

16.08.2018

**Stellungnahme zum  
Referentenentwurf  
eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung  
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)**

**A. Vorbemerkung**

Der Gesetzentwurf und seine Ziele, wie zum Beispiel die Ermöglichung eines gleichwertigen Zugangs aller gesetzlich Versicherten zur ambulanten ärztlichen Versorgung, die Verbesserung der Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen sowie das Vorantreiben der Digitalisierung im Gesundheitswesen, insbesondere durch die elektronische Patientenakte, sind zu begrüßen.

Der Fokus des Gesetzentwurfs liegt dabei auf dem ambulanten Sektor, doch sind auch Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen durch einzelne Regelungen betroffen. Dabei gilt es, den Blick des Gesetzgebers vor allem auf den Bereich der Rehabilitation zu richten, welcher in gesetzlichen Neuregelungen oftmals kaum Beachtung als gleichwertiger Sektor findet.

## **B. Stellungnahme im Einzelnen**

### **I. Streichung der Berichtspflicht der Krankenkassen bei pflegebedürftigen Versicherten**

Art. 1 Nr. 21 b, § 40 Abs. 3 SGB V

#### **Neuregelung**

Nach § 40 Absatz 3 Satz 8 hat die Krankenkasse ihrer Aufsichtsbehörde jährlich über Fälle zu berichten, in denen sie für pflegebedürftige Versicherte nach § 40 Absatz 3 Satz 6 Zahlungen an die Pflegekasse leisten musste, weil für Versicherte nicht innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung notwendige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht wurden. Da nur sehr wenige Fälle gemeldet wurden, wird die Berichtspflicht aus Gründen der Verwaltungsökonomie und des Bürokratieabbaus gestrichen.

#### **Bewertung**

Im Rahmen des Projektes „Reha XI – Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung des MDK; Evaluation und Umsetzung“ wurde festgestellt, dass in den letzten Jahren zu wenig Rehabilitationsempfehlungen ausgesprochen wurden. Mit dem PSG II wurde deshalb 2016 ein bundeseinheitliches, strukturiertes Verfahren zur Begutachtung eingeführt, wodurch es zu mehr Rehabilitationsempfehlungen kommen soll. Insofern könnten dadurch auch mehr Fällen nach § 40 Abs. 3 Satz 8 entstehen.

#### **Änderungsvorschlag**

Um das Empfehlungsverhalten weiter zu beobachten, sollten bei Streichung der Berichtspflicht nach § 40 Abs. 3 Satz 8 SGB V wenigstens die Berichtsverpflichtungen der Pflegekassen nach § 18a Absatz 2 SGB XI über das Jahr 2018 hinaus verlängert werden.

## **II. Neues sektorenübergreifendes (dreiseitiges) Schiedsgremium**

Art. 1 Nr. 46, § 89a SGB V (Neufassung)

### **Neuregelung**

Mit dem neuen sektorenübergreifenden Entscheidungsgremium zur Konfliktlösung beabsichtigt der Gesetzgeber, Kompetenzen zu bündeln und eine sachgerechte, interessengerechte und zügige Konfliktlösung sicherzustellen. Die bestehenden uneinheitlichen Regelungen und Unterschiede bezüglich der Mehrheitsverhältnisse, der Beschlussfassung und der Stimmverhältnisse sollen dadurch beendet und die auf zweiseitige Konflikte ausgerichteten Schiedsämter und Schiedsstellen gleichzeitig von allen Entscheidungen im dreiseitigen Bereich befreit werden.

### **Bewertung**

Die Einrichtung eines sektorübergreifenden Schiedsgremiums sowohl auf Landes- als auch Bundesebene ist grundsätzlich zu begrüßen. In der Ausgestaltung wird jedoch der Bereich der Rehabilitation nicht berücksichtigt. Um alle Sektoren vollumfänglich abbilden zu können, müssen auch Vertreter von Rehabilitationsleistungserbringern als ständige Mitglieder in den Schiedsgremien auf Landes- und Bundesebene vertreten sein.

### **Änderungsvorschlag**

§ 89a Absatz 1 SGB V (Neufassung) wird um „die für die Wahrnehmung der Interessen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen auf Landesebene maßgeblichen Verbände“ ergänzt.

§ 89a Absatz 2 SGB V (Neufassung) wird um „die für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene“ ergänzt.

§ 89a Absatz 5 SGB V (Neufassung) wird um zwei Vertreter „der zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen“ ergänzt.

### **III. MVZ**

Art. 1 Nr. 50, § 103 SGB V (Neufassung)

#### **Neuregelung**

Die bisher bestehende generelle Möglichkeit zur Nachbesetzung einer Angestellten-Arztstelle in einem MVZ soll auf ein sachgerechtes Maß beschränkt werden. Künftig soll der Zulassungsausschuss auch bei der Nachbesetzung einer genehmigten Anstellung prüfen, ob ein Bedarf für die Nachbesetzung besteht. Anders als bei der Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes soll der Zulassungsausschuss aber nur über das „ob“ und nicht über das „wie“ der Nachbesetzung entscheiden. Das bedeutet, dass das MVZ ihre angestellten Ärztinnen und Ärzte weiterhin selbst auswählen kann.

#### **Bewertung**

Die Bedarfsprüfung durch den Zulassungsausschuss im Rahmen der Nachbesetzung einer Arztstelle gefährdet den Bestand von Medizinischen Versorgungszentren. Ein bedarfsnotwendiges MVZ muss dadurch jederzeit damit rechnen, dass es durch den Zulassungsausschuss als nicht mehr bedarfsgerecht qualifiziert wird, obwohl eine solche Bedarfsprüfung bereits mit der Zulassung des MVZ erfolgt ist. Zudem sind langwierige Prüfungen durch den Zulassungsausschuss zu befürchten. Eine Neubesetzung könnte erheblich verzögert, wenn nicht sogar verhindert werden.

Auch ist zu berücksichtigen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 105 Abs. 1b SGB V (Neufassung) selbst Einrichtungen betreiben können, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung von Versicherten dienen oder sich an solchen Einrichtungen beteiligen. Somit würde ein Leistungserbringer über die Bedarfsnotwendigkeit eines anderen Leistungserbringers mitentscheiden. Dadurch ist zu befürchten, dass die Bedarfsprüfung im Rahmen der Nachbesetzung von Medizinischen Versorgungszentren interessengeleitet ist.

#### **Änderungsvorschlag**

Streichung der Bedarfsprüfung durch den Zulassungsausschuss bei der Nachbesetzung einer Angestellten Arztstelle in einem MVZ.

#### **IV. Elektronische AU-Bescheinigung**

Art. 1 Nr. 86, § 295 SGB V (Neufassung)

##### **Neuregelung**

Zum 1. Januar 2021 wird ein einheitliches und verbindliches elektronisches Verfahren zur Übermittlung von Arbeitsunfähigkeitsdaten durch die Ärzte an die Krankenkassen eingeführt und damit die bisherigen, der Krankenkasse vorzulegenden, papiergebundenen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ersetzt. In diesem Zusammenhang wird gesetzlich klargestellt, dass die Pflicht zur Übermittlung dieser Daten an die Krankenkassen den Ärzten und Einrichtungen obliegt, die die Arbeitsunfähigkeit feststellen.

##### **Bewertung**

Mit der Regelung werden Rehabilitationseinrichtungen zur elektronischen Datenübermittlung nach § 291a SGB V verpflichtet, obwohl diese bisher nicht in die Telematikinfrastuktur eingebunden sind und daher auch nicht über die erforderlichen Kartenlesegeräte verfügen/diese nicht erwerben dürfen. Dementsprechend besteht auch keine Finanzierungsvereinbarung für Rehabilitationseinrichtungen.

##### **Änderungsvorschlag**

Rehabilitationseinrichtungen müssen in die Telematikinfrastuktur eingebunden werden und eine Refinanzierung der Kosten erhalten.

## **C. Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf**

### **Arztsitzübernahme durch eine Anstellung in einem medizinischen Versorgungszentrum**

#### **Sachstand**

Gerade im ländlichen Bereich ist es für ältere Fachärzte schwer, geeignete Nachfolger zu finden. Dadurch, dass MVZ ältere Vertragsarztsitze aufkaufen, kann die fachärztliche Versorgung sichergestellt werden. § 103 Abs. 4a Satz 1 SGB V legt fest, dass ein Vertragsarzt auf seine Zulassung verzichten kann, um in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig zu werden, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen.

Das BSG legte fest (B 6 KA 21/15 R), dass hiervon auszugehen ist, wenn der ursprünglich zugelassene Arzt die Absicht hat, zumindest drei Jahre im Angestelltenverhältnis im MVZ tätig zu werden. Laut dem Urteil des BSG geht es zu Lasten des an der Nachbesetzung der Arztstelle interessierten MVZ, wenn sich die Absicht des ursprünglich zugelassenen Arztes, tatsächlich zumindest drei Jahre im MVZ tätig zu werden, nicht mehr realisieren lässt und Umstände, die eine Änderung der ursprünglich bestehenden Absichten nachvollziehbar erscheinen lassen, nicht festzustellen sind.

#### **Bewertung**

Das Urteil führt zu Rechtsunsicherheiten, wenn der angestellte Arzt vor Ablauf von drei Jahren aus dem Angestelltenverhältnis ausscheidet, etwa um vorzeitig in den Ruhezustand zu gehen. Bei der Absicht, drei Jahre tätig zu werden, handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff, dessen nachträglicher Nachweis kaum möglich ist. Um Rechtssicherheit zu schaffen und Planbarkeit zu ermöglichen, sollte eine gesetzliche Klarstellung erfolgen, dass eine Prüfung, ob der Verzicht der Zulassung Gründen der vertragsärztlichen Versorgung entgegensteht, ausschließlich zum Zeitpunkt der Arztsitzübernahme zu erfolgen hat.

#### **Änderungsvorschlag**

Klarstellung in § 103 SGB V, dass die Prüfung, ob die Arztsitzübernahme Gründen der vertragsärztlichen Versorgung entgegensteht, ausschließlich zum Zeitpunkt der Arztsitzübernahme zu erfolgen hat.