



BKK Dachverband e.V.

Mauerstraße 85
10117 Berlin

TEL (030) 2700406-200

FAX (030) 2700406-222

politik@bkk-dv.de

www.bkk-dachverband.de

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V.

vom 10. Januar 2019

zum

Entwurf eines Gesetzes für
schnellere Termine und bessere Versorgung
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

sowie zu den Oppositionsanträgen

Inhalt

I. Vorbemerkung	5
II. Kommentierung im Detail.....	11
Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	11
Zu Nr. 6 – Familienversicherung für Stiefkinder und Enkel (§ 10 SGB V).....	11
Zu Nr. 9 – Präexpositionsprophylaxe (§ 20j SGB V)	12
Zu Nr. 12 – Mehrkostenregelungen bei kieferorthopädischen Leistungen (§ 29 SGB V)	13
Zu Nr. 26 – Aufforderung zur Antragstellung auf Krankengeld bei Teilrente (§ 51 SGB V)	13
Zu Nr. 33 – Terminvermittlung durch den Hausarzt (§ 73 SGB V)	14
Zu Nr. 32 – Elektronische Kommunikation im Gesundheitswesen (§ 67 SGB V)	14
Zu Nr. 34 – Schutzimpfungen durch Betriebsärzte (§ 73b SGB V)	16
Zu Nr. 36 – Sicherstellung der Versorgung (§ 75 SGB V).....	16
Zu Nr. 42 – Punktwertdegression in der vertragszahnärztlichen Versorgung (§ 85 SGB V)	17
Zu Nr. 43 – Überprüfung und Aktualisierung des EBM (§ 87 SGB V)	18
Zu Nr. 44 – MGV (§ 87a SGB V)	19
Zu Nr. 48 – Sektorenübergreifendes Schiedsgremium (§ 89a SGB V)	20
Zu Nr. 49 – Landesausschüsse (§ 90 Absatz 4 Satz 3 SGB V).....	22
Zu Nr. 51b) – Psychotherapie-Richtlinie (§ 92 Abs. 6a SGB V)	22
Zu Nr. 52 – Haftung bei MVZ in Form einer Genossenschaft (§ 95 SGB V).....	23
Zu Nr. 52 – Ergebnisberichte Mindestsprechstunden (§ 95 Absatz 3 SGB V)	24
Zu Nr. 53 – Rechte der Länder in Zulassungsausschüssen (§ 96 SGB V)	24
Zu Nr. 54 – Regelungskompetenzen des Gemeinsamen Bundesausschuss (§ 101 SGB V).....	24
Zu Nr. 55 – Bedarfsplanung (§ 103 SGB V).....	25
Zu Nr. 56 – KV Strukturfonds (§ 105 SGB V).....	27
Zu Nr. 74 – Impfstoffversorgung (§ 132e Absatz 2 i. V. m. § 129 Abs. 5 Satz 1 SGB V)	29
Zu Nr. 73 – SAPV (Änderung § 132d Abs. 1 und 2)	30
Zu Nr. 83 – Fehlverhaltensbekämpfungsstellen (§ 197a SGB V).....	30
Zu Nr. 96 – Elektronische Patientenakte (§ 291a SGB V).....	31

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Zu Nr. 97 – Elektronische Patientenakte (§ 291b SGB V).....	34
Zu Nr. 102 – Bereitstellung von Abrechnungsdaten in der ePA (§ 305 SGB V).....	34
Zu Nr. 99d) – Ambulante Kodierrichtlinien (§ 295 SGB V)	35
Artikel 2: Weitere Änderung des Fünften Sozialgesetzbuch	37
Zu Nr. 1-3 – Elektronische AU-Bescheinigung (§ 295 SGB V)	37
Artikel 6: Änderung der Schiedsamtverordnung.....	37
Artikel 10: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch.....	37
Zu Nr. 7 – Ambulante Betreuungsdienste (§ 71 SGB XI)	37
Artikel 15: Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte	39
III. Weiterer Änderungsbedarf.....	41
Maßnahmen zu Reduktion der Manipulationsanfälligkeit des Morbi-RSA	41
1. Überprüfung von Verträgen auf RSA-Konformität.....	41
2. Beschleunigung der Prüfungen nach § 273 SGB V und Herstellen von Transparenz über die Tätigkeit der Prüfstellen	41
Digitalisierung	43
3. Nutzung von Abrechnungsdaten bei Bonusprogrammen.....	43
4. Nachweisführung durch Versicherte auch rückwirkend ermöglichen.....	43
5. Beratungsmöglichkeiten der Kassen	44
6. Finanzierung der Kosten der Telematikinfrastruktur (§ 291a Absatz 7 SGB V).....	45
Weiteres	45
7. Förderung der Qualität durch die Krankenkassen	45
8. Übermittlungspflicht der Finanzbehörden.....	47
IV. Stellungnahme zu den Oppositionsanträgen.....	49
zu Drucksache 19/2689	49
zu den Drucksachen 19/4887 und 19/6130	49

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

zu den Drucksachen 19/4833 und 19/3393	50
zu Drucksache 19/6417	50
zu Drucksache 19 (14) 51.1	51
zu Drucksache 19 (14) 51.2	51
zu Drucksache 19 (14) 51.3	52

I. Vorbemerkung

Der vorliegende Gesetzentwurf enthält verschiedene Maßnahmen, um den Zugang zur ambulanten Versorgung zu verbessern, die Versorgungsstrukturen in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu fördern und die Digitalisierung im Gesundheitswesen voranzutreiben. Die Ziele, die damit verbunden werden, unterstützt der BKK Dachverband ausdrücklich. Die geplante Umsetzung der Vorhaben kommentieren wir wie folgt:

Sprechstundenangebot

Die Betriebskrankenkassen befürworten die Ausweitung des Vermittlungsauftrags der **Terminservicestellen** (TSS) und hier insbesondere die verpflichtende Bereitstellung eines elektronisch gestützten Wartezeitenmanagements zur Terminvermittlung.

Wenngleich die **Erhöhung der Mindestsprechstunden** um fünf Wochenstunden zu begrüßen ist, weisen die Betriebskrankenkassen darauf hin, dass eine dem Bedarf gerechtere Versichertenversorgung erst möglich sein wird, wenn das Versorgungsangebot sich nach inhaltlich präzisierten Versorgungsaufträgen richtet – und deren Erfüllung auch nachgehalten wird. Hierfür bedarf es Transparenz über das Leistungsspektrum einzelner Praxen. Insofern begrüßen die Betriebskrankenkassen die verbindlichere Ausgestaltung der Prüf- und Berichtspflichten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) als ersten Schritt.

Auch wenn nachvollziehbar Anreize für die ambulant tätigen Ärzte zur Reduktion von Wartezeiten geschaffen werden sollen, sollten die vom Gesetzgeber ergriffenen Maßnahmen überdacht werden: Die zusätzlichen **Vergütungsanreize** widersprechen der Kalkulationssystematik des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) und produzieren somit Verwerfungen. Darüber hinaus wird in das Verhältnis von Morbiditätsbedingter Gesamtvergütung (MGV) zu Einzelleistungsvergütung (EGV) eingegriffen.

- Die gesetzgeberische Klarstellung, dass im Rahmen des hausärztlichen Versorgungsauftrags die Koordinationsaufgabe auch die Vermittlung eines aus medizinischen Gründen erforderlichen Facharzttermins einschließt, wird begrüßt. Allerdings wird die an anderer Stelle vorgesehene gesonderte, **zusätzliche Vergütung für die Terminvermittlung** abgelehnt. Der Vertrag über die hausärztliche Versorgung sieht die Terminvermittlung bereits seit Jahren vor.
- Wenig nachvollziehbar ist zudem die **Vergütungs differenzierung zwischen Patienten**, die akut eine offene Sprechstunde aufsuchen und denjenigen, die mit Terminvereinbarung die Praxis aufsuchen. Ärzte würden somit in Zukunft für identische Leistungen Vergütungen in unterschiedlicher Höhe erhalten.
- Eine verbindliche **Differenzierung der Versichertenpauschalen nach Neu- und Bestandspatienten** bewerten die Betriebskrankenkassen ebenfalls kritisch. Durch die mengenmäßig nicht eingeschränkte extrabudgetäre Vergütung entstehen Anreize, „neue“ Behandlungsfälle – auch

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

durch entsprechende Kodierungen – zu generieren. Dies hat wiederum Einfluss auf die Fortentwicklung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung sowie ggf. auf die Meldungen im Morbi-RSA.

Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung

Die Steuerungswirkung von **Sicherstellungszuschlägen** ist in der Praxis bislang zweifelhaft. Um eine Steuerungswirkung zu erzielen, fordern die Betriebskrankenkassen zumindest eine Gegenfinanzierung durch Abschläge in überversorgten Gebieten. Es ist nicht gerechtfertigt, Versäumnisse bei der Erfüllung des Sicherstellungsauftrags einseitig mit zusätzlichen finanziellen Mitteln zu Lasten der beitragszahlenden Versicherten zu korrigieren.

Eine verpflichtende Einrichtung von **Strukturfonds** sowie die gleichzeitige Möglichkeit zur Verdoppelung der zur Verfügung zu stellenden Mittel lehnen die Betriebskrankenkassen ab. Nicht alle Regionen sind gleichermaßen von den zu adressierenden Strukturproblemen betroffen. Zudem werden die bereits heute zur Verfügung stehenden Mittel des Strukturfonds nicht vollständig ausgeschöpft. Um sicherzustellen, dass zusätzliche Versichertengelder zielgerichtet zur Berücksichtigung besonderer regionaler Versorgungsbedürfnisse eingesetzt werden, sollten die Krankenkassen ein gleichberechtigtes Mitspracherecht erhalten. Darüber hinaus ist die private Krankenversicherung (PKV) finanziell in angemessenem Umfang an Fördermaßnahmen zu beteiligen.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen, dass **Steuerungsmöglichkeiten des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)** verbessert werden sollen, indem er verbindliche Anforderungen an die Zusammensetzung einzelner Arztgruppen machen kann. Um dem gesetzlichen Auftrag nachzukommen, bereits durch die im Rahmen der Bedarfsplanung festzulegenden Kriterien Steuerungswirkungen für eine bedarfsgerechtere Versorgung zu entfalten, sollte darüber hinaus eine Konkretisierung der Versorgungsaufträge erfolgen. Vor dem Hintergrund der fortschreitenden Spezialisierung halten die Betriebskrankenkassen es für erforderlich, das Angebot mit grundversorgenden Leistungen zu stärken.

Weitere, im Gesetzentwurf vorgesehene Änderungen im Bereich der Bedarfsplanung führen aus Sicht der Betriebskrankenkassen zu Verwerfungen:

- Die generelle, bundesweite **Aussetzung von Zulassungsbeschränkungen** für Innere Medizin und Rheumatologie, Psychiatrie und Psychotherapie und Pädiater bis zum Inkrafttreten der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie wird abgelehnt. Die Betriebskrankenkassen schlagen alternativ vor, die Möglichkeit der Aussetzung in die Verantwortung der Landesausschüsse zu legen, damit regional begrenzte Niederlassungsmöglichkeiten für diese Fachgruppen für einen begrenzten Zeitraum – unabhängig von Regularien der Bedarfsplanung – entstehen können.
- Eine **Ausweitung der Rechte der Länder in den Zulassungsausschüssen** lehnen die Betriebskrankenkassen ab. Bereits jetzt besitzen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Landesbehörden weitreichende Mitwirkungsrechte. Darüberhinausgehende Rechte laufen dem Prinzip der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zuwider.

- Eine alleinige **Entscheidungsbefugnis der Länder über zusätzliche Zulassungen** ohne Finanzierungsverantwortung, birgt die Gefahr, dass ggf. aus weiteren Motivlagen heraus auf zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten gedrungen wird. Diese Maßnahme ist insbesondere auch deshalb kritisch zu beurteilen, weil sie die bestehenden Beschränkungen aushebeln, die für attraktivere ländliche und damit gut versorgte Gebiete greifen und damit von Unterversorgung bedrohte Gebiete schlechter als bisher die Möglichkeit erhalten, benötigte Arztkapazitäten zu attrahieren.

Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

Die vorgesehenen **restriktiven Regelungen im Bereich der MVZ** lehnen die Betriebskrankenkassen ab. MVZ sind eine sinnvolle Ergänzung ambulanter Versorgungsstrukturen – dies unabhängig von ihrer Trägerschaft – und sind damit ein wichtiger Teil einer bedarfsgerechten Sicherstellung der medizinischen Versorgung. Daher sind Maßnahmen zur Beschränkung von Investitionen in MVZ oder das Aufbauen weiterer Hürden bei ihrer Zulassung bzw. ihren Tätigkeiten nicht zielführend. Gerade technisch geprägte ärztliche Fachrichtungen können nur durch entsprechende Investitionen auf dem Stand der Wissenschaft und Technik arbeiten. Schließlich sind für technische Innovationen hohe Investitionssummen erforderlich, die in einer Einzelpraxis kaum aufzubringen sind. Der Sorge, Investoren unterstützte MVZ würden sich plötzlich aus Regionen zurückziehen, kann entgegengehalten werden, dass finanziell lukrative MVZ kaum der Gefahr unterliegen dürften, geschlossen zu werden. Hingegen dürfte diese Gefahr bei Einzelpraxen meist höher sein.

Zudem bieten MVZ – anders als die klassische Einzelpraxis – Berufsbedingungen ohne finanzielle Risiken der Niederlassung. Dies fördert moderne Lebens- bzw. Arbeitsmodelle und die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Im Interesse einer zukünftigen Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung sollte der Gesetzgeber daher auch im Verhältnis der niedergelassenen Ärzte und MVZ auf faire Wettbewerbsbedingungen setzen.

Mitgliedschafts- und Beitragsrecht

Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich die Aufnahme des Kriteriums der Haushaltaufnahme in der **Familienversicherung für Stiefkinder und Enkel** sowie die Begrenzung der Prüfung des „überwiegenden Unterhalts“ auf die Fälle, bei denen kein Anhaltspunkt für eine häusliche Gemeinschaft mit dem Mitglied besteht.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Schutzimpfungen durch Betriebs- und Werksärzte

Die Schaffung von Möglichkeiten für eine aufwandsärmere Gestaltung der Abrechnungswege im Rahmen der Versorgung mit Schutzimpfungen durch die Betriebs- und Werksärzte sowie für die Krankenkassen wird begrüßt.

Vertragszahnärztliche Versorgung

Der Wegfall der **Punktwertdegression im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung** wird abgelehnt. Die Betriebskrankenkassen schlagen vor, die geplante Neuregelung auf tatsächlich unterversorgte, ländliche Gebiete zu beschränken, um hier Anreize für Niederlassungen zu erzielen.

Die Einführung einer gesetzlich definierten **Mehrkostenregelung für den kieferorthopädischen Bereich** wird positiv bewertet. Fraglich bleibt, warum diese Klarstellung lediglich bei kieferorthopädischen Leistungen erfolgt und nicht für alle zusätzlichen Leistungen geregelt wird. Ausdrücklich zu begrüßen ist die Beauftragung des (Erweiterten) Bewertungsausschuss mit der Erarbeitung des avisierten Leistungskataloges. Um eine Unterstützung der Versicherten in Konfliktfällen mit dem Kieferorthopäden durch die Krankenkassen zu gewährleisten, muss klargestellt werden, dass den Krankenkassen die Unterlagen zur Mehrkostenregelung ebenfalls zur Verfügung gestellt werden.

Sektorenübergreifende Konfliktlösung

Eine **Ordnung der Schiedsstellensystematiken für den sektorenübergreifenden Bereich** ist sinnvoll. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist es jedoch notwendig, die Schiedsgremien neben den unparteiischen Mitgliedern paritätisch durch Kostenträger und Leistungserbringer zu besetzen und die zur Beschlussfassung notwendige Mehrheit von einer Zweidrittelmehrheit auf eine einfache Mehrheit anzupassen. Darüber hinaus ist eine Erhöhung der Anzahl der Sitze für die Verbände der Krankenkassen angebracht, um alle Kassenartenverbände auf Landesebene gleichberechtigt zu beteiligen.

Digitalisierung

Die begriffliche Zusammenführung von **elektronischer Patientenakte (ePA)** und elektronischem Patientenfach (ePF) wird begrüßt. Die Ergänzung zur kartenzentrierten Architektur der Telematikinfrastruktur und die Erweiterung der Zugriffsrechte des Versicherten, auch ohne die elektronische Gesundheitskarte und Gegenwart eines Inhabers eines Heilberufsausweises auf die eigenen Daten zugreifen zu können, stärken Selbstbestimmung und Datensouveränität der Versicherten. Die Verpflichtung der Krankenkassen, ihren Versicherten bis 2021 eine ePA nach § 291a SGB V zur Verfügung zu stellen, wird durch die Betriebskrankenkassen ebenfalls positiv bewertet. Ausdrücklich befürworten die Betriebskrankenkassen die Möglichkeit, Versicherten in der zugelassenen ePA zusätzliche Inhalte und Anwendungen zur

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Verfügung zu stellen. Die gematik als Zulassungsbehörde für kassenindividuelle Angebote lehnen wir dagegen strikt ab. Die Rolle der gematik sollte sich auf die Vorgabe von zu berücksichtigenden technisch-semantischen Standards beschränken.

Um die Potentiale der Digitalisierung zur Gesundheitsförderung, Gesunderhaltung und Unterstützung im Krankheitsfall im Sinne der Versicherten nutzbar zu machen, muss es auch den Krankenkassen gestattet sein, auf Wunsch des Versicherten, Daten der ePA zu verarbeiten. Hierdurch werden sie in die Lage versetzt ihren gesetzlichen Versorgungs- und Beratungsauftrag vollumfänglich zu erfüllen und damit auch weiterhin rechtlichen Ansprüchen der Versicherten entsprechen zu können.

Einführung ambulanter Kodierrichtlinien

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die nunmehr im Gesetzentwurf verankerte Einführung von ambulanten Kodierrichtlinien als wichtigen Schritt zur Reduktion von Manipulationsmöglichkeiten im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Da die Vorarbeiten für die Erstellung der Kodierrichtlinien bereits weit fortgeschritten sind, schlagen wir vor, die Fristen zur Einführung bereits auf das Jahr 2021 vorzuziehen. Ergänzend schlagen die Betriebskrankenkassen ein Bündel an Maßnahmen vor, um die Manipulationsanfälligkeit weiter zu senken:

- Stichprobenartige Überprüfung von Software im Einsatz auf eine Übereinstimmung mit dem Zertifikat,
- Nochmalige Verankerung eines Verbots individueller Kodiervereinbarungen zwischen Kassen und Leistungserbringern,
- Prüfung von Verträgen auf RSA-Konformität,
- Beschleunigung der Prüfungen nach § 273 SGB V und Herstellen von Transparenz über die Tätigkeit der Prüfstellen.

Heilmittel

Die vorgesehene Weiterentwicklung der Heilmittelversorgung ist zu begrüßen. Nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen mehr Kompetenz in der Ausübung ihres Berufes zu übertragen, ist eine Forderung der Betriebskrankenkassen – nicht nur im Bereich der Heilmittelerbringung. Durch die Weiterentwicklung der Heilmittelversorgung wird den mit dem demographischen Wandel und dem medizinisch-technischen Fortschritt einhergehenden Veränderungen in den Versorgungsbedarfen Rechnung getragen. Neue Kompetenzen machen allerdings eine Novellierung der Ausbildung notwendig, durchaus auch auf akademischem Niveau.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Der Gesetzgeber könnte perspektivisch, in einem nächsten Schritt, den Direktzugang zur physiotherapeutischen Versorgung ermöglichen. Hierzu muss eine Reihe von Fragen geklärt werden, so die Frage, wer Verantwortlichkeit für die Wirtschaftlichkeit der Versorgung trägt. Entsprechende Neuregelungen, die Heilmittelerbringern Verantwortung auf Augenhöhe mit ärztlichen Berufen zugestehen, müssten umgesetzt werden.

II. Kommentierung im Detail

Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nr. 6 – Familienversicherung für Stiefkinder und Enkel (§ 10 SGB V)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich die Aufnahme des Kriteriums der Haushaltsaufnahme in der Familienversicherung für Stiefkinder und Enkel sowie die Begrenzung der Prüfung des „überwiegenden Unterhalts“ auf die Fälle, bei denen kein Anhaltspunkt für eine häusliche Gemeinschaft mit dem Mitglied besteht.

Im Zuge der Neuregelung der Familienversicherung regen die Betriebskrankenkassen an, § 10 Absatz 2 Nummer 3 SGB V dahingehend zu ergänzen, dass eine Verlängerung der Familienversicherung über das 25. Lebensjahr hinaus regelhaft eintritt, wenn die Schul- oder Berufsausbildung durch einen gesetzlichen oder freiwilligen Dienst unterbrochen wird. Zurzeit erfordert die Verlängerung der Familienversicherung über die Vollendung des 25. Lebensjahres hinaus eine Kausalität zwischen dem Verlängerungsstatbestand (gesetzlicher oder Freiwilligendienst) und der Verlängerung beziehungsweise Verzögerung der Schul- oder Berufsausbildung. Eine derartige Regelung würde gesellschaftliches Engagement junger Menschen im Bereich der Familienversicherung generell und für alle einheitlich privilegieren. Zudem würde künftig der Nachweis und die Prüfung der Kausalität entfallen, was zu einer Reduzierung des Verwaltungsaufwands sowohl bei den Krankenkassen als auch bei den betroffenen Versicherten beitragen würde.

Ergänzender Änderungsvorschlag

§ 10 Absatz 2 Nummer 3 SGB V wird wie folgt geändert:

„(2) Kinder sind versichert

(...)

3. *bis zur Vollendung des fünfundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des JFGD oder Bundesfreiwilligendienst nach dem BFDG leisten; ~~wird die bei Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung~~ verlängert sich die Familienversicherung um die Dauer einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes ~~unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum~~ über das 25. Lebensjahr hinaus; (...)*“

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Zu Nr. 9 – Präexpositionsprophylaxe (§ 20j SGB V)

Mit der vorliegenden Regelung erhalten Versicherte mit einem substantiellen HIV-Infektionsrisiko künftig Anspruch auf ärztliche Beratung zu einer medikamentösen Präexpositionsprophylaxe, einschließlich der erforderlichen Untersuchungen und der Übernahme der zugehörigen Arzneimittelkosten.

Die Betriebskrankenkassen geben zu bedenken, dass es bereits Möglichkeiten gibt, sich eigenverantwortlich vor einer HIV-Infektion zu schützen. Insofern scheint ein umfassender Anspruch für einen bestimmten Personenkreis unter Wahrung der Interessen der Solidargemeinschaft zu weitgehend. Die Verwendung von Kondomen schützt daneben auch vor weiteren Geschlechtskrankheiten.

Sollte der Gesetzgeber dennoch an der Einführung eines entsprechenden Anspruchs festhalten wollen, sind nach Auffassung der Betriebskrankenkassen die folgenden Punkte zu beachten:

- Die ärztliche Beratung zur Verhinderung von Krankheiten ist im EBM bereits in den Grund- und Versichertenpauschalen abgebildet. Damit ist auch die Beratung zu einer medikamentösen Präexpositionsprophylaxe bereits umfasst. Bedarf zur Anpassung des EBM sehen die Betriebskrankenkassen hier entsprechend nicht.
- Die vorgesehene einmonatige Frist für eine Anpassung des EBM durch den Bewertungsausschuss ist zu kurz. Eine sachgerechte Kalkulation ggf. zusätzlicher ärztlicher Leistungen ist so kaum möglich. Die Betriebskrankenkassen plädieren für eine Verlängerung der Frist auf sechs Monate.
- Die Anzahl der Anspruchsberechtigten hängt von den Kriterien ab, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband im Rahmen des Bundesmantelvertrages Ärzte (BMV-Ä) festlegen werden. Insoweit die im Referentenentwurf genannte Schätzung der Zahl der Anspruchsberechtigten auf 10.000 Gültigkeit behält, würde es zu Mehrkosten im Arzneimittelbereich von 8,5 Mio. Euro führen.

Die vorgesehene Evaluierung durch das BMG bis zum Jahr 2020 wird begrüßt.

Änderungsvorschlag

§ 20 j Absatz 1 Satz 4 wird wie folgt geändert:

„Auf Grundlage der Vereinbarung hat der Bewertungsausschuss den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zu überprüfen und spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss der Vereinbarung nach Satz 3 anzupassen.“

Zu Nr. 12 – Mehrkostenregelungen bei kieferorthopädischen Leistungen (§ 29 SGB V)

Die Einführung einer gesetzlich definierten Mehrkostenregelung für den kieferorthopädischen Bereich dient der rechtlichen Klarstellung. Sie folgt der seit Jahrzehnten geübten Praxis, dass Versicherte ihren gesetzlichen Leistungsanspruch nicht völlig verlieren, wenn sie sich für über das wirtschaftliche Maß hinausgehende Leistungsbestandteile entscheiden. Insofern wird diese gesetzliche Neuregelung positiv bewertet. Fraglich bleibt, warum diese Klarstellung lediglich bei kieferorthopädischen Leistungen erfolgt und nicht für alle zusätzlichen Leistungen geregelt wird.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich, die Beauftragung des (Erweiterten) Bewertungsausschusses für zahnärztliche Leistungen mit der Abgrenzung von Vertragsleistungen gegenüber Mehrleistungen. Damit verbunden ist die Implementierung eines Konfliktlösungsmechanismus. Zudem ist, nunmehr mit Fristsetzung bis zum 31.12.2022, sichergestellt, dass eine Definition der zu Lasten der im Rahmen der GKV zu erbringenden Leistungen von einer dafür in Frage kommenden Institution der Gemeinsamen Selbstverwaltung erfolgen wird.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung zur Einbindung der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) zur Lösung von Konflikten zwischen Kieferorthopäden und Versicherten bei Auffälligkeiten im Zusammenhang mit Mehrkostenvereinbarungen bleibt unzureichend, da nach aktueller Stellungnahme des Bundesrechnungshofes (BRH) auch die Krankenkassen zur umfassenden Prüfung ihrer Leistungspflicht angehalten sind. Dies schließt schon aus Gründen der Transparenz und umfassenden Erfüllung dieser Verpflichtung die Einsichtnahme in Mehrkostenregelungen zur Unterstützung der Versicherten ein, wie dies u. a. bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen vorgesehen ist. Die Unterlagen über Mehrkostenregelung müssen daher auch den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden. Andernfalls kann weder eine Prüfung noch die Unterstützung der Versicherten durch die Krankenkassen gewährleistet werden. Der Umfang der Information sollte bereits im Gesetzestext konkretisiert werden: zu einem Kostenvoranschlag gehören neben der Gebührennummer auch die Leistungsbeschreibung, die Anzahl sowie der voraussichtliche Gebührensatz (Steigerungsfaktor).

Zu Nr. 26 – Aufforderung zur Antragstellung auf Krankengeld bei Teilrente (§ 51 SGB V)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen, dass Versicherte mit Teilrente künftig zur Antragstellung nach § 34 Absatz 3e SGB VI durch die Kasse aufgefordert werden können. Klargestellt werden sollte jedoch, dass dies auch ohne die vorherige Einholung einer Einwilligungserklärung des Versicherten geschehen kann. Aus Gründen der Harmonisierung sollte es sich hierbei nicht um eine 4 Wochen-Frist, sondern analog des § 145 Absatz 2 Satz 1 SGB III um eine 1-Monats-Frist wie im SGB III handeln.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Sobald die Erwerbsminderung eines Versicherten erheblich gefährdet oder gemindert ist, haben die Bundesagenturen für Arbeit die Möglichkeit, Versicherte zur Antragsstellung auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben innerhalb eines Monats aufzufordern (§ 145 Absatz 2 Satz 1 SGB III), wohingegen die Aufforderungsfrist der gesetzlichen Krankenversicherung bei diesen Sachverhalten 10 Wochen beträgt (§ 51 Absatz 1 Satz 1 SGB V). Eine Angleichung der Frist würde bewirken, dass gerade in Fällen, in denen eine Leistungsminderung des Versicherten medizinisch festgestellt wird, eine zielgerichtete Unterstützung in Form von geeigneten Maßnahmen ohne großen zeitlichen Verzug realisiert werden kann.

Ergänzender Änderungsvorschlag

§ 51 Absatz 1 SGB V wird wie folgt geändert:

„(1) Versicherten, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, kann die Krankenkasse eine Frist von ~~10 Wochen~~ einem Monat setzen, innerhalb der sie einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen haben. (...)“

Zu Nr. 33 – Terminvermittlung durch den Hausarzt (§ 73 SGB V)

Die gesetzgeberische Klarstellung, dass im Rahmen des hausärztlichen Versorgungsauftrags, die Koordinationsaufgabe auch die Vermittlung eines aus medizinischen Gründen erforderlichen Facharzttermins einschließt, wird begrüßt. Allerdings wird die an anderer Stelle vorgesehene gesonderte, zusätzliche Vergütung für die Terminvermittlung abgelehnt (siehe hierzu auch zu Nummer 40 d). Der Vertrag über die hausärztliche Versorgung (Anlage 5 BMV-Ä) sieht bereits seit Langem in § 2 Absatz 3 Nr. 2 u.a. vor, dass der Hausarzt diagnostische und therapeutische Maßnahmen zu veranlassen hat, auch durch das Einbeziehen ärztlichen Sachverständigen anderer Fachgebiete. Hierzu gehört selbstverständlich, dass der Hausarzt seine Patienten zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen an die entsprechenden Fachärzte vermittelt.

Zu Nr. 32 – Elektronische Kommunikation im Gesundheitswesen (§ 67 SGB V)

Neben den Leistungserbringern und den Krankenkassen sollen künftig durch eine Ergänzung des § 67 SGB V auch die Versicherten in die digitale Kommunikation im Gesundheitswesen einbezogen werden. Gleichzeitig wird das Ziel formuliert, die Kommunikation zwischen Kostenträgern und Leistungserbrin-

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

gern sowie im Verhältnis zum Patienten/Versicherten zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit durch elektronische und maschinell verwertbare Datenübermittlung auszubauen. Dies soll auch zur Förderung einer aktiven und informierten Mitwirkung der Patienten am Behandlungsprozess geschehen.

Absatz 1 Nummer 2 (neu) formuliert den Auftrag, eine aktive Förderung am Behandlungs- und Rehabilitationsprozess des Versicherten zu forcieren, Nummer 3 (neu) den Auftrag zur Unterstützung einer gesunden gesundheitsbewussten Lebensführung. Zur Klarstellung der Beauftragung schlagen wir daher folgende Ergänzung in § 67 SGB V vor:

Änderungsvorschlag

Erweiterung des § 67 Abs. 1 SGB V (neu):

„Zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben können die Krankenkassen ihren Versicherten ergänzend zu der zugelassenen elektronischen Patientenakte nach § 291a Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 Inhalte oder Anwendungen in Form von digitalen Anwendungen und Diensten zur Verfügung stellen. Die hierfür erforderliche Verarbeitung personenbezogener Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.“

Die Zielsetzung des § 67 SGB V (neu) ist ausdrücklich zu befürworten. Das Schriftformerfordernis hemmt heute bereits technisch leicht umsetz- und nutzbare digitale Kommunikationsverfahren. Krankenkassen stoßen hierbei immer wieder an Grenzen der gesetzlichen Rahmenbedingungen.

Wir regen jedoch an, ergänzend zu der hier getroffenen Regelung eine noch umfassendere Klarstellung zur Schriftform zu erwägen, die eine schnellere Umstellung des Gesundheitswesens von papierbasierten auf elektronische Kommunikationsverfahren ermöglichen würde:

Änderungsvorschlag

Zusätzlich zur Regelung in § 67 SGB V wird in § 36a Absatz 2 SGB I folgender Nebensatz gestrichen:

„(2) Eine durch Rechtsvorschrift angeordnete Schriftform kann, ~~soweit nicht durch Rechtsvorschrift etwas Anderes bestimmt ist,~~ durch die elektronische Form ersetzt werden. Der elektronischen Form genügt ein elektronisches Dokument, das mit einer qualifizierten elektronischen Signatur versehen ist. Die Signierung mit einem Pseudonym, das die Identifizierung der Person des Signaturschlüsselinhabers nicht unmittelbar durch die Behörde ermöglicht, ist nicht zulässig. Die Schriftform kann auch ersetzt werden (...).“

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Der Schutz des Versicherten wird hierbei bereits über den § 36a Abs. 1 und Abs. 3 SGB I gewährleistet: Die elektronische Übermittlung wird erst nach zur Zurverfügungstellung eines Zugangs durch den Versicherten zulässig und zudem besteht die Verpflichtung einer erneuten Übermittlung von Dokumenten in Schriftform, im Falle einer fehlenden Möglichkeit zur Verarbeitung durch den Versicherten.

Zu Nr. 34 – Schutzimpfungen durch Betriebsärzte (§ 73b SGB V)

Die Schaffung von Möglichkeiten für eine aufwandsärmere Gestaltung der Abrechnungswege im Rahmen der Versorgung mit Schutzimpfungen sowohl für die Betriebs- und Werksärzte als auch für die Krankenkassen wird begrüßt. Betriebsärztinnen und Betriebsärzte haben einen niedrigschwelligen Zugang auch zu Zielgruppen, die nicht über einen Hausarzt erreicht werden können.

Unter anderem ist durch den Wegfall der Wehrpflicht bei den Jugendlichen mit Impflücken zu rechnen. Im Rahmen der Eignungsuntersuchung im Betrieb können diese aufgedeckt und umgehend geschlossen werden.

Zu Nr. 36 – Sicherstellung der Versorgung (§ 75 SGB V)

Die Ausweitung des Vermittlungsauftrags der **Terminservicestellen** (TSS) wird im Grundsatz begrüßt. Insbesondere sind die nunmehr verpflichtende Bereitstellung eines elektronisch gestützten Wartezeitenmanagements zur Terminvermittlung, die Bereitstellung von Informationen über die Sprechzeiten der Ärzte sowie die Klarstellung, dass die Vermittlung eines Termins zur psychotherapeutischen Akutbehandlung zwei Wochen nicht überschreiten darf, sachgerecht.

Die Betriebskrankenkassen halten es ebenfalls für sachgerecht, dass die Patientensteuerung in die richtige Versorgungsebene auf der Basis eines bundeseinheitlichen, standardisierten **Ersteinschätzungsverfahrens** erfolgen soll. Kritisch beurteilen wir hingegen, dass der Auftrag zur Entwicklung einer entsprechenden Richtlinie in die alleinige Kompetenz der Kassenärztlichen Bundesvereinigung fallen soll. Der Einbezug evidenzbasierten Wissens relevanter Fachgesellschaften sowie eine entsprechende Abstimmung mit relevanten Stakeholdern, u.a. der DKG auf Grund der Integration in ein künftiges System einer gemeinsamen Notfallversorgung, sollte vorgegeben werden. Da die Behandlung von als akut klassifizierten Fällen besondere Vergütungen auslöst, sollte darüber hinaus die GKV zumindest ins Benehmen zu setzen sein und eine zeitliche Frist vorgegeben werden.

Die **Vermittlung und Behandlung von Akutfällen**, insbesondere zu Sprechstundenzeiten, soll zukünftig in besonderer Weise vergütungsrelevant sein. Dies wird abgelehnt. Die Behandlung von Patienten mit akutem Behandlungsanlass zu Sprechstundenzeiten ist eine vertragsärztliche Verpflichtung. Eine gesonderte Vergütung, die nicht leistungsbezogen, sondern rein definitorisch erfolgen soll, ist nicht sachgerecht. Sie widerspricht auch der Systematik des EBM.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

In jüngster Vergangenheit konnte vermehrt beobachtet werden, dass einige **Leistungen der gesetzlichen** Krankenversicherung von Leistungserbringern bevorzugt **mittels Privatrechnung** erbracht wurden. Hierbei handelt es sich um spezielle Leistungen, z.B. Osteodensitometrie, bei denen die Abrechnungsgenehmigung an bestimmte Qualitätsanforderungen geknüpft ist. Leistungserbringer geben ihre Abrechnungsgenehmigung an die Kassenärztlichen Vereinigungen? zurück, nur um die Leistung im Anschluss als Privatleistung für einen höheren Preis anzubieten. Über den Weg der Kostenerstattung wenden sich die Versicherte dann an ihre Kasse und erheben Anspruch auf Kostenübernahme. Eine Bereitstellung dieser Leistungen fällt unter den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen, die in diesem Fall jedoch die Verantwortung von sich weisen. Daher bedarf es einer gesetzlichen Klarstellung, dass auch ärztliche Leistungen, für die auf Grund bundesmantelvertraglich vereinbarter besonderer Voraussetzungen gesonderte Abrechnungsgenehmigungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erteilt werden, vom Sicherstellungsauftrag umfasst sind. Mit der Einfügung des neuen Satzes 2 ist keine inhaltliche Änderung des bereits durch den bisherigen Absatz 1 definierten Umfang des Sicherstellungsauftrags verbunden.

Ergänzender Änderungsvorschlag

Einfügung eines neuen Satz 2 in § 75 Absatz 1 SGB V:

„Die vertraglichen Erfordernisse umfassen ausdrücklich auch ärztliche und zahnärztliche Leistungen, für die gemäß § 135 Absatz 2 SGB V bundesmantelvertragliche Vereinbarungen über Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung dieser Leistungen bestehen.“

Der bisherige Satz 2 wird Satz 3

Der bisherige Satz 3 wird Satz 4

Zu Nr. 42 – Punktwertdegression in der vertragszahnärztlichen Versorgung (§ 85 SGB V)

Der Wegfall der Punktwertdegression im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung wird abgelehnt. An der Begründung zur Einführung der Degressionsregelung, dass bei steigender Leistungsmenge die Fixkosten sinken, hat sich aus betriebswirtschaftlicher Perspektive nichts geändert. Insofern bietet der vorgeschlagene Wegfall allein den Zahnärzten – und hier insbesondere den Kieferorthopäden mit vergleichsweise hohen Einkünften – lediglich eine wirtschaftliche Besserstellung zum Status quo; eine versorgungspolitische Verbesserung ist damit nicht verbunden.

Die Betriebskrankenkassen schlagen alternativ vor, statt eines vollständigen Wegfalls der Degression, die geplante Neuregelung auf tatsächlich unterversorgte (Versorgungsquote von unter 50%), ländliche

Gebiete zu beschränken, um hier Anreize für Niederlassungen zu erzielen. Dies könnte gezielte Anreize für einen Praxiswechsel aus der Stadt in strukturschwache Gebiete schaffen.

Zu Nr. 43 – Überprüfung und Aktualisierung des EBM (§ 87 SGB V)

c) Bewertung medizinisch-technischer Leistungen (§ 87 Absatz 2 Satz 3 SGB V)

Die Zielsetzung der Regelung, mit der verpflichtenden gesetzlichen Vorgabe zur nun verbindlichen Umsetzung des Beschlusses des BA vom 22.10.2012 zur Bewertung von technischen Leistungen, Rationalisierungsreserven beim Einsatz von medizinisch-technischen Geräten zugunsten von Verbesserungen von zuwendungsorientierten Leistungen zu nutzen, wird begrüßt.

Die Verwendung der Daten zur Kostenstruktur von Praxen des Statistischen Bundesamtes als Kalkulationsgrundlage ist sachgerecht und wird bereits durch den Bewertungsausschuss praktiziert. In diesem Zusammenhang hat sich jedoch gezeigt, dass die vom Statistischen Bundesamt erhobenen Kostendaten nicht alle vorhandenen Arztgruppen einschließen. Die Betriebskrankenkassen schlagen daher eine Ausweitung der Kostenstrukturstatistik auf alle Arztgruppen vor.

d) Zuschläge für die Versorgung von Neupatienten sowie die Vermittlung eines Behandlungstermins (§ 87 Absatz 2b Satz 3 SGB V)

Die zusätzliche Vergütung in Form eines einmaligen Zuschlages auf die Versicherten- und Grundpauschale bei Neupatienten widerspricht der derzeitigen Kalkulationssystematik von Versichertenpauschalen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, bei der differierende Aufwände für unterschiedliche Patientengruppen über Mischkalkulation in einer Pauschale Berücksichtigung finden. Die derzeitige Kalkulationssystematik erscheint hier deutlich leistungsgerechter zu sein. Darüber hinaus erscheint der Zeitrahmen von vier Jahren zur Definition von Neupatienten als willkürlich und insbesondere im Hinblick auf jüngere und damit einhergehend empirisch gesündere Patienten als zu kurz. Die Regelung wird daher kritisch gesehen.

Die gesonderte Abrechenbarkeit der Weitervermittlung von Patienten an einen Facharzt durch den Hausarzt wird ebenfalls abgelehnt. Der Vertrag über die hausärztliche Versorgung (Anlage 5 BMV-Ä) sieht bereits seit Langem in § 2 Absatz 3 Nr. 2 u.a. vor, dass der Hausarzt diagnostische und therapeutische Maßnahmen zu veranlassen hat, auch durch das Einbeziehen ärztlichen Sachverständigen anderer Fachgebiete. Zudem gestaltet sich der Nachweis der Abrechenbarkeit als zusätzliche, bürokratische Bürde.

e) Zuschläge für Leistungen im Rahmen der offenen Sprechstunde (§ 87 Absatz 2c SGB V)

Die Vermittlung und Behandlung von Akutfällen, insbesondere zu Sprechstundenzeiten, soll zukünftig in besonderer Weise vergütungsrelevant sein. Dies wird abgelehnt. Die Behandlung von Patienten mit aku-

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

tem Behandlungsanlass zu Sprechstundenzeiten ist eine vertragsärztliche Verpflichtung. Eine gesonderte Vergütung, die nicht leistungsbezogen, sondern rein definitorisch erfolgen soll, ist nicht sachgerecht. Sie widerspräche auch der Systematik des EBM. Zudem würde die hier aufgenommene Änderung einen deutlich erhöhten bürokratischen Aufwand nach sich ziehen.

Zu Nr. 44 – MGV (§ 87a SGB V)

a) Endbudgetierung

Neben besonders förderungswürdigen Leistungen und Leistungen der Substitutionsbehandlung sollen künftig weitere Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden. Leistungen, die aufgrund der Vermittlung der TSS erbracht würden, würden damit innerhalb eines Behandlungsfalles unter Umständen einmal in der EGV und einmal, bei neuer Erkrankung ohne Vermittlung der TSS, in der MGV vergütet. Neben Komplexitätszuwachsen bei Abrechnung und Abrechnungsprüfung werden daher künftig Patienten mit Terminvermittlung durch die TSS künftig bevorzugt. Dies ist eindeutig abzulehnen.

Eine gesonderte Vergütung von Leistungen der erfolgreichen Vermittlung eines Behandlungstermins wird, wie bereits oben begründet, generell abgelehnt.

Die extrabudgetäre Vergütung von Leistungen bei Akut- oder Notfällen innerhalb der Sprechzeiten wird aufgrund einer fehlenden eindeutigen Definition von „Akutfällen“ wie bereits ausgeführt, ebenfalls abgelehnt.

Zwar sieht der Gesetzgeber an dieser Stelle eine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vor, der durch die Verschiebung in EGV resultierende Mengeneffekt kann dadurch jedoch nicht aufgefangen werden. Insgesamt wird durch die Verschiebung der genannten Leistung mit einem relevanten Kostenanstieg in der ambulanten Versorgung gerechnet.

Auch wenn nachvollziehbar Anreize für die ambulant tätigen Ärzte zur Reduktion von Wartezeiten geschaffen werden sollen, sind die vom Gesetzgeber ergriffenen Maßnahmen ungeeignet. Sie widersprechen der Kalkulationssystematik des EBM und produzieren starke Verwerfungen innerhalb des EBM. Eine Verlagerung von weiten Teilen der neu durch den Gesetzgeber ohne empirische Fundierung bestimmten Versichertenpauschalen in die EGV wird das bislang durch die gemeinsame Selbstverwaltung austarierte Verhältnis von MGV zu EGV sprengen.

b) Wegfall des Einbezugs der Demographierate zur Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Vor dem Hintergrund der Einführung von verbindlichen Regelungen zur Kodierung (vgl. Gesetzesentwurf zu § 295) wird angenommen, dass die Diagnosequalität in der Folge stark steigen wird. Der Einbezug der

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

der KV-spezifischen Demographieraten zur Ermittlung der Änderungsraten für die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung soll in der Folge wegfallen. Dies führt zu einer einmaligen deutlichen Erhöhung der MGV, da durch den deutlich geringeren Anstieg der Demographierate bei der gewichteten Zusammenfassung beider Raten der Anstieg der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung abgemildert wird. Darüber hinaus, stellt die Demographierate, anders als die Morbiditätsrate, einen durch Kodierverhalten wenig beeinflussbaren Faktor dar.

Die Nichteinbezug der Demographierate bei der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung lehnen die Betriebskrankenkassen ab.

c) Bereinigung der durch die Einführung von Kodierrichtlinien entstehenden Kodiereffekte

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die Regelung ausdrücklich.

Zu Nr. 48 – Sektorenübergreifendes Schiedsgremium (§ 89a SGB V)

Eine Ordnung der Schiedsstellensystematiken für den sektorenübergreifenden Bereich, wie etwa für den dreiseitigen Rahmenvertrag zum Entlassmanagement (§39 SGB V), scheint grundsätzlich nachvollziehbar und sinnvoll. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen werden jedoch die Ausgestaltung der Regelungen zur Besetzung der Gremien sowie das vorgesehene Stimmverhältnis für Entscheidungen des Schiedsgremiums kritisch gesehen. Hier bedarf es Nachbesserungen:

Die Besetzung des Gremiums mit je zwei Vertretern der Verbände der Ärzte, der Krankenkassen und der zugelassenen Krankenhäuser sowie zwei unparteiische Mitglieder gewichtet die Interessen der Versicherten nicht ausreichend. In Verbindung mit der geplanten für die Beschlussfassung notwendige Zweidrittelmehrheit ist es der gesetzlichen Krankenversicherung unmöglich gegen die Interessen der Leistungserbringer Entscheidungen im Sinne der Versicherten durchzusetzen. Gefordert wird daher, die Schiedsgremien nach § 89a Absatz 1 und Absatz 2 SGB V neben den unparteiischen Mitgliedern paritätisch durch Kostenträger und Leistungserbringer zu besetzen und die zur Beschlussfassung notwendige Mehrheit von einer Zweidrittelmehrheit auf eine einfache Mehrheit anzupassen.

Darüber hinaus bietet die aktuell vorgesehene Anzahl der Gremienmitglieder im Gremium nach § 89a Absatz 1 SGB V nicht die Möglichkeit alle Kassenartenverbände auf Landesebene gleichberechtigt zu beteiligen. Eine Erhöhung der Anzahl der Sitze für die Verbände der Krankenkassen wird somit als zwingend angesehen.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Ergänzend ist dringend darauf hinzuweisen, dass die „Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen“ in den sektorenübergreifenden Schiedsgremien vertreten sind. Derzeit sehen verschiedene Formulierungen im § 89a SGB V die Bezeichnung „Krankenkassen“ vor. Um unnötige Interpretationsspielräume zu vermeiden, die bis hin zum Ausschluss der Landesverbände der Krankenkassen bei der Besetzung der Gremien führen können, ist eine Anpassung zugunsten korrekter Begrifflichkeiten unumgänglich.

Änderungsvorschläge

§ 89a Absatz 3 S. 1 SGB V wird wie folgt geändert:

„Die sektorenübergreifenden Schiedsgremien nach den Absätzen 1 und 2 entscheiden in den ihnen durch Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes zugewiesenen Aufgaben mit einer einfachen Mehrheit ~~von zwei Dritteln~~ der Stimmen ihrer Mitglieder innerhalb von drei Monaten.“

§ 89a Absatz 4 S. 2 SGB V wird wie folgt geändert:

„Kommt bis zum Ablauf des Vertrages kein neuer Vertrag zustande, setzt das zuständige sektorenübergreifende Schiedsgremium mit einer einfachen Mehrheit ~~von zwei Dritteln~~ der Stimmen seiner Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Inhalt des neuen Vertrages fest.“

§ 89a Absatz 5 SGB V wird wie folgt geändert:

„Die sektorenübergreifenden Schiedsgremien nach den Absätzen 1 ~~und 2~~ bestehen aus je ~~zwei~~ drei Vertretern der ~~Ärzte, der Krankenkassen und der zugelassenen Krankenhäuser~~ drei Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigungen, drei Vertretern der Landeskrankenhausesellschaften, sechs Vertretern der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und einem weiteren unparteiischen Mitglied. Das sektorenübergreifende Schiedsgremium nach Absatz 2 besteht aus drei Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, drei Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaften, sechs Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und einem weiteren unparteiischen Mitglied. Für jedes Mitglied gibt es zwei Stellvertreter. Die Amtsdauer der Mitglieder beträgt vier Jahre. ~~Die Vertreter und Stellvertreter werden jeweils durch die Organisationen, die das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium bilden, bestellt. Kommt eine Bestellung~~

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

~~durch die Organisationen nicht zustande, bestellt die für das sektorenübergreifende Schiedsgremium zuständige Aufsichtsbehörde die Vertreter und Stellvertreter, nachdem sie den Organisationen eine Frist zur Bestellung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist.“~~

§ 89a Absatz 7 S. 4 SGB V wird wie folgt geändert:

„Die Vertreter der Verbände der Ärzte, der Krankenkassen und der zugelassenen Krankenhäuser sowie deren Stellvertreter können von den Organisationen, die sie bestellt haben, abberufen werden.“

Zu Nr. 49 – Landesausschüsse (§ 90 Absatz 4 Satz 3 SGB V)

Die Erweiterung der bereits bestehenden Befugnisse der Länder in den Landesausschüssen um ein Antragsrecht zur Ausnahme von Zulassungsbeschränkungen gemäß dem neuen § 103 Absatz 2 Satz 4 SGB V wird abgelehnt. Bereits jetzt besitzen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden weitreichende Mitwirkungsrechte im Rahmen der ambulanten Bedarfsplanung. In den Landesausschüssen besitzen sie ein Mitberatungsrecht, das Recht zur Anwesenheit bei Beschlussfassung, eine Aufsichtsfunktion und zu guter Letzt, können sie die von den Landesausschüssen aufgestellten Bedarfspläne beanstanden (vgl. § 90 Absatz 6 SGB V).

Eine alleinige Entscheidungsbefugnis der Länder über zusätzliche Zulassungen ohne Finanzierungsverantwortung, birgt die Gefahr, dass ggf. aus weiteren Motivlagen heraus auf zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten gedrungen wird. Dies kann in Folge zu, die Bedarfsplanung konterkarierenden Verwerfungen führen.

Da diese Regelung lediglich für Gebiete gelten soll, für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet werden mussten, wird es sich in der Regel hierbei um städtische oder attraktivere ländliche Gebiete handeln. Mit der isolierten, alleinigen Befugnis der Länder in diesen Gebieten weitere Niederlassungsmöglichkeiten zu schaffen, werden strukturschwache Räume, für die keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet werden mussten, noch weniger Chancen auf niederlassungswillige Ärzte haben. Denn die zur Verfügung stehenden Arztkapazitäten für eine Niederlassung sind begrenzt.

Zu Nr. 51b) – Psychotherapie-Richtlinie (§ 92 Abs. 6a SGB V)

Die Betriebskrankenkassen lehnen zum jetzigen Zeitpunkt den neuen Auftrag an den G-BA ab, in der Psychotherapie-Richtlinie Regelungen für eine gestufte und gesteuerte Versorgung festzulegen. Mit der Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde durch die jüngste Reform der Psychotherapie-Richtlinie besteht bereits jetzt ein gestuftes Zugangssystem zu psychotherapeutischen Behandlungen. Die Wirkungen der jüngsten Reform sollten erst beobachtet werden, bis auf der Basis verlässlicher Daten

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

eine aussagekräftige Evaluation erstellt werden kann. Weitere Änderungen sind zum jetzigen Zeitpunkt verfrüht.

Zu Nr. 52 – Haftung bei MVZ in Form einer Genossenschaft (§ 95 SGB V)

Die Betriebskrankenkassen weisen darauf hin, dass die derzeitige Gesetzeslage zu einer Ungleichheit bei den für die Gründung der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) denkbaren Gesellschaftsformen führt und somit eine fehlende Haftung bei einem MVZ in Form einer Genossenschaft droht.

Die MVZ können gemäß § 95 Abs. 1a SGB V für ihre Bildung die Rechtsform der Genossenschaft wählen. Gemäß § 95 Absatz 2 Satz 6 SGB V müssen aber nur Gesellschaften mit beschränkter Haftung eine selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung oder andere Sicherheitsleistungen nach § 232 BGB abgeben, nicht aber Genossenschaften. Begründet wird dies mit dem Gesetzeswortlaut. Gemäß § 2 Genossenschaftsgesetz (GenG) haften Genossenschaften nur mit dem Vermögen der Genossenschaft; eine persönliche Haftung der Mitglieder kann gemäß § 6 Nr. 3 GenG ausgeschlossen werden. Anders als im Falle einer GmbH, für die § 5 Absatz 1 GmbHG regelt, dass das Stammkapital mindestens 25.000,00 EUR betragen muss, ist nicht einmal ein Mindestkapital im Falle der Genossenschaft vorgesehen (§ 8a Absatz 1 GenG).

Auch für die mit der Zulassung eines MVZ zur vertragsärztlichen Versorgung zuständigen Zulassungsgremien gibt es keine rechtliche Grundlage, von Genossenschaften eine besondere Satzungsregelung mit der entsprechenden Haftungsregelung analog einer GmbH zu fordern.

Die Wahl der Rechtsform der eingetragenen Genossenschaft kann daher im konkreten Fall auch zu einer größtmöglichen Enthftung der hinter ihr stehenden natürlichen Personen führen und genutzt werden. Um dies zu vermeiden und die haftungsrechtliche Gleichstellung auch für die eingetragene Genossenschaft zu vollziehen, bedarf es einer Änderung des § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V.

Änderungsvorschlag

§ 95 Absatz 2 SGB V wird wie folgt geändert:

In § 95 Absatz 2 Satz 6 1. Halbsatz SGB V werden nach den Worten „in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung“ die Worte „oder einer eingetragenen Genossenschaft“ und im 2. Halbsatz nach den Worten „die Gesellschafter“ die Worte „oder die Mitglieder der Genossenschaft“ ergänzt.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Zu Nr. 52 – Ergebnisberichte Mindestsprechstunden (§ 95 Absatz 3 SGB V)

Die verbindlichere Ausgestaltung der Berichtspflicht im Vergleich zum Referentenentwurf wird begrüßt. Kritisch zu erörtern ist die Vorgabe, dass die Erfüllung der vorzuhaltenden Sprechzeiten durch Bezug auf die im EBM hinterlegten Kalkulationszeiten für die einzelnen, abgerechneten Leistungspositionen erhoben werden soll. Die Kalkulationszeit und die tatsächliche Zeit, in welcher die Praxis dem Patienten zur Verfügung steht, sind nicht deckungsgleich. Die Mindestsprechzeiten sollten zugleich durch verbindliche Erreichbarkeitszeiten der Praxen, die ebenfalls in geeigneter Weise öffentlich bekannt gegeben werden, nachgehalten werden.

Änderungsvorschlag

§ 95 Absatz 3 SGB V wird wie folgt geändert:

In Satz 4 werden nach dem Wort „Vereinigung“ die Wörter „bundeseinheitlich insbesondere anhand der ausgewiesenen Praxisöffnungszeiten, der abgerechneten Fälle und der Gebührenordnungspositionen mit den Angaben für den zur ärztlichen Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand nach § 87 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz“ eingefügt.

Zu Nr. 53 – Rechte der Länder in Zulassungsausschüssen (§ 96 SGB V)

Die geplante Regelung wird abgelehnt. Bereits jetzt besitzen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden weitreichende Mitwirkungsrechte im Rahmen der ambulanten Bedarfsplanung. In den Landesausschüssen besitzen sie ein Mitberatungsrecht, das Recht zur Anwesenheit bei Beschlussfassung, eine Aufsichtsfunktion und zu guter Letzt können sie die von den Landesausschüssen aufgestellten Bedarfspläne beanstanden (vgl. § 90 Absatz 6 SGB V).

Ein darüber hinaus gehendes Mitberatungs- und Antragsrecht im Rahmen der Zulassungsausschüsse ist nicht sachgerecht und läuft dem Prinzip der Selbstverwaltung in der GKV zuwider.

Zu Nr. 54 – Regelungskompetenzen des Gemeinsamen Bundesausschuss (§ 101 SGB V)

Im Grundsatz werden bessere Steuerungsmöglichkeiten für die präzisere, fachliche Ausschreibung von Arztsitzen begrüßt, indem der G-BA verbindliche Anforderungen an die Zusammensetzung einzelner Arztgruppen machen kann. Eine bundeseinheitlich vorzugebene Quotenregelung kann ein erster Schritt im Rahmen der Bedarfsplanung sein.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Diese Regelung ist allerdings nicht geeignet zu verhindern, dass durch die zunehmende Spezialisierung eine bedarfsgerechte Sicherung der Grundversorgung erschwert wird. Das Verhältnis von Haus- zu Fachärzten verschlechtert sich kontinuierlich zu Ungunsten der hausärztlichen Versorgung. Daher besteht die Notwendigkeit, das Verhältnis von Haus- zu Fachärzten in einem Planungsbereich zu stabilisieren. In diesem Sinne soll bei Unterschreitung einer kritischen Größe ebenfalls festgelegt werden können, dass ein bestimmter Mindestumfang grundversorgender Leistungen auch durch Fachärzte in ihrem jeweiligen Fachgebiet erbracht werden muss.

Änderungsvorschlag

§ 101 Absatz 1 Nummer 2 SGB V wird um folgende Sätze ergänzt:

„Zur Sicherstellung eines ausgewogenen Verhältnisses zwischen grundversorgenden und spezialisierten fachärztlichen Leistungserbringern in einem Planungsbereich bestimmt der G-BA die kritische Größe in diesem Verhältnis. Als Korrektiv zum Erhalt grundversorgender Leistungen bestimmt er den Mindestumfang grundversorgender Leistungen, die durch die Fachärzte in ihrem jeweiligen Fachgebiet erbracht werden müssen.“

Zu Nr. 55 – Bedarfsplanung (§ 103 SGB V)

a) Aussetzung von Zulassungsbeschränkungen (§ 103 Absatz 1 Satz 2 SGB V)

Die generelle, bundesweite Aussetzung von Zulassungsbeschränkungen für Innere Medizin und Rheumatologie, Psychiatrie und Psychotherapie und Pädiater bis zum Inkrafttreten der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie wird abgelehnt: Eine bundesweite Aussetzung von Zulassungsbeschränkungen wird zu einer weiteren Konzentration von Niederlassungen dieser Fachgruppen vor allem in Ballungsgebieten führen. Dies verschärft den Druck für strukturschwache Räume, niederlassungswillige Ärzte dieser Fachgebiete anzusiedeln. Eine Aussetzung von Zulassungsbeschränkungen für die genannten Fachgruppen sollte daher alternativ als eine Option in der Verantwortung der Landesausschüsse liegen, damit regional begrenzte Niederlassungsmöglichkeiten für diese Fachgruppen für einen begrenzten Zeitraum, unabhängig von Regularien der Bedarfsplanung entstehen können.

Änderungsvorschlag

§ 103 Absatz 1 Satz 2 SGB V wird wie folgt geändert:

„Die Zulassungsbeschränkungen können ~~finden~~ befristet bis zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrags an den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 101 Absatz 1 Satz 7 bei der Zulassung von Fachärzten für

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

innere Medizin und Rheumatologie, von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, die sich gegenüber dem Zulassungsausschuss verpflichten, mindestens 80 Prozent ihrer abrechnungsfähigen Leistungen aus dem Bereich der psychiatrischen Leistungen zu erbringen, sowie Fachärzten, die der Arztgruppe der Kinderärzte angehören, keine Anwendung finden, soweit die Ärzte in den fünf Jahren vor Beantragung der Zulassung nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen haben.“

b) Aufhebung von Zulassungssperren durch die Länder (§ 103 Absatz 2 Sätze 4 bis 8 (neu) SGB V)

Auf Antrag können die Länder ländliche oder strukturschwache Teilgebiete eines Planungsbereichs bestimmen, die von bestehenden Zulassungsbeschränkungen auszunehmen sind und damit zusätzliche, neue Niederlassungsmöglichkeiten schaffen. Die Konkretisierung der Niederlassungsmöglichkeiten obliegt hierbei wiederum dem Landesausschuss. Diese Regelung wird abgelehnt. Bereits jetzt besitzen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden weitreichende Mitwirkungsrechte im Rahmen der ambulanten Bedarfsplanung. In den Landesausschüssen besitzen sie ein Mitberatungsrecht, das Recht zur Anwesenheit bei Beschlussfassung, eine Aufsichtsfunktion und zu guter Letzt, können sie die von den Landesausschüssen aufgestellten Bedarfspläne beanstanden (vgl. § 90 Absatz 6 SGB V).

Eine alleinige Entscheidungsbefugnis der Länder darüber, dass weitere Niederlassungsmöglichkeiten in gesperrten Planungsbereichen zu schaffen sind, wird den Konkurrenzkampf der Regionen um niederlassungswillige Ärzte bei begrenzten Arztkapazitäten zu Lasten der Regionen verschärfen, die von Unterversorgung bedroht sind und für die daher, keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet werden mussten. Zudem birgt dieses neue Antragsrecht die Gefahr, da den Ländern im Gegenzug keine Finanzierungsverantwortung übertragen wird, dass ggf. aus weiteren Motivlagen heraus auf zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten gedrungen wird. Dies kann in Folge zu, die Bedarfsplanung konterkarierenden, Verwerfungen führen. Da nach geltendem Recht ausgesprochene Zulassungen lebenslang gültig sind und sogar vererbt werden können, werden die durch diese Regelung ggf. entstehenden zusätzlichen Allokationsprobleme und räumlichen Fehlverteilungen von Ärzten unbegrenzt in die Zukunft fortgeschrieben.

Darüber hinaus können die Landesausschüsse bereits jetzt zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten in nicht unterversorgten Planungsbereichen ausweisen, sofern diese versorgungsnotwendig sind. Die Entwicklung der Kriterien zur Überprüfung der Ausnahmetatbestände hat der Gesetzgeber gemäß § 101 Absatz 1 Nrn. 3 und 3a SGB V der gemeinsamen Selbstverwaltung übertragen. Diese sind in den §§ 35 und 36 der Bedarfsplanungs-Richtlinie festgelegt. Die nun neu geschaffene Entscheidungsbefugnis der Länder allerdings, muss sich nicht an den konsentierten Beurteilungsmaßstäben orientieren; Entscheidungen sind somit nicht gesondert begründungspflichtig. Daher sollte die Ausübung des Antragsrechts der Länder zumindest eine auf Basis der §§ 35 und 36 Bedarfsplanungs-Richtlinie basierende Begründungspflicht beinhalten.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Änderungsvorschlag

a) Streichung der neuen Sätze 4 bis 8 in Absatz 2.

Alternativ, falls dem unter Buchstabe a) aufgeführten Änderungsvorschlag nicht entsprochen wird:

b) Einfügung eines neuen Satzes 5 nach dem neuen Satz 4 in Absatz 2:

Hierbei haben die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden die vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 101 Absatz 1 Nummern 3 und 3a SGB V in der Bedarfsplanungs-Richtlinie aufgestellten Beurteilungsmaßstäbe zu Grunde zu legen und ihren Antrag gegenüber dem Landesausschuss zu begründen.

Zu Nr. 56 – KV Strukturfonds (§ 105 SGB V)

b) Verpflichtung zur Einrichtung von Strukturfonds zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung

Eine verpflichtende Einrichtung von Strukturfonds wird abgelehnt, da nicht alle Regionen gleichermaßen von den zu adressierenden Strukturproblemen betroffen sind. Gelder sollten vorrangig dort zum Einsatz kommen, wo dringender Bedarf besteht. Ein Gießkannenprinzip wird im Ergebnis die Ungleichgewichte verstärken, da auch in überversorgten Regionen Mittel des Strukturfonds verpflichtend zum Einsatz kommen müssten. Eine Entkoppelung der Bildung eines Strukturfonds von der Konzentration auf unterversorgte Gebiete mit der Verpflichtung, zusätzliche Versichertengelder auch in überversorgte Regionen zu lenken, konterkariert Bestrebungen, die Versorgung gerade in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen zu stärken. Um sicherzustellen, dass zusätzliche Versichertengelder zielgerichtet zur Berücksichtigung besonderer regionaler Versorgungsbedürfnisse eingesetzt werden, sollten die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen ein gleichberechtigtes Mitspracherecht erhalten. Darüber hinaus ist die PKV finanziell in angemessenem Umfang an Fördermaßnahmen zwingend zu beteiligen.

Bereits heute können die Mittel des Strukturfonds nicht ausgeschöpft werden. Die beabsichtigte Festschreibung sowie gleichzeitige Möglichkeit zur Verdoppelung der zur Verfügung zu stellenden Mittel ist daher nicht sachgerecht. Zudem hat die bundesweit verpflichtende Umsetzung sowie die Systematik zur Ermittlung der Höhe der finanziellen Beteiligung der GKV als Anteil von der MGV nach § 87a Absatz 3 Satz 1 SGB V eine stark wettbewerbsverzerrende Wirkung. Kassen mit Versicherungsschwerpunkten in Hochpreisregionen (Bsp. Hamburg) werden über Gebühr zusätzlich finanziell belastet und Kassen, deren MGV auf Grund von Selektivverträgen bereinigungsbedingt deutlich niedriger ausfällt, werden auf Kosten der übrigen Kassen deutlich entlastet. Aus diesem Grund ist zur Ermittlung des finanziellen Anteils

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

der GKV, sofern ein Strukturfonds zur Lösung regionaler Versorgungsengpässe gebildet werden soll, zu mindest die unbereinigte MGV je Kassenart zu Grunde zu legen.

Änderungsvorschläge

§ 105 Absatz 1a SGB V wird wie folgt geändert:

„Die Kassenärztliche Vereinigung ~~hat~~ kann zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung einen Strukturfonds zu bilden, für den sie ~~mindestens 0,1 Prozent und bis zu 0,2 Prozent~~ der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zur Verfügung stellt, soweit der Landesausschuss Beschlüsse nach § 100 Absätze 1 und 3 SGB V getroffen hat. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen haben zusätzlich einen Betrag in gleicher Höhe in den Strukturfonds zu entrichten. Die Höhe der finanziellen Beteiligung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen vermindert sich um den von den privaten Krankenversicherungsunternehmen gezahlten Betrag. Über die Verwendung der Mittel des Strukturfonds haben die Kassenärztlichen Vereinigungen das Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen herzustellen.“

sowie

Änderung des neuen Satzes 4:

„~~Es ist sicherzustellen, dass~~ Sofern die für den Strukturfonds bereitgestellten Mittel nicht vollständig zur Förderung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung verwendet ~~werden~~ wurden, haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen erhaltenen Fördermittel zurück zu zahlen.“

e) KV Sicherstellungszuschläge in unterversorgten Gebieten

Die Steuerungswirkung von Sicherstellungszuschlägen ist bislang zweifelhaft. Allokationsprobleme betreffen alle Bereiche der Daseinsfürsorge und sind daher nicht isoliert für den Bereich der Gesundheitsversorgung zu lösen. Nicht-monetäre Faktoren sind von größerem Gewicht für das Niederlassungsverhalten, so auch der Sachverständigenrat in seinem aktuellen Gutachten zur bedarfsgerechten Steuerung der Gesundheitsversorgung, als monetäre Faktoren. Bereits jetzt sind die Fallwerte für die Ärzte in eher strukturschwachen Räumen deutlich höher als in Ballungsgebieten. Um eine Steuerungswirkung zu erzielen, muss zumindest eine Gegenfinanzierung durch Abschläge in überversorgten Gebieten erfolgen und keine Finanzierung „on top“.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Änderungsvorschlag

§ 105 Absatz 4 SGB V wird wie folgt geändert:

„Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 oder Absatz 3 getroffen, sind von der Kassenärztlichen Vereinigung in diesen Gebieten Sicherstellungszuschläge an bestimmte dort tätigen vertragsärztlichen Leistungserbringer zu zahlen. Über die Anforderungen die an die berechtigten Vertragsärztlichen Leistungserbringer gestellt werden und über die Höhe der Sicherstellungszuschläge je an den berechtigten vertragsärztlichen Leistungserbringer entscheidet der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. ~~Die für den Vertragsarzt zuständige Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen, die an diese Kassenärztliche Vereinigung eine Vergütung nach Maßgabe des Gesamtvertrages nach § 83 oder § 87a entrichten, tragen den sich aus Satz 1 ergebenden Zahlbetrag an den Vertragsarzt jeweils zur Hälfte. Über das Nähere zur Aufteilung des auf die Krankenkassen entfallenden Betrages nach Satz 2 auf die einzelnen Krankenkassen entscheidet der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen.~~ Die Sicherstellungszuschläge sind durch diejenigen Kassenärztlichen Vereinigungen zu entrichten, in deren Einzugsgebiet Planungsbereiche liegen, für die eine Überversorgung nach § 103 Absatz 1 SGB V festgestellt wurde. Über das Nähere zur Aufteilung des auf die betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen entfallenden Zahlbetrages nach Satz 1 entscheidet die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Benehmen mit dem Spitzenverbund der Krankenkassen.“

Zu Nr. 74 – Impfstoffversorgung (§ 132e Absatz 2 i. V. m. § 129 Abs. 5 Satz 1 SGB V)

Die Krankenkassen werden zukünftig verpflichtet in ihren Verträgen immer auch die Kosten des zweitgünstigsten Impfstoffes zu übernehmen. Die Neuregelung wird abgelehnt.

Impfstoffe unterliegen nicht der Arzneimittelpreisverordnung, sofern sie im Sprechstundenbedarf bezogen werden. Es gibt demnach keine verbindlichen Listenpreise, die der Preisbetrachtung zugrunde liegen könnten. Ohne einen „Preisanker“ führt die Neuregelung dazu, dass der zweitgünstigste Impfstoff den Preis bestimmt und der Hersteller diesen frei und unwirtschaftlich hoch festsetzen kann, in dem Wissen, dass die Krankenkassen keine Handlungsoptionen haben. Das kann zu taktischem Marktverhalten der Hersteller führen.

In der Konstellation, bei der es für eine Impfindikation nur zwei Impfstoffe gibt, wäre eine Preisvereinbarung für Krankenkassen nicht mehr möglich. Die Kassen wären gezwungen, jeden Preis zu bezahlen – sei er noch so hoch. Damit wird gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot im § 12 SGB V verstoßen. Die Impfstoffversorgung verteuert sich, ohne dass sich die Impfquoten erhöhen.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Ebenso besteht die Gefahr, die derzeit sehr gute Impfstoffversorgung der Versicherten zu beeinträchtigen. In den Verträgen, die die Krankenkassenverbände regional abschließen, ist in medizinisch begründeten Einzelfällen durchaus auch die Abgabe teurerer Impfstoffe vorgesehen. Die Krankenkassen beschränken sich gerade nicht auf den günstigsten Anbieter. Dürften neu nur noch die Kosten bis zum Preis des zweitgünstigsten Herstellers übernommen werden, wäre das Auswahlfenster zu Lasten der Versicherten eingeschränkt. Die Krankenkassen könnten den durch die Industrie verursachte Versorgungsengpässen durch produktionsbedingte Lieferausfälle nicht mehr wirksam begegnen.

Zu Nr. 73 – SAPV (Änderung § 132d Abs. 1 und 2)

Die hierfür vorgenommene Regelung sollte bereits vollumfänglich durch das Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) in Artikel 7 Nr. 10a umgesetzt sein. Insofern würde sich die hier verortete Änderung des § 132d SGB V erübrigen und wäre zu streichen.

Inhaltlich bewerten die die Betriebskrankenkassen die Umstellung vom Einzelvertragsmodell auf ein gesetzliches Zulassungsmodell in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sowie der gesetzlichen Absicherung der auf den Landesebenen praktizierten offenen Zulassungsverfahren im Sinne einer Klarstellung jedoch grundsätzlich als positiv. Nicht nachvollziehbar und aus unserer Sicht wenig zielführend, ist es über ein auf den Landesebenen etabliertes und funktionierendes Vertragssystem hinaus, einen Bundesrahmenvertrag zu schließen, dessen Notwendigkeit und Detailtiefe so nicht nachvollziehbar ist. In der Folge müssen die bereits bestehenden Verträge gekündigt und angepasst werden. Es entsteht also ein bürokratischer Aufwand der keinen Mehrwert für die Versicherten generiert. Zusätzlich entsteht eine erhebliche Unsicherheit und Schwächung der örtlichen Versorgungsstrukturen die über Jahre mühsam etabliert wurden, da z.B. unklar ist, ob die Vertragspartner unter den Vorgaben des neuen Bundesrahmenvertrags überhaupt wieder zum Abschluss kommen.

Aus fachlicher Sicht ist vor allem die kurze Frist zur Erstellung des Bundesrahmenvertrags hochproblematisch. Insbesondere bei der Regelung der Rahmenbedingungen für schwersterkrankte und sterbende Menschen ist die Verhandlung eines Vertrages der die Belange der Betroffenen angemessen berücksichtigt, innerhalb der avisierten Frist aus unserer Sicht nicht realistisch.

Zu Nr. 83 – Fehlverhaltensbekämpfungsstellen (§ 197a SGB V)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die Klarstellung des Gesetzgebers bezüglich der Übermittlung von personenbezogenen Daten. Um die Regelungen jedoch in der Praxis wirksam werden zu lassen, ist es notwendig zusätzlich eine Informationsverpflichtung im Sinne einer Verpflichtung zur Datenüber-

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

mittlung zu verankern. Nur so ist es möglich, auffällig gewordene Leistungserbringer von der Leistungserbringung auszuschließen. Ansonsten ist die Wirksamkeit der Regelung in der Praxis von der individuellen Zusammenarbeit der im Paragraphen genannten Stellen und den Zulassungsstellen abhängig. Zusätzlich müssen in den für die Zulassung relevanten Bezugspunkten Befugnisse verankert werden, die es ermöglichen Leistungserbringer entsprechend auszuschließen.

Zu Nr. 96 – Elektronische Patientenakte (§ 291a SGB V)

Die begriffliche Zusammenführung von elektronischer Patientenakte (ePA) und elektronischem Patientenfach (ePF) wird begrüßt. Die ePA wird durch diesen Schritt gesetzlich als versichertenorientierte Akte mit einem gemeinsamen Datensatz für Versicherte und Leistungserbringer definiert. Beide verfügen lediglich über unterschiedliche Zugriffsrechte auf die Dokumente in der ePA, wobei der Versicherte allein die Zugriffsrechte steuert und alle Daten löschen kann. Das Abrücken von der vormaligen Trennung in ePA und ePF gibt den Versicherten somit die vollständige Hoheit über die Daten in der ePA und stärkt ihr Selbstbestimmungsrecht. Ferner wird das Funktionsprinzip der Akte aus Nutzersicht intuitiver.

Folgerichtig, im Sinne einer Ausrichtung der ePA auf die Versicherten, ist der im Entwurf enthaltene Auftrag an die gematik, nicht nur die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Daten über Versicherte in der ePA bereitgestellt werden können, sondern auch dafür, dass Daten durch Versicherte in der ePA bereitgestellt werden können.

Die gesetzliche Öffnung, alternative Zugriffsverfahren auf die ePA ohne Einsatz der eGK zu nutzen, ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen sinnvoll sowie zeitgemäß. Diese Maßnahme sichert die ortsunabhängige Verfügbarkeit der Daten in der ePA für den Versicherten und ist wichtig für Akzeptanz und Nutzung der Akte.

Der Verzicht auf eine Speicherung von Einwilligungen auf der eGK durch Streichung der Sätze 4 bis 6 in § 291a Absatz 3 ist zu befürworten. Perspektivisch sollte ein vollständiger Verzicht der Speicherung von Daten auf der eGK angestrebt werden, mit alleiniger Ausnahme für die Stamm- und Notfalldaten.

Mit dem TSVG werden Krankenkassen verpflichtet, ihren Versicherten bis 2021 eine ePA nach §291a zur Verfügung zu stellen. Den Auftrag zur Bereitstellung an die Krankenkassen begrüßen wir ausdrücklich. Das Bereitstellungsdatum sollte jedoch nicht gesetzlich festgelegt werden, sondern sich aus den fachlich-technischen Anforderungen und unter Beachtung von Entwicklungs- und Vergabeverfahren ableiten.

Überdies lässt die gewählte Formulierung für die Verpflichtung der Krankenkassen zur Bereitstellung einer ePA offen, ob Versicherte künftig Kosten bei ihrer Krankenkasse geltend machen können, die ggf. durch die Nutzung einer ePA anderer Anbieter (z.B. von Google, Amazon, etc.) entstehen. Hier ist eine Klarstellung im TSVG dahingehend erforderlich, dass Kassen, die eine eigene ePA für ihre Versicherten

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

anbieten, nur für die Nutzung der von ihnen angebotenen ePA aufkommen müssen und dies dann „mit befreiender Wirkung“ erfolgt.

Änderungsvorschlag

In § 291a Absatz 5c (neu) SGB V wird folgender Satz 3 eingefügt:

„Krankenkassen, die ihren Versicherten eine eigene elektronische Patientenakte anbieten, sind nicht verpflichtet zur Erstattung von Kosten, die den Versicherten durch die Nutzung der elektronischen Patientenakte eines anderen Anbieters entstehen.“

Der Regierungsentwurf des TSVG stellt gesetzlich klar, dass Krankenkassen ihren Versicherten eigene Inhalte oder Anwendungen zusätzlich zu jenen Inhalten und Anwendungen, die von der Gesellschaft für Telematik für eine elektronische Patientenakte festgelegt werden, in der ePA bereitstellen dürfen. Die nach § 291b Absatz 1a Satz 1 zugelassene elektronische Patientenakte darf dabei nicht beeinträchtigt werden. Diese Aussage war im Referentenentwurf nur in der Gesetzesbegründung sowie zusätzlich in einigen technischen Dokumenten der gematik zu finden. Ihre Aufnahme in den Gesetzestext, ist zunächst zu begrüßen. Gleichwohl insinuiert die gewählte Formulierung, die Kassen könnten ihre wettbewerblichen Zusatzangebote „in der zugelassenen elektronischen Patientenakte“ bereitstellen, dass die kassenindividuellen Zusatzangebote einer Prüfung und Zulassung durch die Gematik und das BSI bedürfen, bevor sie Teil der ePA werden können. Aufgrund der Dauer und des Aufwands für das hierfür nötige Verfahren ist es erforderlich, dass eine einmalig erteilte Zulassung für wettbewerbliche ePA-Anwendungen spätere Updates oder bspw. Änderungen an deren Layout mit einschließt. Nur so ist sichergestellt, dass Anpassungen an neue Nutzeranforderungen, Sicherheitsupdates etc. nicht durch eine erneute Zulassung verzögert werden.

Änderungsvorschlag

An § 291a Absatz 5c (neu) SGB V wird folgender Satz angefügt:

„Nachträgliche Anpassungen an diesen Inhalten und Anwendungen, die deren Funktionalität und Zweckbestimmung dem Grunde nach nicht verändern, bedürfen keiner erneuten Zulassung.“

In der elektronischen Patientenakte sollen Versicherte nach dem Willen des Gesetzgebers perspektivisch alle ihre gesundheitsbezogenen Informationen und Dokumente zentral aufbewahren und verwalten können – sektorenübergreifend, lebenslang und selbstbestimmt, als Souverän eigener Daten. Dennoch besteht für Versicherte keine Möglichkeit, ihrer Krankenkasse aus ihrer elektronischen Patientenakte heraus einen Zugriff auf Daten zu gewähren. Dies widerspricht in unseren Augen dem Interesse der Versicherten, vom Gesetzgeber in den Sozialgesetzbüchern kodifizierten Rechtsnormen sowie der Absicht des TSVG, vernetzte und digitale Anwendungen und Dienste zu fördern (vgl. § 67 neu). Zielgerichtete Beratungen, die auf einer versichertenbezogenen Zusammenführung von Daten basieren und den Versicherten von ihren Krankenkassen heute nur in wenigen Ausnahmefällen angeboten werden dürfen

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

– etwa in der Pflegeberatung (gemäß § 7 a SGB XI) und in der Hospiz- und Palliativ-Beratung (gemäß § 39 b SGB V), sollten vollumfänglich auf Wunsch des Versicherten und mit der Möglichkeit des Widerrufs der Einwilligung in die Beratung ermöglicht werden. Um dem Anspruch des Versicherten auf Beratung aus § 1 Satz 4 SGB V entsprechen zu können, schlagen wir folgende Änderung vor:

Änderungsvorschlag

§ 284 Absatz 1 Satz 1 SGB V wird um eine Nr. 18 (neu) ergänzt:

„18. die individuelle Beratung des Versicherten mit dessen Einwilligung in die zweckgebundene Verarbeitung der ihn betreffenden personenbezogenen Daten“

Gesundheitsservices, Beratungen und datenbasierte Angebote könnten zukünftig erschwert oder ganz verhindert werden, wenn die versichertenbezogene Datenhaltung perspektivisch in die ePA verlagert wird, ohne den Krankenkassen die Möglichkeit des lesenden Zugriffs und der Verarbeitung auf Wunsch des Versichert zu eröffnen.

Damit die Krankenkassen ihrem Beratungs- und Versorgungsauftrag vollumfänglich nachkommen können sowie die im Zusammenhang mit kassenindividuellen Anwendungen in der ePA zur Verfügung gestellten Leistungen sinnvoll umsetzen können, muss § 291a Absatz 4 ergänzt werden. In Konsequenz muss die Anbindung des Zugriffsrechts auf Daten der elektronischen Patientenakte – unter Einwilligung des Versicherten und mit der Möglichkeit des Widerrufs dieser Einwilligung – an den Heilberufsausweisinhaber aufgehoben werden, wie es bezüglich des mobilen Zugriffs auf die elektronische Patientenakte bereits avisiert ist.

Änderungsvorschlag

§ 291a Absatz 4 SGB V Satz 1 Nr. 1 wird um einen Buchstaben f) ergänzt:

„f) Krankenkassen,“

§ 291a Absatz 4 SGB V Satz 1 Nr. 2 wird um einen Buchstaben g) ergänzt:

„g) Krankenkassen“

§ 291a Absatz 5a SGB V Satz 1 wird um eine Nr. 3 ergänzt:

„3. sowie Krankenkassen,“

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Zu Nr. 97 – Elektronische Patientenakte (§ 291b SGB V)

Der Gesetzgeber führt aus, dass bei Nutzung von mobilen Endgeräten i.d.R. Geräte eingesetzt werden, die nicht über eine Sicherheitszertifizierung des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) verfügen. Das notwendige Sicherheitsniveau für den ePA-Zugriff mittels dieser Geräte wird in einem pragmatischen Vorgehen gesenkt, indem sich die gematik gem. § 291b Absatz 1a SGB V für die Definition von Zulassungsvoraussetzungen und -verfahren für entsprechende Komponenten und Dienste mit dem BSI lediglich ins Benehmen zu setzen hat.

Die Krankenkassen werden in diesem Zusammenhang verpflichtet, den Versicherten über die verschiedenen Zugriffswege sowie über die Abstufungen bei den Sicherheitskriterien vor der Nutzung umfassend zu informieren. Der bisherige konventionelle Weg über die Nutzung der eGK, z.B. bei Leistungserbringern, bleibt erhalten.

Die getroffene Regelung unterstützt der BKK Dachverband (vgl. Kommentierung zur entsprechenden Anpassung in § 291a SGB V). Ihr liegt das Bild eines mündigen Nutzers zugrunde.

Die Krankenkassen sollten jedoch folgerichtig von etwaigen Regressansprüchen befreit sein, falls Schäden durch einen missbräuchlichen Zugriff auf die ePA von Versicherten entstehen, die nach umfassender Information schriftlich oder elektronisch erklärt haben, eines der alternativen Zugriffsverfahren ohne eGK nutzen zu wollen. Eine solche Haftungsbefreiung sollte in der Gesetzesbegründung fixiert werden.

Zu Nr. 102 – Bereitstellung von Abrechnungsdaten in der ePA (§ 305 SGB V)

Dass sich Versicherte künftig auf Antrag Daten ihrer Krankenkasse über von ihnen in Anspruch genommene Leistungen und über deren Kosten in ihrer elektronischen Patientenakte (ePA) bzw. elektronischen Gesundheitsakte (eGA) hinterlegen lassen können, ist sinnvoll und wird begrüßt. Dies ist ein richtiger erster Schritt des Gesetzgebers, um die bei Kassen vorliegenden Daten künftig einer Nutzung durch den Versicherten bzw. zu dessen Wohl zuzuführen. Ebenso sinnvoll ist die Autorisierung der Datenübermittlung an Dritte im Auftrag des Versicherten. Wir begrüßen ausdrücklich, dass der Gesetzgeber hier eine Rechtsgrundlage für eine „Datenspende“ an die wissenschaftliche Forschung schafft.

Wir begrüßen überdies die Aufhebung der zeitlichen Begrenzung des Auskunftsrechts des Versicherten und die damit verbundene Ausweitung des Auskunftsanspruchs des Versicherten im Grundsatz. Hierdurch ermöglicht der Gesetzgeber dem Versicherten weitergehende Transparenz über in Anspruch genommene Leistungen und entstandene Kosten. Einschränkend ist jedoch zu bedenken, dass den Kassen Daten zum Behandlungsgeschehen teilweise selbst nur mit erheblicher zeitlicher Verzögerung vorliegen. Mitunter können auch Abrechnungstreitigkeiten (z.B. MDK-Verfahren) bestehen, die das Vorliegen ei-

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

nes endgültigen, vom Versicherten elektronisch abrufbaren Datensatzes weiter verzögern. Perspektivisch sollte der Gesetzgeber darauf hinwirken, dass Daten über das Behandlungsgeschehen direkt nach ihrer Entstehung, ausschließlich auf digitalem Weg auch den Krankenkassen zugänglich gemacht werden.

Zu Nr. 99d) – Ambulante Kodierrichtlinien (§ 295 SGB V)

Die im Gesetzentwurf vorgegebene Einführung von ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) ist wesentlicher Ansatzpunkt für eine Reduktion von Manipulationsmöglichkeiten im Morbi-RSA und wird von den Betriebskrankenkassen daher ausdrücklich befürwortet. Anders, als bisher im TSVG vorgeschlagen, sollte allerdings die erstmalige Festlegung von Kodierrichtlinien bereits zum 1. Januar 2020 erfolgen. Auf dieser Grundlage kann eine Verankerung in der Arztabrechnungssoftware sowie ein Wirksamwerden der AKR zum 1. Januar 2021 gewährleistet werden. Dies ist möglich, weil die vorbereitenden Arbeiten für die festzulegenden Schlüssel und Prüfmaßstäbe bereits weit fortgeschritten sind.

Im Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) wurde zwar klargestellt, dass eine beratende Beeinflussung des ärztlichen Kodierverhaltens auch über den Einsatz von Praxissoftware unzulässig ist, die Umsetzung dieses Verbots wird in der Praxis jedoch nicht kontrolliert. Auch sind Fälle bekannt, bei denen Software zum Einsatz kommt, die im Nachgang zum Zertifizierungsverfahren modifiziert wurde. Um die „einseitige Beeinflussung der Diagnosedokumentation zugunsten von Einzelkrankenkassen oder Krankenkassenarten“ vollständig auszuschließen, muss die Kassenärztliche Bundesvereinigung Software, die bereits zertifiziert und im Einsatz ist, stichprobenartig auf eine Übereinstimmung mit dem Zertifikat überprüfen. Gleichzeitig ist nochmal zu verankern, dass individuelle Kodiervereinbarungen zwischen Kassen und Leistungserbringern unzulässig sind. Über Sanktionen – auch auf Leistungserbringerseite – sollte nachgedacht werden.

Änderungsvorschlag

§ 295 Absatz 4 SGB V wird wie folgt ergänzt:

„Dies umfasst im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information für die Abrechnung und Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen die Vorgabe von verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach Absatz 1 Satz 5 sowie von Prüfmaßstäben erstmals bis zum 1. Januar 2020 mit Wirkung zum 1. Januar 2021. Die Regelungen sind danach jährlich zu aktualisieren. Die Regelungen nach Satz 3 gelten auch für Leistungserbringer nach Absatz 1b Satz 1, § 27b Absatz 3, § 76 Absatz 1a, § 120 Absatz 1a und § 137f sowie für die Leistungserbringung nach § 115b. Die Regelungen nach Satz 3 sind auch Gegenstand der durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung durchzuführenden Zertifizierung von Software, Softwareteilen und Komponenten, soweit diese außerhalb der ver-

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

tragsärztlichen Versorgung zur Anwendung kommen sollen. Die Übereinstimmung der in der Praxis angewandten Software mit dem Zertifikat ist stichproben-artig zu überprüfen. Individuelle Kodiervereinbarungen zwischen Kassen und Leistungserbringern sind unzulässig.“

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Artikel 2: Weitere Änderung des Fünften Sozialgesetzbuch

Zu Nr. 1-3 – Elektronische AU-Bescheinigung (§ 295 SGB V)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich die rechtlichen Klarstellungen zur elektronischen Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Schließlich hemmt das Schriftform-Erfordernis heute bereits technisch leicht umsetz- und nutzbare digitale Kommunikationsverfahren. Eine Umstellung auf ein elektronisches Verfahren ist eine effektive Maßnahme zur Entbürokratisierung auf Seiten der Versicherten, der Leistungserbringer und der Krankenkassen. Bei der Umsetzung sind die vorhandenen und gesicherten Infrastrukturen zu nutzen.

Dies ist ein erster Schritt, um die Kommunikation zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zeitgemäß hin zu einer Direktübermittlung zwischen Akteuren der Gesundheitsversorgung umzugestalten. Weitere müssen dringend folgen.

Artikel 6: Änderung der Schiedsamtsverordnung

Hinsichtlich der grundsätzlichen Bewertung zu den Regelungsvorhaben in Bezug auf die sektorenübergreifenden Schiedsgremien wird auf die Bewertung zu Nr. 48, § 89a SGB V verwiesen.

Artikel 10: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nr. 7 – Ambulante Betreuungsdienste (§ 71 SGB XI)

Die Notwendigkeit von zusätzlichen Angeboten für Betreuungsleistungen ist unbestritten und damit auch die Etablierung entsprechender Dienste. Schwierig aus Sicht des BKK Dachverbandes ist jedoch die insuffiziente Datengrundlage, auf der die nun geplante Einführung von Betreuungsdiensten gründet. So wird im Abschlussbericht des *Modellvorhabens zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste nach § 125 SGB XI* von den Auftragnehmern deutlich in Frage gestellt, ob im Hinblick auf die niedrige Teilnehmerzahl (49 Betreuungsdienste) die Intention des Gesetzgebers als erreicht angesehen werden kann „[...] mittels einer Vielzahl (Hervorhebung durch BKK-DV) von teilnehmenden Betreuungsdiensten in unterschiedlichen Versorgungsumgebungen [...] eine belastbare Grundlage für die Einführung von Betreuungsdiensten zu erhalten“ (IGES Institut GmbH: *Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung gem. § 125 SGB XI*, S. 432.). Aus unserer Sicht ist für die Aufnahme einer Leistung in die Regelversorgung eine deutlich verlässlichere Datengrundlage notwendig. Weiterhin ist die Intention, mit der Implementierung von Betreuungsdiensten die Fachkräftebasis zu erweitern, in

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Frage zu stellen. Schon heute werden aufgrund des Fachkräftemangels kaum Fachkräfte systematisch für z.B. haushaltsnahe Dienstleistungen eingesetzt.

Insbesondere die Anforderungen an die Qualifikation der Mitarbeiter, die für Betreuungsleistungen eingesetzt werden, sollte analog der Regelungen für entsprechendes Betreuungspersonal in stationären Pflegeeinrichtungen (vgl. GKV-Spitzenverband: Betreuungskräfteleitlinie nach § 53c SGB XI) ausgestaltet werden, um eine Schlechterstellung der ambulant versorgten Versicherten zu vermeiden.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Artikel 15: Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Zu Nr. 3 a) – Mindestumfang Sprechstunden (§ 19a Absatz 1 Ärzte-ZV)

Die Vorgabe für grundversorgende Fachärzte, die fünf zusätzlichen Wochenstunden als offene Sprechstunde zu gestalten, wird nicht den gewünschten Effekt erzielen, solange keine Verpflichtung besteht, insbesondere auch „grundversorgende“ Leistungen anzubieten. Hierzu bedarf es einer klaren Definition und der konkreten Beschreibung von inhaltlich präzisierten Versorgungsaufträgen, die nachgehalten werden. Eine rein zeitliche Festlegung, die zudem noch mit Vergütungsanreizen für offene Sprechstunden versehen wird, bietet Anreize, Patienten, die sich in laufender Behandlung befinden, zu benachteiligen. Dies kann sich insbesondere auf die Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen negativ auswirken.

Die beklagte mangelnde Erreichbarkeit von Arztpraxen sowie das vermehrte Aufsuchen von Notfallambulanzen geht auch auf das für Versicherte intransparente Sprechstundenangebot niedergelassener Ärzte zurück. Bekannt ist, dass mittwochs ganztägig sowie Freitagnachmittags so gut wie kein Vertragsarzt erreichbar ist. Daher sollte die Möglichkeit, im BMV-Ä eine Regelung zur zeitlichen Verteilung der Sprechstunden zu treffen, in eine Verpflichtung umgewandelt werden.

Änderungsvorschlag

Dem § 19a Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Der Arzt ist verpflichtet, im Rahmen seiner vollzeitigen vertragsärztlichen Tätigkeit mindestens 25 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden für gesetzlich Versicherte zur Verfügung zu stehen. Ärzte, die insbesondere Arztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung angehören, müssen mindestens fünf Stunden wöchentlich als offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten. Bei einem reduzierten Versorgungsauftrag nach Absatz 2 gelten die in Satz 2 und 3 festgelegten Sprechstundenzeiten jeweils anteilig. Besuchszeiten sind auf die Sprechstundenzeiten nach Satz 2 anzurechnen. Die Einzelheiten zur angemessenen Anrechnung der Besuchszeiten nach Satz 4 sowie zu den Arztgruppen, die offene Sprechstunden anzubieten haben, sind bis zum [Datum des letzten Tages des dritten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu regeln. Im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind können auch insbesondere verbindliche Regelungen zur zeitlichen Verteilung der Sprechstunden zu treffen. nach Satz 3 getroffen werden.“

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Zu Nr. 3 c) – Prüfauftrag Einhaltung Mindestsprechzeiten (§ 19a Absatz 4 (neu) Ärzte-ZV)

Die gesetzliche Konkretisierung von Prüfpflichten der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Einhaltung der Mindestsprechstunden wird begrüßt.

III. Weiterer Änderungsbedarf

Maßnahmen zu Reduktion der Manipulationsanfälligkeit des Morbi-RSA

Neben der Einführung der ambulanten Kodierrichtlinien schlagen die Betriebskrankenkassen folgende Maßnahmen im Rahmen des TSVG vor, um die Manipulationsanfälligkeit des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs maßgeblich zu senken.

1. Überprüfung von Verträgen auf RSA-Konformität

Losgelöst von der Überprüfung einer rechtskonformen Ausgestaltung im Rahmen des Genehmigungsverfahrens durch die zuständigen Aufsichtsbehörden, sollte das speziell mit dem Finanzausgleich der Krankenkassen betraute Referat beim Bundesversicherungsamt die Verträge von bundes- wie auch von landesunmittelbaren Krankenkassen auf Konformität mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich überprüfen. Dies gilt für alle Verträge – auch Bestandsverträge – auf deren Grundlage Daten in den Morbi-RSA gemeldet werden. Mit der Prüfung wird sichergestellt, dass mittels der Verträge kein Einfluss auf Kodierung zu RSA-Zwecken erfolgt.

Daher schlagen wir die Aufnahme des folgenden Änderungsvorschlages ins TSVG vor:

Änderungsvorschlag

§ 272 SGB V wird wie folgt gefasst:

„(1) Das Bundesversicherungsamt überprüft regelmäßig bis zum 30.04. des Folgejahres alle im Vorjahr angewendeten Versorgungsverträge auf Konformität mit dem Finanzausgleich der Krankenkassen. Im Falle einer Beanstandung wird die Krankenkasse über das Ergebnis der Prüfung informiert, sodass eine Meldung der daraus resultierenden Morbiditätsdaten unterbleibt.

(2) Die für die Berichtsjahre 2009 bis 2018 angewendeten Verträge werden bis zum 31.12.2019 auf Rechtskonformität überprüft, im Falle einer Beanstandung findet §273 Abs. 1 Satz 1 SGB V Anwendung.“

2. Beschleunigung der Prüfungen nach § 273 SGB V und Herstellen von Transparenz über die Tätigkeit der Prüfstellen

Der Gesetzgeber hat das Bundesversicherungsamt mit der Aufgabe betraut, Verstöße gegen die gesetzlichen Vorgaben zur RSA-Datenübermittlung zu prüfen und mit Strafzahlungen zu ahnden. Dies ist

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

im Sinne einer Vermeidung von Manipulationen und zum Erhalt des Vertrauens in die Funktionsfähigkeit des Mechanismus des Morbi-RSA auch zwingend erforderlich.

Der Wissenschaftliche Beirat beim BVA stellt in seinem aktuellen Gutachten zur Evaluation des Morbi-RSA jedoch fest, dass diese Prüfungen bislang lediglich für die Ausgleichsjahre bis 2012 erfolgt sind. Damit besteht ein erheblicher zeitlicher Verzug zum letzten abgeschlossenen Ausgleichsjahr 2017. Mit der Vorgabe, dass die kassenübergreifende Auffälligkeitsanalyse nach §273 Abs. 2 SGB V innerhalb eines Jahres nach Eingang der zugehörigen Datenmeldung beim Bundesversicherungsamt zu erfolgen hat, soll diese Lücke geschlossen und damit für die gesetzlichen Krankenkassen auch (Rechts-)Sicherheit zu abgeschlossenen Ausgleichsjahren geschaffen werden.

Zudem muss ein Höchstmaß an Transparenz auch über die Tätigkeit der Prüfstellen bestehen. Derzeit ist unklar, welche Krankenkassen Korrekturbeträge für welchen Verstoß zahlen müssen. Die Vorgabe, die verhängten Korrekturbeträge zusammen mit der Art des Verstoßes und dem Namen der entsprechenden Krankenkasse zu veröffentlichen, würde im Hinblick auf rechtswidrige Einflussnahmen abschreckend wirken und das Vertrauen in das System erhöhen. Von der Veröffentlichung des Namens der Krankenkasse sollte abgesehen werden, wenn die Krankenkasse den Verstoß selbst und unaufgefordert beim Bundesversicherungsamt anzeigt. § 273 SGB V wird wie folgt geändert. Daher schlagen wir die Aufnahme des folgenden Änderungsvorschlages ins TSVG vor:

Änderungsvorschlag

a) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Die kassenübergreifende Auffälligkeitsanalyse nach Absatz 2 Satz 3 hat innerhalb eines Jahres nach Eingang der zugehörigen Datenmeldung beim Bundesversicherungsamt zu erfolgen.“

b) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:

„(5a) Die Art des Verstoßes gegen die Vorgaben des § 268 Absatz 3 Satz 1, 2 und 14, die Höhe des ermittelten Korrekturbetrages sowie der Name der betroffenen Krankenkasse sind auf der Homepage des Bundesversicherungsamtes zu veröffentlichen. Sofern der Verstoß nach Satz 1 unaufgefordert und unmittelbar nach Bekanntwerden durch die betroffene Krankenkasse angezeigt wurde, erfolgt keine Veröffentlichung des Kassennamens.“

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Digitalisierung

3. Nutzung von Abrechnungsdaten bei Bonusprogrammen

Änderungsvorschlag:

Ergänzung § 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V wie folgt zu ergänzen:

Nach dem Wort „Leistungsbeschränkungen,“ wird eingefügt: „den Nachweis der in Anspruch genommenen Leistungen nach § 65a Abs. 1,“

Damit wird den Kassen die Erlaubnis erteilt, die vorhandenen Abrechnungsdaten der Leistungserbringer zu nutzen, um damit die Aktivitäten zur Erlangung des Bonus nach § 65a SGB V nachzuweisen. Bisher war dies in analoger Form durch ein „Bonusheft“ erfolgt (nicht zu verwechseln mit dem vereinbarten Vordruck „Bonusheft“ für die Festsetzung der Zuschüsse beim Zahnersatz). Nachdem die Kassen nunmehr dazu übergehen, die Bonusprogramme zusätzlich auch in digitaler Form abzubilden, fehlt für die Teilnahme an vielen Bonusaktivitäten die Möglichkeit zur digitalen Bestätigung. Vom BVA wird lediglich als Nachweis akzeptiert ein vom Arzt bzw. Leistungserbringer abzuzeichnendes Papierdokument, welches abfotografiert in eine Bonusapp geladen werden kann („EDV zu Fuß“). Da die Krankenkassen über diese Daten im Rahmen der Abrechnung mit den Leistungserbringern bereits verfügen, ist es den Versicherten zunehmend kaum zu vermitteln, trotzdem doch wieder eine Papierquittung einzuholen. Dies stößt gleichfalls bei den Leistungserbringern auf Unverständnis. Alle Beteiligten sind zu unwirtschaftlichem Handeln gezwungen. Die Rechtsänderung erlaubt den Kassen, die Abrechnungsdaten für den genannten Zweck zu nutzen.

4. Nachweisführung durch Versicherte auch rückwirkend ermöglichen

Änderungsvorschlag:

Ergänzung § 65a SGB V durch einen zusätzlichen Abs. 4:

„(4) Der Nachweis zu Inanspruchnahme der Leistungen kann in den Fällen der Abs. 1 und 2 durch Eigenerklärung des Versicherten erfolgen, soweit die Krankenkasse die Teilnahme anhand der Daten nach den §§ 295 bis 302 SGB V nach der Bonuszahlung mindestens stichprobenhaft überprüft.“

Damit wird das Problem der zeitversetzten Verfügbarkeit der Abrechnungsdaten gelöst, die erst bis zu 9 Monaten nach Leistungsanspruchnahme vorliegen. Da es den Versicherten nicht vermittelbar ist, so lange auf eine Bonuszahlung zu warten, wird alternativ die Eigenerklärung zur Inanspruchnahme als Nachweis gesetzlich verankert. Gleichzeitig werden die Kassen verpflichtet, dies später anhand der Abrechnungsdaten zu prüfen. Dabei sind mindestens Stichproben durchzuführen.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Soweit dies nicht opportun erscheint, kann alternativ eine vollumfängliche nachgelagerte Überprüfung anhand der Abrechnungsdaten erfolgen. Dies kann maschinell erfolgen und erzeugt kaum nennenswerten Aufwand auf Kassenseite. Weiterhin könnte die zuvor erfolgende Bonuszahlung unter dem Vorbehalt der Prüfung erfolgen.

5. Beratungsmöglichkeiten der Kassen

Nach heutigem Stand können die Kassen die Daten eines Versicherten selbst dann nicht verarbeiten, wenn der Versicherte explizit die Kasse beauftragt bzw. einwilligt, dies zu tun. Vor diesem Hintergrund schlagen die Betriebskrankenkassen folgende Gesetzesänderung vor:

Änderung § 284 SGB V – Absatz 1 Satz 1 Nummer 18 (neu):

„(1) Die Krankenkassen dürfen Sozialdaten für Zwecke der Krankenversicherung nur erheben und speichern, soweit diese für (...)

*18. die individuelle Beratung des Versicherten mit dessen Einwilligung in die zweckgebundene Verarbeitung der ihn betreffenden personenbezogenen Daten (...)
erforderlich sind.“*

Nach § 1 Satz 4 SGB V haben die gesetzlichen Krankenkassen die Pflicht, gesundheitliche Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten zu fördern. Sie sollen hierfür die Versicherten durch Aufklärung und Beratung bei der aktiven Mitwirkung an Krankenbehandlung und der Verhinderung von Krankheit und Behinderung unterstützen. Dem nachzukommen ist den Krankenkassen unter den derzeitigen gesetzlichen Regelungen nicht möglich.

In der Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI und der Hospiz- und Palliativ-Beratung gemäß § 39b SGB V wurde diese Inkonsistenz bereits aufgehoben, sodass die individuelle Beratung in Fragen der eigenen Gesundheit, der Leistungserbringung sowie der Prävention von Erkrankungen erfolgen kann.

Auch in anderen Bereichen besteht Bedarf an individueller Beratung, die durch die Neuregelung in § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 18 sichergestellt wird. Hierzu ist eine Einwilligung des Versicherten in die zweckgebundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten einzuholen. Diese Einwilligung kann der Versicherte jederzeit widerrufen.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

6. Finanzierung der Kosten der Telematikinfrastruktur (§ 291a Absatz 7 SGB V)

Bereits für das Jahr 2018 sind im Zusammenhang mit den Ausgaben für die Telematikinfrastruktur erhebliche Mehraufwendungen für die Krankenkassen entstanden. Diese Ausgaben werden gegenwärtig im Rahmen der Zuweisungen des Gesundheitsfonds wie Verwaltungsausgaben behandelt, d.h. die Hälfte des Gesamtaufwands in der GKV wird den Krankenkassen mit Morbiditätsbezug zur Refinanzierung zugeführt. Die Belastung der Krankenkassen findet dagegen über eine Umlage je Versicherten, d.h. ohne Morbiditätsbezug statt.

Aus dem vorliegenden Gesetzentwurf ist für die folgenden Jahre mit erheblichen zusätzlichen Ausgaben im Zusammenhang mit der Telematik zu rechnen (Bereitstellung einer elektronischen Patientenakte bis spätestens 2021). Auch hier ist absehbar, dass sich der Aufwand für die Krankenkassen unabhängig von der Morbidität der Versicherten darstellen wird. Eine den Ausgaben entsprechende Zuweisung mit Morbiditätsbezug über die Zuweisung für Verwaltungskosten ist deshalb nicht sachgerecht. Darüber hinaus betreffen weder die Telematikinfrastruktur bei Leistungserbringern noch die elektronische Patientenakte Verwaltungsprozesse innerhalb der Krankenkassen. Insofern sollten die anfallenden Kosten dem Bereich der „nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben“ kurzfristig – spätestens jedoch für das Geschäftsjahr 2019 – zugeordnet werden. Dies sollte zumindest in der Gesetzesbegründung klargestellt werden.

Weiteres

7. Förderung der Qualität durch die Krankenkassen

Änderungsvorschlag:

Ergänzung eines § 135d SGB V:

„(1) Die Krankenkassen oder ihre Verbände können im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung in Ergänzung zur vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Versorgung mit Kassenärztlichen Vereinigungen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigungen Verträge zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung der Versicherten sowie zur Förderung und Weiterentwicklung der Leistungserbringung, der Arzneimittelversorgung oder der sektorenübergreifenden Versorgung in den verschiedenen Leistungsbereichen schließen. Die Verträge können Verfahrens- und Organisationsformen, die Festlegung einheitlich strukturierter und elektronisch dokumentierter Leistungs-, Struktur- oder Qualitätsmerkmale sowie die in § 11 Absatz 6 genannten Satzungsleistungen, Leistungen nach den §§ 20, 20a, 20i, 25, 26, 27b, 63 Absatz 3c, bei Schwangerschaft und Mutterschaft, zum Medikationsmanagement, zur Telemedizin, zur Fortführung von Leistungen aus Modellvorhaben sowie ärztliche und zahnärztliche Leistungen einschließlicher neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden betreffen. Gegenstand können nur solche Leistungen sein, über die im Bundesmantelvertrag oder im einheitlichen Bewertungsmaßstab keine widersprechende Regelung getroffen ist oder über deren Eignung als

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Leistung der Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 oder im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c Absatz 1 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Die ergänzende Regelung muss dem Sinn und der Eigenart der vereinbarten Versorgung entsprechen und insbesondere darauf ausgerichtet sein, die Qualität, Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie die in den Bundesmantelverträgen für die Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung beschlossenen Qualitätsanforderungen gelten als Mindestvoraussetzungen entsprechend. Kassenindividuelle oder kassenartenspezifische Verträge über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen können nicht Gegenstand der Verträge sein; § 71 Absatz 6 ist entsprechend anzuwenden.

(2) In der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zugelassene Leistungserbringer oder Gruppen von Leistungserbringern, pharmazeutische Unternehmer, Hersteller von Medizinprodukten im Sinne des Gesetzes über Medizinprodukte sowie Unternehmen von Kommunikationstechnologien und Telemedizin können an den Verträgen nach Absatz 1 beteiligt oder in diese einbezogen werden.

(3) Die Verträge nach Absatz 1 können von den Vorschriften des Dritten, Vierten und Zehnten Kapitels dieses Buches, ausgenommen § 136b, des Elften Buches, des Dritten Abschnitts des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes, ausgenommen § 8 Absatz 1 Satz 3 sowie § 21, und des Arzneimittelgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen abweichen. Abweichungen vom Zehnten Kapitel dieses Buches können insbesondere informationstechnische und organisatorische Verbesserungen der Datenverwendung, einschließlich der Erweiterung der Befugnisse zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von personenbezogenen Daten sein, um die papiergebundene Kommunikation durch elektronische und maschinell verwertbare Übermittlungen der Daten zu ersetzen.

(4) Die Wirtschaftlichkeit der Verträge muss spätestens vier Jahre nach dem Wirksamwerden der zugrundeliegenden Verträge nachweisbar sein. Werden in einem Vertrag nach Absatz 1 Leistungen geregelt, die bereits in den Verträgen nach § 85 oder § 87a, den Ausgabenvolumen nach § 84 oder der Krankenhausbudgets vergütet werden oder von diesen umfasst sind, sind die Vergütungen oder der Behandlungsbedarf nach § 87a Absatz 3 Satz 2, die Ausgabenvolumen oder die Budgets zu bereinigen. Die Bereinigung hat entsprechend der Zahl und der Morbiditäts- oder Risikostruktur der die Leistungen gemäß der Verträge nach Absatz 1 inanspruchnehmenden Versicherten sowie der in diesen Verträgen jeweils vereinbarten Inhalte zu erfolgen. Die Budgets der einbezogenen Krankenhäuser sind dem geringeren Leistungsumfang anzupassen; § 21 Krankenhausentgeltgesetz bleibt davon unberührt. Für die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Absatz 3 Satz 2 kann eine rückwirkende Bereinigung vereinbart werden. § 89 findet keine Anwendung. § 71 Absatz 4 und 5 gelten entsprechend.“

Die Einfügung eines § 135d SGB V nimmt in erster Linie die Weiterentwicklung der Grundversorgung (Regelversorgung) in den Fokus und unterscheidet sich damit von den bisherigen Regelungsmöglichkeiten des § 140a SGB V (Selektivverträge). Ohne eine entsprechende gesetzliche Grundlage ist eine Verbesserung und Weiterentwicklung beziehungsweise die Berücksichtigung von regionalen Bedingungen der Regelversorgung nicht möglich. Aus diesen Gründen ergibt sich, trotz der bestehenden Regelungen des § 140a SGB V, ein zusätzlicher Regelungsbedarf für die neue Vorschrift des § 135d SGB V.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Derzeit können Krankenkassen allenfalls im Rahmen von Modell- oder Selektivverträgen über die Regelversorgung hinaus andere Leistungsinhalte zur Förderung der Qualität vereinbaren. Die Umsetzung von Modell- und Selektivverträgen ist immer an Teilnahme- und Einschreibeverfahren, Evaluations- oder Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen, erhebliche Datenlieferungen und teilweise auch an Ausschreibungen zur vertraglichen Bindung der Leistungserbringer geknüpft, was sich insbesondere bei Strukturmodellen und für die qualitative und technische Weiterentwicklung der Regelversorgung nachteilig, innovationshindernd und/oder zeitverzögernd auswirkt. Dieser Aufwand rechtfertigt sich nur, wenn mit dem Modell- oder Selektivvertrag außerhalb der Regelversorgung ein sehr umfassender Versorgungsauftrag definiert wird.

Zusätzlich zur Regelversorgung gibt es aber auch kleine und geringfügige Verbesserungen in der Leistungserbringung, die nicht immer eine neue bisher in der Regelversorgung nicht vorhandene Leistung beschreiben oder einen kompletten Versorgungsauftrag abbilden. Hierfür sind keine einfachen vertraglichen Regelungen möglich, um den Versicherten diese Verbesserungen zugänglich zu machen oder auch um Versorgung regional zu gestalten oder zukunftsfähig zu machen.

Bisher kann neben den Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 135b SGB V) auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft Verträge zur Förderung der Qualität schließen (§ 135c SGB V). Für die Krankenkassen dagegen fehlt eine entsprechende Rechtsgrundlage.

8. Übermittlungspflicht der Finanzbehörden

Die Betriebskrankenkassen unterstützen das Ansinnen des Bundesrates zur Ergänzung eines § 287a SGB V ausdrücklich. Eine solche Regelung würde den bürokratischen Aufwand bei Krankenkassen und insbesondere bei den Versicherten merklich senken.

Änderungsvorschlag:

Ergänzung eines § 287a SGB V:

„(1) Die Finanzbehörden übermitteln den gesetzlichen Krankenkassen für die freiwillig versicherten Mitglieder, für die die Krankenkassen bis zum 28. Februar des Folgejahres die Höhe der gezahlten Beiträge zu übermitteln haben (§ 10 Absatz 2a Satz 4 Einkommenssteuergesetz) in einem automatisierten Verfahren jährlich die maschinell vorhandenen Feststellungen zu:

- a. Erstelldatum des Steuerbescheides,*
- b. Kalenderjahr, für den der Steuerbescheid erstellt wurde,*
- c. Art des Bescheides (Ursprungs- oder Änderungsbescheid),*
- d. Datum des korrigierten Ursprungsbescheides,*
- e. Einkünfte aus nichtselbständiger Tätigkeit (Bruttoarbeitslohn, ohne Abzug der Werbungskosten),*
- f. Einkünfte aus Gewerbebetrieben,*

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

- g. Sonstige Einnahmen,*
- h. Summe der zu steuernden Renten,*
- i. Kapitalerträge,*
- j. Werte aus der Steuervorauszahlung,*
- k. Einkünfte aus selbständiger freiberuflicher Tätigkeit,*
- l. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung,*
- m. Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft,*
- n. Sonstige Einkünfte – Einnahmen aus Unterhaltsleistungen –,*
- o. Erläuterungen zur Festsetzung und*
- p. Inhalt der Rechtsbehelfsbelehrung.*

Die Krankenkassen dürfen diese Daten nur zur Berechnung der Beitragshöhe der freiwillig versicherten Mitglieder verwenden.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, das Nähere über das Verfahren der automatisierten Datenübermittlung durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen und mit Zustimmung des Bundesrates zu regeln.“

Im Zeitalter des elektronischen Datenaustausches und der voranschreitenden Digitalisierung sollte die heutige Einbahnstraße von Datenlieferungen der GKV an die Finanzverwaltung in die andere Melde- richtung geöffnet werden, in dem ein Austausch der Daten des Steuerbescheides von den Finanzäm- tern an die gesetzlichen Krankenkassen für den Personenkreis der in der GKV freiwillig Versicherten (zum Beispiel Selbständige) implementiert wird. Bisher melden die Krankenkassen für diese Personen- kreise einseitig an die Finanzbehörden bis zum 28. Februar eines Kalenderjahres die im vorherigen Ka- lenderjahr entrichteten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung. Die Schaffung eines solchen bei- derseitigen Datenaustausches wird zu einer wesentlichen Vereinfachung der Beziehungen zwischen Mitgliedern, Finanzämtern und Krankenkassen beitragen.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

IV. Stellungnahme zu den Oppositionsanträgen

zu Drucksache 19/2689

Antrag der Fraktion der FDP

Zum Gesetzentwurf zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Krebspatienten die Chance auf eigene Kinder ermöglichen, fertilitätsbewahrende Behandlung zur Regelleistung machen

Die Betriebskrankenkassen unterstützen den Antrag der FDP-Fraktion analog unserer Unterstützung für die im Entwurf des TSVG bereits vorgesehene Erweiterung des § 27a SGB V.

zu den Drucksachen 19/4887 und 19/6130

Antrag der Fraktion DIE LINKE.

**„Flächendeckende Versorgung mit Physiotherapie und anderen Heilmitteln sichern“
sowie**

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

„Bedarfsgerechte Versorgung für alle Patientinnen und Patienten sicherstellen und therapeutische Berufe durch attraktive Arbeits- und Ausbildungsbedingungen aufwerten“

Die Betriebskrankenkassen sprechen sich für eine umfassende Weiterentwicklung der Heilmittelerbringung aus. Nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen mehr Kompetenz in der Ausübung ihres Berufes zu übertragen, ist eine Forderung der Betriebskrankenkassen – nicht nur im Bereich der Heilmittelerbringung. Durch die Weiterentwicklung der Heilmittelversorgung wird den mit dem demographischen Wandel und dem medizinisch-technischen Fortschritt einhergehenden Veränderungen in den Versorgungsbedarfen Rechnung getragen. Neue Kompetenzen machen allerdings eine Novellierung der Ausbildung notwendig, durchaus auch auf akademischem Niveau.

Der Gesetzgeber könnte perspektivisch, in einem nächsten Schritt, den Direktzugang zur physiotherapeutischen Versorgung ermöglichen. Hierzu muss eine Reihe von Fragen geklärt werden, so die Frage, wer Verantwortlichkeit für die Wirtschaftlichkeit der Versorgung trägt. Entsprechende Neuregelungen, die Heilmittelerbringern Verantwortung auf Augenhöhe mit ärztlichen Berufen zugestehen, müssten umgesetzt werden.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

zu den Drucksachen 19/4833 und 19/3393

Antrag der Fraktion der FDP

**„Ambulante ärztliche Versorgung verbessern, Bürokratie abbauen, Budgetierung aufheben“
sowie**

Antrag der Fraktion der AfD

„Aussetzung der Budgetierung für Ärzte“

Die ambulante Vergütungssystematik weist zahlreiche Defizite auf: dazu gehören die Ausgestaltung des EBM, das Zusammenspiel von EBM und GOÄ, die Koexistenz der beiden ambulanten Vergütungssysteme mit den stationären DRG und die Existenz weiterer Vergütungsformen für ambulante Krankenhausleistungen. Daher bedarf es einer grundlegenden Erneuerung des Finanzierungs- und Honorierungssystems, um bestehende Defizite auszugleichen. Ein holistisches Finanzierungs- und Honorierungssystem sollte Anreize für sparsamen Ressourcenverbrauch und für die Vermeidung unnötiger Leistungen setzen. Es sollte den Aufwand für Kommunikation, Koordination und Kooperation honorieren und systematisches Entlass- und Übergangsmanagement fördern. Wenn und wo möglich, sollte das neue System Elemente einer leistungsorientierten Vergütung enthalten.

Eine, wie in den Anträgen vorgeschlagene, Entbudgetierung ist hingegen als Einzelmaßnahme mit Fehlsteuerungswirkung abzulehnen. Sie bietet keine Lösung für die oben ausgeführten Probleme. Vielmehr würde der Wegfall der Mengensteuerung zu einer Leistungsausweitung führen, die letztendlich die Gemeinschaft der gesetzlich Versicherten zu tragen hätte. Zudem würde die Leistungsmengenausweitung nicht per se mit einer Verbesserung der Versorgung gesetzlich Versicherter einhergehen. Auch das gesetzliche festgeschriebene Wirtschaftlichkeitsgebot würde konterkariert werden.

zu Drucksache 19/6417

Antrag der Fraktion der FDP

„Regionalisierung der Bedarfsplanung, Niederlassungsfreiheit als Regelfall“

Die Betriebskrankenkassen erachten die Reform der Bedarfsplanung als äußerst wichtig. Eine Anpassung der Fristen zur Umsetzung für den G-BA, wie im Antrag der Fraktion der FDP vorgeschlagen, halten wir indessen nicht für notwendig.

Grundsätzlich besteht bereits heute Niederlassungsfreiheit. Beschränkungen der Niederlassungsfreiheit erfordern ein hohes Maß an Rechtssicherheit und kommen nur zum Tragen, um Konzentrationen von Vertragsärzten in attraktiven Regionen zu begrenzen. Dies dient dem übergeordneten Ziel eines bundesweiten Zugangs zur vertragsärztlichen Versorgung für alle Versicherten. Insofern sind die Entscheidungsspielräume bei der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen für die regionale Ebene begrenzt. Darüber hinaus wurde die Bedarfsplanung bereits mit der letzten Reform deutlich flexibilisiert. Regionale Besonderheiten können angemessen berücksichtigt werden, da von den bundesweiten Vorgaben

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

der Bedarfsplanungs-Richtlinie begründet abgewichen werden kann. Des Weiteren existieren Regelungen zum zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf und zum Sonderbedarf, die es der regionalen Ebene bereits heute ermöglichen, zusätzliche Arztstühle aus Versorgungsgründen auszuweisen. Die mit diesen Regelungen verbundene Möglichkeit, regionale Versorgungsbedarfe gezielt zu adressieren, sollte beibehalten werden. Ohne verbindliche Regelungen zur Steuerung des Niederlassungsverhaltens kann, ein bundesweit flächendeckender Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung für die Versicherten nicht aufrechterhalten werden.

Aus unserer Sicht besteht daher ohne ein grundlegendes, ordnungspolitisches Konzept zur Versorgungssteuerung keine Notwendigkeit für eine Anpassung der Entscheidungsstrukturen bei der Einführung von Zulassungsbeschränkungen, mehr noch, wir raten aus den o.g. Gründen sogar hiervon ab.

Die Einführung von Strukturzuschlägen für ländliche und strukturschwache Gebiete im EBM lehnen wir ab. Die bestehenden Förderinstrumentarien und Vergütungsanreize zur Niederlassung und Verbesserung der Versorgung der Versicherten in Abhängigkeit des regionalen Versorgungsbedarfes, bewerten wir als ausreichend.

zu Drucksache 19 (14) 51.1

Änderungsantrag der Fraktion DIE LINKE.

„Beibehaltung des direkten Zugangs zur Psychotherapie“

Auch die Betriebskrankenkassen lehnen zum jetzigen Zeitpunkt den neuen Auftrag an den G-BA ab, in der Psychotherapie-Richtlinie Regelungen für eine gestufte und gesteuerte Versorgung festzulegen. Mit der Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde durch die jüngste Reform der Psychotherapie-Richtlinie besteht bereits jetzt ein gestuftes Zugangssystem zu psychotherapeutischen Behandlungen. Die Wirkungen der jüngsten Reform sollten erst beobachtet werden, bis auf der Basis verlässlicher Daten eine aussagekräftige Evaluation erstellt werden kann. Weitere Änderungen sind zum jetzigen Zeitpunkt verfrüht.

zu Drucksache 19 (14) 51.2

Änderungsantrag der Fraktion DIE LINKE.

„Vollständige Kostenübernahme bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz“

Die von der Fraktion DIE LINKE. vorgeschlagene Regelungen, nach der die Festzuschüsse beim Zahnersatz nach § 55 SGB V generell 100 Prozent der für die jeweilige Regelversorgung festgesetzten Beträge umfassen sollen, bewerten die Betriebskrankenkassen kritisch.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 10.01.2019
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Die Kernproblematik beim Zahnersatz sind nicht geringe Festzuschüsse, sondern die stetig steigenden privatrechtlichen Ansprüche, die sich bei gleich- bzw. andersartigen Versorgungsformen ergeben. D. h. Versicherte entscheiden sich immer öfter für höherwertigeren Zahnersatz und sehen sich in der Folge mit GOZ-Rechnungen in beträchtlicher Höhe konfrontiert. Daher wäre es sinnvoll, einen schleichenden Niveauabstieg in der Regelversorgung, der letztlich sowohl zu Lasten der Versicherten geht als auch das Ansehen der zahnmedizinischen Versorgung beschädigen könnte, zu verhindern. Mit einer gezielten Verbesserung der Regelversorgung könnte der Anteil der gleich- und andersartigen Versorgungsformen reduziert werden.

Auch sollte die Eigenverantwortung der Versicherten zur Vorsorge, die mit der Einführung des Bonusheftes incentiviert wurde, im Sinne der Prävention aufrechterhalten werden. Darüber hinaus besteht mit der sogenannten gleitenden Härtefallregelung eine weitere Möglichkeit zur finanziellen Entlastung der Versicherten. Insofern wird der im Änderungsantrag angesprochene Personenkreis durch bereits bestehendes Recht geschützt.

zu Drucksache 19 (14) 51.3

Änderungsantrag der Fraktion DIE LINKE.

„Pflegebedürftigkeitsbegriff umsetzen – ambulante Pflegedienste stärken“

Der Begründung folgend ist der Fraktion DIE LINKE mit dem vorliegenden Änderungsantrag daran gelegen, eine konsequente inhaltlich-praktische Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu unterstützen. Dies ist grundsätzlich zu befürworten.

Mit dem Änderungsantrag soll einerseits die durch das TSVG angedachte dauerhafte gesetzgeberische Zulassungsmöglichkeit für Betreuungsdienste aufgehoben werden. Andererseits soll mit der gleichen Rechtsnorm (§ 71 SGB XI) die Entwicklung bundeseinheitlicher Standards vorangetrieben werden, nach denen ambulante Betreuungseinrichtungen zuzulassen sind, die für Pflegebedürftige dauerhaft pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung erbringen (Betreuungsdienste). Dies soll zudem im Rahmen der Entwicklung des neuen Qualitätssystems nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 SGB XI stattfinden. Hierbei handelt es sich allerdings um eine gesetzliche Grundlage für das stationäre Setting. Darüber hinaus ist es nicht die Aufgabe der Instrumentenentwicklung zur Qualitätssicherung, die gewünschten Zulassungsstandards zu entwickeln.

Ferner fordert die Fraktion DIE LINKE für die Betreuungsdienste die Einführung einer jährlichen Qualitätsberichterstattung nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 SGB XI. Rechtssystematisch wäre eine Verortung im § 113b Absatz 4 Nummer 3 SGB XI angezeigt, damit entsprechende Qualitätskriterien zur externen Prüfung wissenschaftlich fundiert erarbeitet werden können, um in das neue Qualitätssicherungssystem in der ambulanten Pflege überführt zu werden.