Sprechstunde	26

EINFÜHRUNG

Der Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)) vom 23. Juli 2018 verfolgt das Ziel, eine schnellere medizinische Versorgung von GKV-Versicherten herbeizuführen und zugleich die flächendeckende Versorgung der Patienten zu unterstützen. Hierzu wird auf zahlreiche Maßnahmen zurückgegriffen, deren Kosten bei voller Wirksamkeit für die GKV auf einen mittleren dreistelligen Millionenbetrag quantifiziert werden.

Grundsätzlich begrüßt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) den Ansatz, durch die Gesetzgebung entstehende Mehraufwände seitens der niedergelassenen Ärzte auch durch zusätzliche Vergütungen zu kompensieren.

Jedoch fehlt eine unmissverständliche Klarstellung, dass die Ausweitung des ärztlichen Angebots auch einer zusätzlichen Finanzierung bedarf.

Versorgung chronisch kranker Patienten

Am vorliegenden Entwurf wird allerdings 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 selbstständige freiberufliche Tätigkeit bildet damit den Ausgangspunkt für die gute Versorgung von Patiententinnen 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 selbständigen und freiberuflichen 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 Versichertenpauaschalen. 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 von weiteren Präventionsmaßnahmen (etwa der Werbung für den Gebrauch von Kondomen) begleitet sein muss. Weiterhin wird darauf hingewiesen, dass der Verweis auf die Leitlinie der Deutschen AIDS-Gesellschaft zur PrEP in der Begründung mittelbar auch weitere zusätzliche quartalsweise Vorsorgeuntersuchungen auf sexuell übertragbare Erkrankungen oder Infektionen nach sich zieht.

§ 27A SGB V – KRYOKONSERVIERUNG

Erweiterung des Leistungsanspruchs auf künstliche Befruchtung um die Kryokonservierung von Keimzellengewebe, Ei- und Samenzellen in Fällen, in denen Krebserkrankung zu Fertilitätsverlust führen könnte und Kryokonservierung erforderlich ist, um nach der Genesung eine künstliche Befruchtung zu ermöglichen.

Bewertung

Im Hinblick auf die Kryokonservierung wird darauf aufmerksam gemacht, dass sich oft nicht vorhersagen lässt, ob Infertilität im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung auftreten wird. Insofern ist – im Interesse sowohl der betroffenen Patienten als auch der behandelnden Ärzte – zu gewährleisten, dass bereits das bestehende Risiko eine medizinische Notwendigkeit begründet.

Änderungsvorschläge

- › Klarstellung beziehungsweise Konkretisierung der „dazugehörigen medizinischen Maßnahmen“.
- › Bereits das Risiko der Infertilität muss eine medizinische Notwendigkeit der Maßnahme begründen können.

§ 35A SGB V – ARZNEIMITTEL

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

Bewertung

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

Änderungsvorschlag

Streichung.

§ 40 SGB V – REHA

Folgerregelung zum neuen Schiedsgremium in § 89a - dreiseitiger Rahmenvertrag zum Entlassmanagement der Rehabilitationseinrichtungen.

Bewertung

Zwar löst der Änderungsvorschlag in § 40 Abs. 2 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.

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 vermag eine an sich wünschenswerte Koordinationsfunktion der Hausärzte nicht ausreichend zu stärken. Denn die gerade auch im Bewertungszusammenhang mit den §§ 87 und 87a 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.

§ 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.

Änderungsvorschlag

Streichung der Verknüpfung der regelmäßigen Überprüfungsverpflichtung mit der Ausstellung der AU. Alternativ Berücksichtigung in einer echten – entsprechend vergüteten - Assessmentleistung.

§ 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 in offener Arztpraxis oder im Bedarfsfall in der Notfallambulanz; bei lebensbedrohlichem Notfall erfolgt eine Weiterleitung an die Notrufzentrale 112.
- › 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 Notfallleitstellen 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 (auch Zertifizierung der Praxissoftware).
- › Die KVen veröffentlichen die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte.

Bewertung

Grundsätzlich können TSS bei den KVen aus Sicht der KBV ein Beitrag dazu sein, die Versorgungssituation zu unterstützen, indem zutreffende Angebote gebündelt werden. 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 aus Sicht der KBV für die Vermittlung von Terminen bei Haus- und Kinderärzten kein Bedarf besteht. Dies ist umso mehr hervorzuheben, als 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 Terminen (anders als das Online-Angebot und insbesondere die Betreuung von Akutfällen) sinnvollerweise nicht in 24 Stunden 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 Integrierbarkeit 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 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 möglich ist. Hinzu kommt, dass eine Integration der 116117 in die 112 auch deshalb praktisch undurchführbar sein wird, weil dies rechtlich weder für den Bundes- noch den Landesgesetzgeber möglich ist. Denn die „Hoheit“ über die 112 befindet sich durchgehend bei Kommunen beziehungsweise Landkreisen, die sich einer solchen Integration vermutlich mit allen Mitteln widersetzen würden beziehungsweise alle eigene Vorstellungen hätten, wie dies zu gestalten wäre.

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, würde die KBV eine solche Möglichkeit ausdrücklich begrüßen.

Aufgrund der Weiterleitung von 116117-Anrufern an die 112 in lebensbedrohlichen Fällen, die heute bereits tausendfach 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. Zudem ist die Schaffung von Rechtsgrundlagen erforderlich, die eine datenschutzkonforme Arbeit der TSS, der 116117 und der Weitergabe von Patientendaten in Akut- und Notfällen garantieren.

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.

Weiterhin notwendig ist eine Richtlinienkompetenz der KBV beziehungsweise ein gesetzgeberischer Auftrag an die KBV für ein zentrales bundesweites Triagierungstool zur Unterstützung der künftigen Patientensteuerung.

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 (ein Quartal Vorlaufzeit wird 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 von Haus- und Kinderärzten aus dem Angebot, jedenfalls aber Streichung der Vermittlung einer „dauerhaften Behandlung“.
- › In Akutfällen kann nur bei einem entsprechenden medizinischen Bedarf eine Vermittlung durch die KVen erfolgen. Schaffung einer Kompetenznorm für die KBV, ein softwarebasiertes Ersteinschätzungsverfahren (Triage) zur Verfügung zu stellen.
- › 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).
- › Übermittlung der Praxisöffnungszeiten durch die KVen an die KBV, datenschutzrechtliche Grundlagen zur Speicherung der Daten in der TSS und Schaffung einer Ermächtigungsnorm, die erhobenen Daten an die betroffenen Ärzte (z. B. Portalpraxen, Bereitschaftsdienst, Krankenhäuser) weiterzuleiten.

Ausgewählte Formulierungsvorschläge

§ 75 Abs. 1a Satz 3 Ziffer 3 wird wie folgt geändert:

„ab dem 1. April 2019 in Akutfällen auch ohne Vorliegen einer Überweisung über eine unmittelbare ärztliche Versorgung zu informieren und bei Bedarf einen Behandlungstermin zu vermitteln. Dies hat auf der Grundlage einer strukturierten Ersteinschätzung zu erfolgen.“

§ 75 Abs. 7 Ziffer 5 wird wie folgt geändert:

„5. Richtlinien für ein digitales Angebot zur Vermittlung von Behandlungsterminen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 sowie zur Vermittlung oder Information über eine unmittelbare ärztliche Versorgung in Akutfällen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 aufstellen“

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

„Für die bundeseinheitliche Telefonnummer des Bereitschaftsdienstes/der TSS nach Absatz 1a Satz 2 gelten die Vorgaben des § 108 Abs. 1 Sätze 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.

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 30. September 2019 (das Konzept ist dem BMG bis 31.03.2019 vorzulegen; dabei Mengensteuerung vorzusehen).
- › Versorgung in Akut- und Notfällen während der Sprechstundenzeiten (bereits umgesetzte Differenzierung nach Schweregrad wird festgeschrieben; ab 01.04.2019 in Akutfällen auf Vermittlung der TSS der KV gleiche Vergütung wie Krankenhäuser in der ambulanten Akutversorgung).
- › Erfolgreiche Terminvermittlung des Hausarztes bei dringlich notwendiger Facharztbehandlung (neben Versichertenpauschalen aufzunehmen und bis 01.04.2019) Zuschlag vorsehen (bei Fristversagen gelten vorläufig 2 Euro).
- › Erhöhte Bewertung der Behandlung von neuen Patienten innerhalb der Versicherten- und Grundpauschalen (ab 01.04.2019).
- › Leistungen in der offenen Sprechstunde, die zusätzlich zum Umfang von 20 Pflicht-Wochenstunden (zehn bei halbem Versorgungsauftrag) erbracht und abgerechnet werden; bei Fachärzten (außer Augen- und Frauenärzten) gilt Überweisungsvorbehalt.

Bewertung

Insgesamt ist der Bewertung der Regelungen des § 87 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 Satz 3 des Entwurfes. Darüber hinaus findet sich die Vorgabe eines – unangemessen niedrigen – Preises für die Übermittlung 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.

Positiv bewertet die KBV die Gleichbehandlung von Akutfällen im stationären und niedergelassenen Bereich durch die Regelung in Absatz 2a Satz 23. Insbesondere auch in Verbindung mit der EGV-Vergütung nach § 87a SGB V wird hier die Leistungsfähigkeit des ambulanten Bereiches nachvollziehbar anerkannt.

Im Hinblick auf die Differenzierung der Vergütung für Neupatienten wird aus Sicht der KBV darauf zu achten sein, dass der Vergütungsanreiz erhalten bleibt, da eine bloße Umverteilung der Vergütung ansonsten dazu führen müsste, dass Patienten, die sich in dauerhafter Behandlung befinden (müssen), benachteiligt sein könnten.

Ferner ist die KBV der Auffassung, dass im Gesetzestext einheitlich vom Neupatienten gesprochen werden sollte, dessen Definition auf der Gesetzesbegründung (S. 100) basieren sollte. 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 nachgewiesen 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, getroffen wird.

Die Vergütungsregelung zum dringlichen Termin wird von der KBV abgelehnt: Die hier durch den Gesetzgeber vorweggenommene Vergütungshöhe von 2 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 2 Euro kalkuliert ist, kann nur eine bloß administrative Leistung sein, die im Ergebnis dringend benötigte hausärztliche Ressourcen fehlalloziert. Außerdem ist nicht nachvollziehbar, dass bei der Vermittlung eines fachärztlichen Termins durch den Hausarzt die dann vom Facharzt durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen nicht den Leistungen, die nach Vermittlung durch die TSS durchgeführt werden, gleichgestellt sind und „extrabudgetär“ vergütet werden.

Die Leistungen der „offenen Sprechstunde“ werden 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.

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 Satz 5) strikt ablehnt.

Änderungsvorschläge

§ 87 Abs. 2 Satz 3

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

§ 87 Abs. 2b Satz 3

Statt der Formulierung „die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals diagnostiziert und behandelt werden“ sollte der Gesetzestext den Begriff des „Neupatienten“ verwenden, wie er in der Begründung des Entwurfes definiert ist (s. S. 100).

§ 87 Abs. 2b Satz 1 Nr. 4 sowie angefügte folgende Sätze (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. 2g:

Streichung der Regelung zur „offenen Sprechstunde“.

§ 87 Abs. 6 Satz 5

Streichung.

§ 87 SGB V – VERGÜTUNG / EBM – STREICHUNG DES ERGÄNZTEN ERWEITERTEN BA

Bewertung

Beibehaltung des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses.

§ 87A SGB V – EXTRABUDGETÄRE UND ZUSÄTZLICHE VERGÜTUNG

Extrabudgetäre und zusätzliche Vergütung ärztlicher Leistungen

- › die nach Vermittlung durch die TSS der KVen durchgeführt werden,
- › für die erfolgreiche Vermittlung eines dringlichen Behandlungstermins beim Facharzt oder Hausarzt,
- › in Akut- und Notfällen während der Sprechstundenzeiten,
- › bei Behandlung neuer Patienten sowie
- › in der offenen Sprechstunde.

Bewertung

Grundsätzlich begrüßt die KBV die in den Änderungsvorschlägen zu § 87a 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. Dies würde zwangsläufig dazu führen, dass die durch den Gesetzgeber gewünschte Steigerung des Leistungsangebotes nicht bei den Versicherten ankommen würde.

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 Bereinigung des Behandlungsbedarf nicht in Betracht kommt – 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.

Aus Sicht der KBV sind weiterhin – sofern der Gesetzgeber an seinem diesbezüglichen Wunsch festhält – sinnvollerweise alle in der „offenen Sprechstunde“ erbrachten Leistungen zu entbudgetieren. Dies ist damit zu begründen, dass es sich bei diesen Leistungen um eine wesentliche – politisch gewollte – Mengenausweitung handelt, die von der KBV abgelehnt wird.

Weiterhin sollte durch die Ergänzung einer Ermächtigungsregelung in § 87a 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 Satz 5 Nr. 2

Formulierung:

„Leistungen, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 erbracht oder veranlasst werden, soweit es sich nicht um Fälle nach § 75 Absatz 1a Satz 8 handelt.“

§ 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 3

Streichung.

§ 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 4

- › Streichung von „während der Sprechstundenzeiten“.
- › Gewährleistung des notwendigen Umsetzungsvorlaufs (ca. 6 Monate).

§ 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 5

Statt der Formulierung „für Patienten, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals diagnostiziert und behandelt werden“ sollte von „Neupatienten“ gesprochen werden, um dem in der Begründung (S. 100) dargelegtem Anliegen und der dortigen Definition der Patientengruppe gerecht zu werden.

§ 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 6

Keine Beschränkung auf Versicherten- und Grundpauschalen.

§ 87a Abs. 3 Satz 5

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

Formulierungsvorschlag: Ersetzung von § 87a Abs. 2 Sätze 3 und 4:

„³Die Vertragspartner nach Satz 1 können ergänzende Regelungen zur Vergütung der Strukturen und der ärztlichen Leistungen im organisierten ärztlichen Notdienst sowie für einzelne neue Leistungen vereinbaren.

⁴Bei der Festlegung des Zu- oder Abschlags nach Satz 2 sowie der Förderung nach Satz 3 ist zu gewährleisten, dass die medizinisch notwendige Versorgung der Versicherten sichergestellt ist.“

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 Satz 5
Streichung.

§ 89 Abs. 3 Satz 2, § 89a Abs. 3 Satz 2
Streichung.

§ 89 Abs. 6 Satz.. 2, § 89a Abs. 6 Satz 2
Beibehalt des Losentscheids und Erstreckung auf sektorenübergreifendes Schiedsgremium.

§ 89 Abs. 8 Satz 4, Abs. 9 Satz 2, § 89a Abs. 8 Satz 3, Abs. 9 Satz 2
Streichung.

§ 89 Abs. 9 Satz 3, 89a Abs. 9 Satz 3
Streichung.

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

§ 89a
Beibehaltung der bisherigen Systematik.

REGELUNGEN IM BEREICH MVZ

§ 95 SGB V – MEDIZINZINSICHE 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.

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. Zielführender wäre insofern, die KVen selbst in den Kreis der Gründungsberechtigten aufzunehmen, die dadurch den Weg junger 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. Allerdings ist insofern darauf hinzuweisen, dass die Regelung dem Grunde nach noch nicht weit genug geht: Aus Sicht der KBV sollten insofern weitere Maßnahmen ergriffen werden, um die Rolle der selbständigen Ärzte im Zusammenhang mit den MVZ 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.

Änderungsvorschlag

§ 95 Abs. 1a

- › Streichung der Praxisnetze (gegebenfalls 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.

BEDARFSPLANUNG

§ 96 SGB V – LÄNDER IN ZULASSUNGS-AUSSCHÜSSEN

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

Bewertung

Mit der Gesetzesänderung wird eine neue Form des Antrags im Zulassungsausschuss eingeführt. Anträge können bislang nur von Ärzten und MVZ gestellt werden, die der Zulassungsausschuss reaktiv bearbeitet. Nunmehr soll das Land Anträge auf zusätzliche Zulassungen stellen können, die nach § 103 Abs. 3b zu genehmigen sind. Eine weitergehende Kostenverantwortung der Länder ist damit allerdings nicht verbunden. 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. Für neue Zulassungen und damit ein zusätzliches Versorgungsangebot müssen auch zwingend zusätzliche finanzielle Mittel bereitgestellt werden.

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 zusätzliche Arztsitze in den von ihnen bestimmten ländlichen Regionen beantragen („ländliche“ Region nach Definition des BBSR: Kreise und Kreisregionen unter 100 Einwohner je km²).

Bewertung

Die Regelungsentwürfe zu § 103 weisen Licht aber auch überwiegend erhebliche Schatten auf, da insbesondere ein sehr stark dirigistisches Moment durchscheint, das allerdings in der Praxis nicht dazu führen wird, bestehende Probleme 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 für die dort genannten Arztgruppen abgelehnt. Aus Sicht der KBV besteht für benötigte Zulassungen in diesen Bereichen mit dem Instrument der Sonderbedarfzulassung – die gleichzeitig auch entsprechend finanziert werden muss – das bessere Instrument, um dem durch den Gesetzgeber festgestellten Mangel zu begegnen.

Als besonders problematisch erweist sich aus Sicht der KBV die Entwurfsfassung des § 103 Abs. 3b, die sich auch in den Änderungen des Abs. 4 widerspiegelt : Ohne Beratung durch die Selbstverwaltung kann das Land nach dieser Regelung ohne Kostenverantwortung zusätzliche, nicht dauerhaft gegenfinanzierte Arztsitze in vergleichsweise noch dicht versorgten Planungsbereichen anordnen. Unklar sind dabei auch die Begrifflichkeit des Antrags, der Adressat des Antrags sowie die Ermittlung der erforderlichen Arztsitze. Sowohl unter Gesichtspunkten der Versorgungsorientierung als auch der Selbstverwaltungsautonomie ist dieser Staatsdirigismus abzulehnen. Zudem geht die Regelung mit keiner finanziellen Verantwortung der Länder einher. Maximal ist in diesem Bereich ein Antragsrecht der Länder in den Zulassungsausschüssen denkbar.

Änderungsvorschläge

- › Verzicht auf die Aufhebung der Zulassungssperre zugunsten des Instruments der Sonderbedarfzulassung 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 besonderes Versorgungsangebot des MVZ 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

Kritisch gesehen wird seitens der KBV die im Entwurf vorgesehene verbindlichere Regelung der Privilegierung von MVZ-Bewerbungen auf eine Stelle ohne einen konkreten Kandidaten zu nennen. Diese Möglichkeit ist Vertragsärzten verwehrt und die insofern bestehende Bevorzugung der MVZ ist aus Sicht der KBV nicht zu begründen. Insgesamt ist die Beschränkung der Auswahlmöglichkeit der Zulassungsausschüsse als sehr streitanfällig zu charakterisieren.

Der Regelungsentwurf des § 103 Abs. 4a Satz 3 wird hingegen 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.

Änderungsvorschläge

§ 103 Abs. 1

Aufhebung der Zulassungssperren nur für ländliche beziehungsweise sozial schwache Gebiete.

§ 103 Abs. 3b

Streichung.

§ 103 Abs. 4

Streichung.

§ 103 Abs. 4 Satz 5 Nr. 9

Streichung.

§ 103 Abs. 4 Satz 10

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 Sonderbedarfszulassungen.
- › 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 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 praxiskonform: 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. 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 Möglichkeit 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.

VERBÄNDERECHT, AUFSICHT

§ 274 SGB V – PRÜFUNG DER SPITZENVERBÄNDE

Zur Unterstützung der Prüfung nach § 274 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 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

Es wird angeregt, die Frist für Praxen für die Anbindung an die Telematik-Infrastruktur und die Durchführung des Versichertenstammdatenmanagements (VSDM) bis mindestens zum 30. Juni 2019 zu verlängern, da die geltende Frist in der Praxis nicht zu halten sein wird.

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.

Änderungsvorschlag

Einfügung einer Richtlinienkompetenz der KBV für die innerärztliche Kommunikation, Einbezug der eGA.

§ 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

Die geplante Regelung führt dazu, dass in Arztpraxen für denselben Prozess (AU-Bescheinigung) zwei Verfahren (Papier und Digital) vorgehalten, gewartet und finanziert werden müssen. Schon aus diesem Grund wird die geplante Regelung in der vorliegenden Form abgelehnt, da sie erhebliche Fragestellungen auch im Hinblick auf Haftungsfolgen bei technischen Problemen und Kostenfolgen für den Arzt aufweist.

Änderungsvorschlag

Verzicht auf die Regelung, Beibehaltung der Rolle des Versicherten im System der AU.

§ 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

Die Regelung wird seitens der KBV abgelehnt, da sie in vorliegender Form den berechtigten Interessen der Ärzteschaft an der Festlegung der Informationsobjekte der ePA widerspricht. Insofern ist aus Sicht der KBV zumindest ein Einvernehmen mit der KBV als ärztliche Interessenvertretung sicherzustellen.

Änderungsvorschlag

Regelung eines Einvernehmenserfordernisses der KBV.

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 unmittelbaren und wohnortnahen Versorgung (z. B. Haus- und Kinderärzte, 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.

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.

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, dass 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 Satz 2 (Mitteilung der Sprechzeiten) wären deshalb gesonderte Regelungen für vertragsärztliche Einrichtungen erforderlich.

Änderungsvorschlag

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

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.