

Bundesverband

Sozialverband Deutschland · Stralauer Straße 63 · 10179 Berlin



Abteilung Sozialpolitik

Bei Rückfragen:

Florian Schönberg

Tel. 030 72 62 121

Fax 030 72 62 22-328

sozialpolitik@sovd.de

sovd.de

17. August 2018

Fs

Stellungnahme

zu dem Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

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

(Stand: 23. Juli 2018)

1 Zusammenfassung des Referentenentwurfs

Mit einem Bündel an Maßnahmen sollen insbesondere die Leistungen und der Zugang zur ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung für die gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten verbessert werden. Insbesondere dürfe es nicht zu unangemessen langen Wartezeiten auf Behandlungstermine bei Haus-, Kinder- und Fachärztinnen und –ärzten oder zu einem Mangel an ärztlichen Versorgungsangeboten in ländlichen und strukturschwachen Regionen kommen. Zur Verkürzung der Wartezeiten auf Arzttermine wird insbesondere das Sprechstundenangebot erweitert und die Vergütung angepasst.

Vorgesehen sind u.a. folgende Maßnahmen:

- Im Bereich der ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung wird das Sprechstundenangebot erweitert und zusätzlich vergütet sowie der Aufgabebereich der Terminservicestellen (TSS) ausgeweitet.
- Regionale Zuschläge aus dem Strukturfonds werden obligatorisch ausgestaltet.
- Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen zu Eigeneinrichtungen in Gebieten mit Unterversorgung oder drohender Unterversorgung.
- Konkretisierungen zu Medizinischen Versorgungszentren.
- Regelungen im Bereich der Bedarfsplanung.
- Erhöhung des Festzuschusses für Zahnersatz.
- Verpflichtende Einführung der elektronischen Patientenakte ab 2021.
- Ergänzungen und Klarstellungen im Bereich des Leistungsrechts.
- Betreuungsdienste als zugelassene Leistungserbringer in der sozialen Pflegeversicherung.

2 SoVD-Gesamtbewertung

Die Gesamtbewertung des umfangreichen Gesetzentwurfs fällt grundsätzlich positiv aus. Mit dem Gesetzentwurf sind in vielen Versorgungsbereichen Verbesserungen vorgesehen.

Der Gesetzentwurf legt einen besonderen Schwerpunkt auf die flächendeckende ambulante haus- und fachärztliche Versorgung. Das Problem unangemessen langer Wartezeiten für gesetzlich Versicherte auf Behandlungstermine wird richtig erkannt. Dem will der Gesetzgeber insbesondere mit der Ausweitung der Mindestsprechstunden sowie der Einführung von offenen Sprechstunden für Haus-, und Kinder- sowie konservativ tätige Fachärztinnen und –ärzte begegnen. Der SoVD ist jedoch skeptisch, dass die Erweiterung des Sprechstundenangebots um wenige Stunden pro Woche, spürbar Wartezeiten für gesetzlich Versicherte reduzieren kann. Parallel werden kleinteilige extrabudgetäre Vergütungsregelungen geschaffen, die lediglich Fehlanreize und eine Zunahme des bürokratischen Aufwands befürchten lassen. Vielmehr sollte aus Sicht des SoVD die Vergütung im ambulanten Bereich grundlegend überarbeitet und das Vergütungssystem mit Wirkung für alle Akteure der ambulanten ärztlichen Versorgung weiterentwickelt werden.

Ein wesentlicher Grund für zu lange Wartezeiten liegt nach Auffassung des SoVD in den zum Teil erheblichen regionalen Versorgungsunterschieden. Jüngst stellte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten zur Bedarfsgerechten Steuerung der Gesundheitsversorgung (2018) erneut fest, dass es im deutschen Gesundheitswesen weiterhin eine Über-, Unter- und Fehlversorgung gibt und insofern „Steuerungsdefizite“ bestehen. Nachhaltigere Verbesserungen verspricht sich der SoVD in diesem Zusammenhang von den geplanten Maßnahmen zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung insgesamt, darunter etwa die künftigen verpflichtenden regionalen Zuschläge für Ärztinnen und Ärzte in unterversorgten Gebieten und der Aufhebung der Zulassungssperren für die Neuniederlassung von Ärztinnen und Ärzten in ländlichen Gebieten. Gleiches gilt auch für die strukturelle Stärkung der verschiedenen Versorgungseinrichtungen und die Aufgabenausweitung der Terminservicestellen.

3 Zu einzelnen Regelungen

a) **Terminservicestellen (TSS)**

Zu Artikel 1 Nummer 35 (§ 75 SGB V)

Seit dem Jahr 2016 vermitteln Terminservicestellen Patientinnen und Patienten mit einer Überweisung innerhalb von vier Wochen einen Termin bei einer Fachärztin oder einem Facharzt sowie bei einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten. Der Gesetzentwurf sieht eine Ausweitung der Terminservicestellen zu neuen Servicestellen mit zusätzlichen Aufgaben vor. Künftig müssen die Terminservicestellen auch Termine bei Hausärztinnen und Hausärzten und bei Kinderärztinnen und Kinderärzten vermitteln sowie zusätzlich Versicherte bei der Suche nach einer Hausärztin und einem Hausarzt oder einer Kinder- und Jugendärztin und einem Kinder- und Jugendarzt unterstützen, die oder der sie dauerhaft behandelt. Darüber hinaus soll auch während der üblichen Sprechstundenzeiten in Akutfällen künftig eine unmittelbare Vermittlung einer ärztlichen Versorgung erfolgen (entweder in einer offenen Arztpraxis, einer Portal- bzw. Bereitschaftsdienstpraxis oder in einer Notfallambulanz). Bei lebensbedrohlichem Notfall erfolgt eine Weiterleitung an die Notrufzentrale (112). Zur besseren Erreichbarkeit soll die Servicestelle künftig 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche unter der bundesweit einheitlichen Rufnummer 116 117 erreichbar sein. Ergänzt um ein zusätzliches online-Angebot soll fortan ein Termin im Rahmen eines Telefonkontaktes, online oder per App vereinbart werden können. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat eine einheitliche und verbindliche Umsetzung in allen Kassenärztlichen Vereinigungen zu gewährleisten.

SoVD-Bewertung: Die Bemühungen zur Stärkung einer zeitnahen und angemessenen haus- und fachärztlichen Versorgung sind grundsätzlich zu begrüßen. Standen zum Zeitpunkt der Einführung der Terminservicestellen mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) noch vornehmlich die teilweise sehr lange Wartezeit auf Facharzttermine für gesetzlich Versicherte im Vordergrund, sind mittlerweile auch die Kapazitäten von Hausärztinnen und Hausärzten und von Kinderärztinnen und Kinderärzten vielerorts beinahe oder bereits vollständig erschöpft. Wer einen neuen Kinderarzt braucht, bekommt kaum einen Termin. Zugleich gestaltet sich die Suche nach einer dauerhaft behandelnden hausärztlichen Praxis insbesondere für neu Zugezogene zunehmend schwieriger. Dies betrifft längst nicht mehr nur ländliche und strukturschwache Regionen. Vor diesem Hintergrund ist die vorgesehene Aufgabenerweiterung in Form der Unterstützung bei der Suche nach und der Terminvermittlung zu einer Hausärztin bzw. einem Hausarzt oder einer Kinder- und

Jugendärztin bzw. einem Kinder- und Jugendarzt zur (dauerhaften) Behandlung sinnvoll. Dies gilt auch für die geplante Vermittlung einer ärztlichen Versorgung während der üblichen Sprechstundenzeiten in Akutfällen.

Dies sollte jedoch auch für den Bereich der zahnärztlichen und kieferorthopädischen Behandlung gelten. Bereits zum Zeitpunkt der Einführung der Terminservicestellen mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSGD)¹ empfahl der SoVD, den Aufgabenbereich der Terminservicestellen sowohl auf psychotherapeutische wie auch zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlung auszuweiten. Während mit dem „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG) der Aufgabenbereich seit 1. April 2017 auf die psychotherapeutische Versorgung ausgeweitet wurde, kümmern sich die Terminservicestellen weiterhin nicht um die Vermittlung einer zahnärztlichen und kieferorthopädischen Behandlung. Der SoVD bekräftigt daher seine Empfehlung, die zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlung in den Aufgabenbereich der Terminservicestellen aufzunehmen.

Soweit die Servicestelle künftig 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche unter einer bundeseinheitlichen Rufnummer sowie online oder per App erreichbar sein soll, ist dies zu begrüßen. Bürgerinnen und Bürger müssen einfach und schnell kompetente Ansprechpartner in Gesundheitsfragen und der Notfallversorgung erreichen können. Allerdings ist die bisherige Notfallnummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes 116 117 deutlich zu lang und zudem – nach wie vor – zu unbekannt in der Bevölkerung. Bis zur Zusammenlegung mit der Notrufnummer 112 zu einer integrierten Leitstelle, wie es bereits der Koalitionsvertrag vorsieht und der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten empfiehlt, müssen derweil geeignete Maßnahmen zur Steigerung des Bekanntheitsgrades der Rufnummer 116 117 ergriffen werden. Dabei ist die verpflichtende Veröffentlichung der Sprechstundenzeiten der Vertragsärztinnen und –ärzte im Internet durch die Kassenärztlichen Vereinigungen richtig und zeitgemäß. Allerdings muss der Zugang zu diesen Informationen – gerade für ältere Patientinnen und Patienten auch abseits des Internets - verständlich und barrierefrei möglich sein.

¹ <https://www.sovd.de/index.php?id=2473>.

b) **Mindestsprechstunden**

Zu Artikel 13 Nummer 2 (§ 19a Ärzte-ZV)

Der Gesetzentwurf sieht eine Erhöhung der Mindestsprechstundenzeiten der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte für die Versorgung von gesetzlich Versicherten von 20 auf 25 Stunden pro Woche vor. Zeiten für Hausbesuche werden angerechnet. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, die Sprechstundenzeiten der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zu veröffentlichen, damit sich die Versicherten über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte informieren können. Zudem ist vorgesehen, dass Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die Arztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung angehören, wie beispielsweise Haus-, Kinder- sowie konservativ tätige Augen-, Frauen-, HNO-ärztinnen und –ärzte, mindestens fünf Stunden in der Woche als offene Sprechstunden anbieten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, die Einhaltung der Mindestsprechstundenzeiten bundeseinheitlich insbesondere anhand der abgerechneten Fälle und der im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztlichen Leistungen (EBM) enthaltenen Gebührenordnungspositionen mit den Angaben zum Zeitaufwand (§ 87 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz) zu prüfen und jährlich zu den Ergebnissen der Prüfungen den Landes- und Zulassungsausschüssen zu berichten.

SoVD-Bewertung: Es wird das Problem unangemessen langer Wartezeiten für gesetzlich Versicherte auf Behandlungstermine und der Mangel an ärztlichen Versorgungsangeboten in ländlichen und strukturschwachen Regionen in der ambulanten ärztlichen Versorgung richtig erkannt. Wochenlange Wartezeiten für gesetzlich Krankenversicherte, die eine ärztliche Behandlung dringend benötigen, sind für alle beteiligten Akteure beschämend. Qualitativ gute und gut erreichbare medizinische Versorgung aller versicherten Patientinnen und Patienten muss durch die gesetzliche Krankenversicherung sichergestellt sein. Der SoVD ist jedoch skeptisch, dass die Ausweitung des Sprechstundenangebots um fünf Stunden pro Woche oder die offenen Sprechstunden bei Fachärztinnen und Fachärzten spürbar Wartezeiten für gesetzlich Versicherte reduzieren kann. Auch die Ärztinnen und Ärzte haben begrenzte Kapazitäten zur Behandlung. Das eigentliche Ziel muss eine am individuellen Bedarf orientierte medizinische Behandlung sein. So kann ein 70-Jähriger einen höheren Behandlungs- und Beratungsbedarf haben. Auch die aufsuchende Versorgung in unserer älter werdenden Gesellschaft muss besonders gestärkt werden. Zugleich reduziert die Anrechnung der Hausbesuche jedoch auch die Nettozeit des Sprechstundenkontingents. Eine Stundenvorgabe für Sprechstunden ist somit nicht entscheidend für die umfassende Versorgung aller Patientinnen und Patienten.

c) Vergütungsanreize

Zu Artikel 1 Nummer 40 (§ 87 SGB V) und Nummer 41 (§ 87a SGB V)

Vergütungsanreize sollen die Leistungen und den Zugang zur haus- und fachärztlichen Versorgung für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung verbessern. In diesem Zusammenhang sollen künftig etwa offene Sprechstunden unter bestimmten Voraussetzungen extrabudgetär vergütet werden. Eine extrabudgetäre und zusätzliche Vergütung von ärztlichen Leistungen ist ebenfalls vorgesehen für die erfolgreiche Vermittlung eines dringlich notwendigen Behandlungstermins durch eine Hausärztin bzw. einen Hausarzt an eine Fachärztin bzw. einen Facharzt, für von der Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung vermittelte Patientinnen und Patienten, für die Behandlung von in den Arztpraxen neuen Patientinnen und Patienten, sowie für Akut- und Notfällen während der Sprechstundenzeiten. Daneben soll zur Förderung der „sprechenden Medizin“ der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) für ärztliche Leistungen hinsichtlich der Bewertung technischer Leistungen zur Nutzung von Rationalisierungsreserven überprüft und aktualisiert werden. Durch die Festlegung von Praxisbesonderheiten von Landarztpraxen in den Vereinbarungen zu den Wirtschaftlichkeitsprüfungen, die im Vorfeld von Prüfverfahren als besonderer Versorgungsbedarf anzuerkennen sind, sollen insbesondere Hausbesuche gefördert werden.

SoVD-Bewertung: Es ist bedauerlich, dass es weiterer finanzieller Anreize bedarf, um die Leistungen und den Zugang zur haus- und fachärztlichen Versorgung für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung sicherzustellen. Der SoVD sieht es kritisch, dass die ergänzende Sprechstundenvergütung jede Leistung extrabudgetiert werden soll und befürchtet Fehlanreize und eine Zunahme des bürokratischen Aufwands. Ob dadurch Wartezeiten spürbar verringert werden, erscheint fraglich. Stattdessen sollte aus Sicht des SoVD die Vergütung ambulant ärztlicher Versorgung generell überarbeitet und das Vergütungssystem mit Wirkung für alle Akteure der ambulanten ärztlichen Versorgung weiterentwickelt werden. Ungeachtet dessen begrüßt der SoVD ausdrücklich den erkennbaren Willen zur Stärkung der „sprechenden Medizin“ und zur Förderung der aufsuchenden Medizin. Insbesondere die aufsuchende Versorgung muss in unserer älter werdenden Gesellschaft besonders gestärkt werden.

d) Regionale Zuschläge aus den Strukturfonds

Zu Artikel 1 Nummer 51 (§ 105 SGB V)

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Zahlung von regionalen Zuschlägen zur Sicherstellung einer ambulanten ärztlichen Versorgung bei eingetretener oder drohender ärztlicher Unterversorgung sowie bei einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf künftig obligatorisch zur besonderen Unterstützung von Ärztinnen und Ärzten erfolgen soll. Der Zuschlag soll – wie bisher – durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen jeweils zur Hälfte finanziert werden. Zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung können Kassenärztliche Vereinigungen bereits heute einen Strukturfonds nach § 105 SGB V bilden. Die Bildung eines solchen Strukturfonds soll künftig für alle Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtend sein. Die Mittel des Strukturfonds werden von mindestens 0,1 % auf bis zu 0,2 % der vereinbarten Gesamtvergütung verdoppelt. Die Krankenkassen haben zusätzlich einen Betrag in gleicher Höhe in den Strukturfonds zu entrichten. Die Mittel sind vollständig für Fördermaßnahmen zur Sicherstellung zu verwenden. Weitere Verwendungszwecke werden ergänzend aufgenommen beispielsweise eine Mittelverwendung für Investitionskosten bei Praxisübernahmen oder zur Förderung von lokalen Gesundheitszentren für die medizinische Grundversorgung.

SoVD-Bewertung: Die verbindliche Ausgestaltung der Zahlung von regionalen Zuschlägen zur Sicherstellung einer ambulanten ärztlichen Versorgung bei eingetretener oder drohender ärztlicher Unterversorgung sowie bei einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf ist aus Sicht des SoVD sinnvoll. Damit werden zu Recht Ärztinnen und Ärzte in strukturell unterversorgten Regionen finanziell besonders unterstützt. Zum Abbau von Unterversorgung sind gezielte Fördermaßnahmen und Niederlassungsanreize von zentraler Bedeutung.

Allerdings weist der SoVD darauf hin, dass diese Förderung nicht allein gesetzlich Versicherten zugutekommt. Eine drohende oder bereits eingetretene Unterversorgung der ambulanten ärztlichen Versorgung ist nicht nur ein Problem der Gesetzlichen Krankenversicherung, sondern betrifft die gesamte Bevölkerung in den betroffenen Regionen und muss entsprechend anteilig aus Steuermitteln finanziert werden.

e) **Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen**

Mit § 105 Abs. 1 Satz 2 SGB V hat der Gesetzgeber den Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit eingeräumt, unter bestimmten Bedingungen selbst eine eigene Arztpraxis (sog. Eigeneinrichtung) betreiben zu können. Der Gesetzentwurf gestaltet diese Möglichkeit fortan verpflichtend aus: Künftig sind die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, Eigeneinrichtungen in Gebieten, in denen Unterversorgung oder drohende Unterversorgung festgestellt wurde, zu betreiben. Dabei sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen auf Kooperationen mit den Kommunen und den Krankenhäusern hinwirken. Zudem ist eine Klarstellung vorgesehen, wonach Eigeneinrichtungen auch durch mobile oder digitale Sprechstunden wie beispielsweise durch Fernbehandlung im Rahmen der Weiterentwicklung der berufsrechtlichen Vorgaben, mobile Praxen, Patientenbusse oder ähnliche Versorgungsangebotsformen betrieben werden können.

SoVD-Bewertung: Die künftige Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen wird - auch aus Klarstellungsgründen - begrüßt. Bislang war die Möglichkeit der solcher Einrichtungen vom Gesetzgeber lediglich als Recht der Kassenärztlichen Vereinigungen ausgestaltet. Fortan sind Eigeneinrichtungen obligatorisch in Gebieten, in denen Unterversorgung oder drohende Unterversorgung festgestellt wurde. Dies hilft Ärztinnen und Ärzten auch bei dem Einstieg in die eigene Niederlassung, wenn sie während der Praxisaufbauphase angestellt sind und später die Praxis übernehmen. Daneben können mobile oder digitale Sprechstunden hilfreich sein, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in solchen Gebieten zu gewährleisten. Sie sollten jedoch nur ein temporäres und ergänzendes Angebot sein.

f) **Medizinische Versorgungszentren (MVZ)**

Der Entwurf beschränkt die bisher bestehende generelle Möglichkeit zur Nachbesetzung einer Angestellten-Arztstelle in einem MVZ. Künftig wird der Zulassungsausschuss auch bei der Nachbesetzung einer genehmigten Anstellung prüfen, ob ein Bedarf für Nachbesetzung besteht. Anders als bei der Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes soll hier lediglich über das „ob“ und nicht über das „wie“ der Nachbesetzung entschieden werden, sodass die spezielle Auswahl der Ärztinnen und Ärzte beim dem MVZ bleibt. Bei der Entscheidung über eine Bewerbung eines MVZ auf einen im Rahmen eines Nachbesetzungsverfahrens ausgeschriebenen Vertragsarztsitzes hat der Zulassungsausschuss die Ergänzung des besonderen Versorgungsangebots des MVZ zu berücksichtigen. Daneben sollen fortan die Gründungsvoraussetzungen nach Ausscheiden aller originären Gründer eines MVZ gewahrt bleiben,

wenn angestellte Ärztinnen und Ärzte die Gesellschaftsanteile übernehmen und sie sie im MVZ tätig sind. Durch die Beschränkung der Gründungsmöglichkeit für Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 SGB V auf fachbezogene MVZ soll der Einfluss von Kapitalinvestoren ohne medizinisch-fachlichen Bezug zur vertragsärztlichen Versorgung auf die Versorgungsstrukturen begrenzt werden. Bislang können MVZ neben zugelassenen Ärztinnen und Ärzten und zugelassenen Krankenhäusern unter anderem auch von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 SGB V gegründet werden.

SoVD-Bewertung: Eine gezieltere Steuerung und Berücksichtigung des regionalen Bedarfs bei der Nachbesetzung einer Angestellten-Arztstelle in einem MVZ ist sinnvoll. Gleichzeitig wird durch die Neuregelung über die Übernahmemöglichkeit von Gesellschaftsanteilen durch angestellte Ärztinnen und Ärzte bei Ausscheiden der Gründungsmitglieder ein Versorgungswegbruch des MVZ und unnötige Bürokratisierung vermieden. Mit der Stärkung der Einrichtungsform der MVZ wird auch dem heutzutage zunehmenden Bedürfnis und Wunsch von (Nachwuchs-)Ärztinnen und Ärzten nach einem Angestelltenverhältnis entsprochen. Die Beschränkung der Gründungsmöglichkeit für Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen auf fachbezogene MVZ wird begrüßt als richtiger Schritt zur Begrenzung des Einflusses von Kapitalinvestoren ohne medizinisch-fachlichen Bezug zur vertragsärztlichen Versorgung auf die Versorgungsstrukturen. Weitere Schritte müssen jedoch folgen.

g) **Bedarfsplanung**

Zu Artikel 1 Nummer 49 (§ 101 SGB V) und Nummer 50 (§ 103 SGB V)

Künftig sollen in ländlichen Regionen die Zulassungssperren für die Neuniederlassung von Ärztinnen und Ärzten entfallen. Die betreffenden Gebiete sollen durch die Länder bestimmt werden. Entsprechend erhalten die Länder ein Mitberatungs- und Antragsrecht in den Zulassungsausschüssen. Um die Bedarfsplanung zur Verteilung der Arztsitze kleinräumiger, bedarfsgerechter und flexibler zu gestalten, soll die Frist für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Umsetzung des Überprüfungsauftrags angepasst werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Anpassungen für eine bedarfsgerechte Versorgung bis zum 30. Juli 2019 zu treffen. Derweil sollen in der Übergangszeit bis zum Abschluss der Beratungen des G-BA die Zulassungsbeschränkungen bei der Neuzulassung von Rheumatologinnen und Rheumatologen, Psychiaterinnen und Psychiatern sowie Kinderärztinnen und -ärzten keine Anwendung finden.

SoVD-Bewertung:

Die Bedarfsplanung zur Verteilung der Arztsitze muss kleinräumiger, bedarfsgerechter und flexibler gestaltet werden, als dies heute der Fall ist. Das bisherige System, die Zahl der Arztsitze vornehmlich anhand der Kopfzahlen der Bevölkerung zu bemessen, funktioniert nicht mehr. Demografischen Wandel und die Urbanisierung führen zu Verwerfungen bei der ambulanten Bedarfsplanung. Erforderlich ist eine Neubewertung und Neuordnung der Regionen. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) wurde dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) der Auftrag erteilt, mit Wirkung zum 1. Januar 2017 die erforderlichen Anpassungen für eine bedarfsgerechte Versorgung nach Prüfung der Verhältniszahlen und unter Berücksichtigung der Möglichkeit zu einer kleinräumigeren Planung vorzunehmen. Der G-BA hat hierfür ein umfangreiches wissenschaftliches Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung in Auftrag gegeben, das voraussichtlich im Herbst 2018 veröffentlicht wird. Es soll als Grundlage für die weiteren Beratungen zur Umsetzung des Auftrags an den Gemeinsamen Bundesausschuss dienen. Vor diesem Hintergrund erscheint die Anpassung der Frist sachgerecht.

Auf Grundlage einer kleinräumigen und bedarfsgerechteren Planung muss Überversorgung konsequent abgebaut und Unterversorgung bekämpft werden. Unterversorgung muss insbesondere durch gezielte Niederlassungsanreize und Unterstützungen abgebaut werden. Angesichts der wachsenden Unterversorgung in einigen Regionen erscheint der Wegfall von Zulassungssperren für die Neuniederlassung von Ärztinnen und Ärzten in ländlichen Regionen sinnvoll. Dies könnte grundsätzlich auch für die Übergangsregelung im Hinblick auf Rheumatologinnen und Rheumatologen, Psychiaterinnen und Psychiatern sowie Kinderärztinnen und –ärzten gelten. Allerdings gibt der SoVD zu bedenken, dass eine regionale Begrenzung wie beispielsweise auf ländliche Regionen nicht vorgesehen ist. Soweit keinerlei Steuerung oder regionale Begrenzung stattfinden wird, bleibt zu befürchten, dass Niederlassungen verstärkt auch in bereits gut versorgten Ballungszentren erfolgen könnten, wodurch das Gefälle zwischen überversorgten und unterversorgten Gebieten weiter zunehmen könnte.

h) Zahnmedizinische Versorgung

Zu Artikel 1 Nummer 29 (§ 55 SGB V) und Nummer 39 (§ 85 SGB V)

Der Entwurf sieht eine Erhöhung des Festzuschusses für Zahnersatz der vom G-BA festgesetzten Beträge für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen der Regelversorgung ab dem 1. Januar 2021 von 50 Prozent auf 60 Prozent vor. Entsprechend

wird die Bonusregelung von 60 Prozent auf 65 Prozent bzw. von 70 Prozent auf 75 Prozent bei vollständigem Bonus-Heft erhöht. Die Regelung für Härtefälle wird angepasst. Durch die Anhebung der Festzuschüsse für Zahnersatz wird ab dem Jahr 2021 mit jährlichen Mehraufwendungen für die gesetzliche Krankenversicherung in Höhe von rund 570 Millionen Euro gerechnet. Zudem ist die Abschaffung der Punktwertdegression für vertragszahnärztliche Leistungen vorgesehen, um Hemmnisse bei der Niederlassung von Zahnärztinnen und Zahnärzten in strukturschwachen Gebieten zu beseitigen.

SoVD-Bewertung: Mit der Regelung zur Erhöhung des Festzuschusses für Zahnersatz und der entsprechenden Anpassung der Bonusregelungen wird der Vereinbarung aus dem Koalitionsvertrag entsprochen. Mit dem Inkrafttreten der Änderungen zu den erhöhten Festzuschüssen für Zahnersatz zum 1. Januar 2021 ist die Frist zur Einführung dieses Verfahrens jedoch deutlich zu lang gewählt. Viele Menschen sind bereits heute auf eine Erhöhung des Zuschusses beim Zahnersatz angewiesen. Hier fordert der SoVD eine zeitnahe Umsetzung des Versprechens aus dem Koalitionsvertrag. Grundsätzlich kommt es in diesem Zusammenhang zu der Frage, weshalb der Zahnersatz - nach wie vor - lediglich mit einer Quote erstattet wird und die Kosten nicht längst wieder vollumfänglich ersetzt werden, wie dies insbesondere bei anderen Prothesen wie beispielsweise Endoprothesen der Fall ist. Insbesondere stellt sich die Frage, welche sachbezogenen Erwägungen zu der Festlegung der aktuellen wie auch der künftigen Höhe der Quote geführt haben?

Mit der Abschaffung der Punktwertdegression werden Fehlanreize im Bereich der zahnärztlichen Versorgung gesetzlich Versicherter behoben und Hemmnisse bei der Niederlassung von Zahnärztinnen und Zahnärzten in strukturschwachen Gebieten reduziert. Die Punktwertdegression sieht ab einer bestimmten Anzahl von erbrachten zahnärztlichen Leistungen eine stufenweise Kürzung des zahnärztlichen Honorars vor. Jede zahnärztliche Leistung ist mit einer bestimmten Punktzahl im Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen (BEMA) bewertet. Erreicht die Gesamtpunktmenge je Kalenderjahr einer Vertragszahnärztin bzw. eines Vertragszahnarzt einen bestimmten Wert verringert sich der Vergütungsanspruch für die darüber hinaus erbrachten vertragszahnärztlichen Behandlungen stufenweise beginnend mit 20 %.

i) **Spezialambulante Palliativversorgung (SAPV)**

Zu Artikel 1 Nummer 66 (§ 132d SGB V)

Das bisherige Einzelvertragsmodell in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung soll auf ein gesetzliches Zulassungsmodell umgestellt werden, um vergabe-

rechtliche Einwände gegen die bisherige Vertragspraxis auszuräumen. Künftig sind gemeinsame und einheitliche Versorgungsverträge der Landesverbände der Krankenkassen mit den maßgeblichen Vertretern der SAPV-Leistungserbringer auf Landesebene gesetzlich vorgegeben. Leistungserbringer, die die Anforderungen erfüllen, haben künftig einen Anspruch auf Teilnahme an der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und auf den Abschluss eines zur Versorgung berechtigenden Vertrags mit den Krankenkassen.

SoVD-Bewertung: Mit der Neuregelung werden vergaberechtliche Einwände gegen die bisherige Vertragspraxis im Zusammenhang mit der spezialambulanten Palliativversorgung ausgeräumt und Rechtssicherheit unter den Akteuren geschaffen.

Zugleich wird SAPV-Leistungserbringern mit der Schaffung eines Anspruchs die Teilnahme an der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sichergestellt und die SAP-Versorgung insgesamt verbessert. Ein breiteres Angebot kommt vor allem denjenigen Menschen zugute, die noch bis zum Ende ihres Lebensweges in der gewohnten heimischen Umgebung versorgt werden möchten, anstatt in einem Hospiz oder Krankenhaus verweilen zu müssen.

j) **Zugriffsmöglichkeiten auf die elektronischen Patientenakte**

Artikel 1 Nummer 83 (§ 291a SGB V) und Nummer 84 (291 b SGB V)

Der Entwurf sieht eine Ergänzung der bestehenden gesetzlichen Regelungen über die Zugriffsmöglichkeiten der Versicherten auf die Daten ihrer elektronischen Patientenakte vor. Bisher ist ein Zugriff unter Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte und mit solchen Komponenten und Diensten möglich, die nach den Vorgaben des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik sicherheitszertifiziert sind, beispielsweise Kartenlesegeräte. Mit den Regelungen soll den Versicherten ein selbständiger Zugriff mittels mobiler Endgeräte wie Smartphones oder Tablets auf ihre medizinischen Daten der elektronischen Patientenakte ermöglicht werden. Die entsprechenden Voraussetzungen sind von der Gesellschaft für Telematik zu schaffen. Zugleich werden die Krankenkassen verpflichtet, ihren Versicherten spätestens ab dem 1. Januar 2021 elektronische Patientenakten zur Verfügung zu stellen. Schließlich werden die Begriffe „elektronisches Patientenfach“ und „elektronische Patientenakte“ (ePA) begrifflich zusammengeführt. Da den Versicherten zukünftig der Zugriff auf die Daten der elektronischen Patientenakte auch ohne Heilberufsausweis und damit ohne Anwesenheit eines Leistungserbringers ermöglicht wird und dies dem Zugriff des elektronischen Patientenfachs entspricht, sei das elektronische Patientenfach als eine gesonderte Anwendung entbehrlich.

SoVD-Bewertung:

Der SoVD begrüßt die verbesserten Zugriffsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten auf die Daten ihrer elektronischen Patientenakte. Gemäß § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 SGB V ist die elektronische Patientenakte ein Instrument zur einrichtungs- und fallübergreifenden Bereitstellung von medizinischen Daten der Versicherten. Dies sind beispielsweise Daten über Befunde, Diagnosen, Therapiemaßnahmen, Behandlungsberichte oder Impfungen. Die Möglichkeit des selbständigen Zugriffs auf ihre medizinischen Daten der elektronischen Patientenakte mittels niedrigschwelliger Technik (mobiler Endgeräte wie Smartphones oder Tablets) ist zeitgemäß, zukunftsorientiert und schafft Transparenz. Bei der Umsetzung und Ausgestaltung der Zugangsmöglichkeiten muss jedoch der Datenschutz gewährleistet werden. Der SoVD wird die Entwicklung aufmerksam verfolgen.

k) Präexpositionsprophylaxe (PrEP)

Zu Artikel 1 Nummer 10 (§ 20j)

Der Entwurf sieht vor, dass Versicherte mit erhöhtem HIV-Infektionsrisiko künftig einen Anspruch auf ärztliche Beratung, erforderliche Untersuchungen und Versorgung mit medikamentöser Präexpositionsprophylaxe (PrEP) erhalten. PrEP sei ein weiterer Baustein einer effektiven Präventionsstrategie, die zum Ziel hat, die HIV-Neuinfektionen in Deutschland wirksam einzudämmen und die Zahl der Menschen, die an AIDS erkranken, zu senken. In Staaten, in denen die PrEP bereits seit einigen Jahren zur Verfügung steht, sei in Studien nachgewiesen worden, dass die Zahl der HIV-Neuinfektionen um bis zu 40 Prozent gesunken sei. Um die Wirksamkeit der PrEP zu überprüfen und mögliche Nebenwirkungen zu kontrollieren, seien regelmäßige Begleituntersuchungen (auch risikoadaptierte Diagnostik) durchzuführen, weshalb ein Anspruch auf ärztliche Beratung und erforderliche Untersuchungen für die PrEP für Versicherte mit erhöhtem HIV-Infektionsrisiko eingeräumt wird. Der Anspruch auf Versorgung mit dem verschreibungspflichtigen Arzneimittel ist an die vorherige Inanspruchnahme der ärztlichen Beratung gekoppelt. Die Wirkungen der ärztlichen Verordnung der PrEP auf das Infektionsgeschehen sollen bis Ende 2020 nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards durch das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert werden. Die Evaluation soll insbesondere Daten zu den HIV-Neuinfektionen und die Anzahl der Verordnungen der PrEP enthalten, um Rückschlüsse auf die Wirksamkeit der getroffenen Regelung ziehen zu können. Gleichzeitig soll in den Blick genommen werden, ob weitere Personengruppen, wie z.B. Mitarbeiter im Gesundheitswesen, einer solchen Prophylaxe bedürfen.

SoVD-Bewertung: Die Versorgung von anspruchsberechtigten Versicherten mit erhöhtem HIV-Infektionsrisiko auf ärztliche Beratung, erforderliche Untersuchungen und Versorgung mit Arzneimitteln bei Präexpositionsprophylaxe (PrEP) kann erheblich dazu beitragen, die HIV-Neuinfektionen in Deutschland weiter einzudämmen und die Zahl der Menschen, die an AIDS erkranken, zu senken. Dies begrüßt der SoVD. Laut Studien bietet PrEP einen wirksamen Infektionsschutz in einem Bereich, für den Impfungen bislang nicht zur Verfügung stehen. Allerdings sollte auch eine Anspruchsberechtigung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen gelten, die insbesondere im Rahmen ihrer medizinischen und pflegerischen beruflichen Tätigkeit einem erhöhten HIV-Infektionsrisiko ausgesetzt sind. Eine begleitende wissenschaftliche Evaluation der Wirkungen der ärztlichen Verordnung der PrEP auf das Infektionsgeschehen und die Ermittlung weiterer möglicher anspruchsberechtigter Personengruppen ist sinnvoll.

l) Impfstoffausschreibungen

Zu Artikel 1 Nummer 63 (§ 129 SGB V)

Der Gesetzentwurf regelt, dass Krankenkassen im Zusammenhang mit der Versorgung mit Impfstoffen künftig gesetzlich verpflichtet sind, die Kosten für Impfstoffe bis zum Preis des zweitgünstigsten Herstellers zu übernehmen. Damit soll gewährleistet werden, dass im Sinne der Versorgungssicherheit zumindest zwei Hersteller von Impfstoffen in den Verträgen berücksichtigt werden und zugleich durch die bestehende Wettbewerbssituation im Verhältnis Hersteller zu Apotheken dem Wirtschaftlichkeitsgebot Rechnung getragen wird. Damit sollen Unsicherheiten bei der Impfstoffversorgung und zeitweiligen Lieferprobleme von Impfstoffen vermieden werden.

SoVD-Bewertung:

Der SoVD begrüßt die Regelung zu den Impfstoffausschreibungen. Die Herstellung von Impfstoffen ist komplex und geht daher mit Unwägbarkeiten einher, die auch Auswirkungen auf die Sicherheit und Sicherstellung der Versorgung haben können. Dies kann in Fällen der exklusiven Rabattverträge mit nur einem Hersteller zu Unsicherheiten bei der Versorgung und zu zeitweiligen Lieferproblemen führen. Bereits mit dem Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz (GKV-AMVSG) wurde klargestellt, dass die Impfstoffe aller Hersteller für die Versorgung zur Verfügung stehen sollen. Mit der geplanten Verpflichtung der Krankenkassen, die Kosten für Impfstoffe bis zum Preis des zweitgünstigsten Herstellers zu übernehmen, wird die Versorgungssicherheit mit Impfstoffen nochmals gestärkt.

m) **Betreuungsdienste im Rahmen der Pflegeversicherung**

Zu Artikel 8 Nummer 3 (§ 37 SGB XI) und Nummer 5 (§ 71 SGB XI)

Mit dem Gesetz sollen Betreuungsdienste dauerhaft als Leistungserbringer im Bereich der Pflegeversicherung zugelassen werden, um die Versorgung Pflegebedürftiger auf eine breitere fachliche und personelle Basis zu stellen. Betreuungsdienste würden Pflegebedürftige eine qualitätsgesicherte pflegerische Betreuung sowie Hilfen bei der Haushaltsführung anbieten können. Der Abschlussbericht zu dem vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen durchgeführten Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste habe belegt, dass Betreuungsdienste eine sinnvolle und hilfreiche Erweiterung des Angebotspektrums in der Pflege darstellen. Von der Beratung nach § 37 SGB XI sind Betreuungsdienste ausgeschlossen.

SoVD-Bewertung:

Der SoVD sieht in der geplanten dauerhaften Zulassung von Betreuungsdiensten als Leistungserbringer im Bereich der Pflegeversicherung eine Möglichkeit, die Angebotsstruktur im Bereich der häuslichen Betreuung und hauswirtschaftlichen Versorgung positiv zu erweitern und auf eine breitere fachliche und personelle Basis zu stellen. Dabei sah das Modellvorhaben in Abgrenzung zu den ambulanten Pflegediensten vor, dass sich der Aufgabenbereich der Betreuungsdienste ausschließlich auf Leistungen der häuslichen Betreuung (insbesondere für demenziell erkrankte Pflegebedürftige) und auf Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung konzentriert. Diese klare Abgrenzung des Aufgabenbereichs ist auch künftig sicherzustellen. Nach wie vor sind pflegerische Leistungen von entsprechend qualifizierten Pflegediensten durchzuführen. Die Beurteilung der Pflegesituation erfordert hingegen nicht nur vertiefte Kenntnisse über betreuende und hauswirtschaftliche Belange, sondern vor allem auch Kenntnisse, die zur Beurteilung von pflegerischen Sachverhalten aus dem Bereich der körperbezogenen Pflege befähigen. In diesem Zusammenhang schließt der Gesetzentwurf derartige Dienste zu Recht von der Beratung nach § 37 SGB XI aus.

4 Zusammenfassung

Die Gesamtbewertung des umfangreichen Gesetzentwurfs fällt grundsätzlich positiv aus. Der SoVD ist jedoch skeptisch, dass die Erweiterung des Sprechstundenangebots um wenige Stunden pro Woche, spürbar Wartezeiten für gesetzlich Versicherte reduzieren kann. Nachhaltigere Verbesserungen verspricht sich der SoVD daher von

den geplanten Maßnahmen zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung insgesamt.

Berlin, den 17. August 2018

DER BUNDESVORSTAND
Abteilung Sozialpolitik