

Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.
zum

Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und
bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Sozialverband VdK Deutschland e. V.
Abteilung Gesundheits- und Pflegepolitik
Linienstraße 131
10115 Berlin

Telefon: 030 9210580-307
Telefax: 030 9210580-310
E-Mail: gesundheitspolitik@vdk.de

Berlin, den 17.08.2018

1. Zu den Zielen des Referentenentwurfs und den Maßnahmen ihrer Umsetzung

Der vorliegende Referentenentwurf setzt viele Versprechen aus dem Koalitionsvertrag, wie Erhöhung des Festzuschusses beim Zahnersatz, Mindestsprechstundenzeiten und schnellere Arzttermine, um. Daneben werden Rechtsunsicherheiten aufgrund von Gerichtsurteilen und Änderungen anderer Sozialgesetzbücher, wie das Flexirentengesetz, klargestellt. Insgesamt wird der Gesetzesomnibus begrüßt.

Besondere Anliegen des VdK sind die Familienversicherung für Kinder mit schwersten Behinderungen und der Lückenschluss beim Krankengeld, der leider zu unscharf formuliert ist, um im Bewilligungsprozess etwas zu ändern.

Dieses Gesetz beinhaltet Sofortmaßnahmen gegen den Mangel von Terminen für gesetzlich Versicherte in der ambulanten Versorgung. Dieser Mangel lässt sich aber nur mit mehr ambulant tätigen Ärzten beheben. Dafür muss im Medizinstudium umgesteuert werden und überflüssige Kliniken müssen geschlossen werden. Immer mehr Behandlungen können ambulant gemacht werden, trotzdem steigt die Zahl der stationär tätigen Ärzte zu Lasten des ambulanten Sektors. Daher müssen die Reformen im Kliniksektor konsequent durchgeführt werden

Um die Benachteiligung gesetzlich Krankenversicherter bei der Terminvergabe zu beheben, braucht es eine einheitliche Vergütung, die beitragsneutral nur in einer solidarischen Krankenversicherung, wie sie der VdK schon lange fordert, umgesetzt werden kann. Zusätzlich müssen die Individuellen Gesundheitsdienstleistungen (IGeL) eingedämmt werden, damit ärztliche Kapazität für notwendige Behandlungen verfügbar ist.

2. Ambulante haus- und fachärztliche Versorgung

2.1. Sprechstundenangebot

Die Wartezeiten auf Arzttermine sollen verkürzt werden, indem das Sprechstundenangebot erweitert und dessen Vergütung verbessert werden.

2.1.1. Terminservicestellen (TSS) (§ 75)

Bisher vermitteln die TSS der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) bei Vorliegen einer Überweisung (Ausnahme: Augen- und Frauenarzt) innerhalb von einer Woche Termin beim Facharzt mit Wartezeit von regelmäßig nicht mehr als 4 Wochen.

Die TSS sollen zu Servicestellen mit zusätzlichen Aufgaben weiterentwickelt werden:

- Zusätzlich Vermittlung von Terminen bei Haus- und Kinderärzten
- Unterstützung bei Suche nach dauerhaften Haus- oder Kinderarzt
- Zusammenlegung mit bisheriger bundesweit einheitlicher Notdienstnummer (116 117);
- über bundesweit einheitliche Rufnummer 116 117 an 24 Stunden täglich an sieben Tagen der Woche (24/7) erreichbar;
- in Akutfällen erfolgt auch während der üblichen Sprechstundenzeiten unmittelbare Vermittlung einer ärztlichen Versorgung in offener Arztpraxis oder im Bedarfsfall in Notfallambulanz; bei lebensbedrohlichem Notfall Weiterleitung an Notrufzentrale 112;
- Rufnummer muss in künftiges System der im Koalitionsvertrag vorgesehenen gemeinsamen Notfalleitstellen integrierbar sein (Zusammenlegung mit 112);
- Online-Angebot zu Terminservicestellen (damit Termine nicht nur telefonisch, sondern auch online oder per App vereinbart werden können).

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK begrüßt die Reform der ambulanten Notfallstrukturen. Die Zeiten, in denen Hausärzte für ihre Patienten eigentlich immer erreichbar waren und bei Notfällen Hausbesuche gemacht haben, sind vorbei und es gibt bisher als Ersatz nur die Notaufnahme der Krankenhäuser. In der öffentlichen Debatte werden immer wieder die Patienten dafür verantwortlich gemacht, dass sie mit Bagatellfällen in der Notaufnahme auftauchen. Das liegt aber an den fehlenden Strukturen im ambulanten Bereich.

Wir begrüßen die Öffnung der 116 117. Es ist sicherzustellen, dass die Nummer rund um die Uhr als Leitstelle besetzt ist und die Entscheidung – Hausbesuch oder Krankenhaus Notfallambulanz – nicht vom notdiensthabenden KV-Arzt zu treffen ist. Für die Leitstelle sollten auch die Regelungen zum Fernbehandlungsverbot gelockert werden.

Zusätzlich braucht es entsprechende ambulante Notfallstrukturen für Kinder. Die gestiegenen Geburtenraten bei gleichbleibender Bedarfsplanung führen inzwischen deutschlandweit zu einer Unterversorgung mit Kinderärzten. In der Konsequenz landen ambulante Notfälle im Krankenhaus. Darüber hinaus ist die Verpflichtung eine Urlaubs- und Schwangerschaftsvertretung sicherzustellen gesetzlich klarzustellen. Viele Arztpraxen verweisen teilweise bereits auf ihren Anrufbeantwortern auf die Notaufnahme der Krankenhäuser.

Wir begrüßen sehr das Ziel gesetzlich Versicherten schneller Arzttermine zu vermitteln. Im Einzelnen werden die vorgeschlagenen Regelungen diesem Ziel aber nicht gerecht. Teilweise kommt es sogar zu Verschlechterungen.

Zu § 75 Absatz 1a (Terminvermittlung)

- Bei der Vermittlung von Terminen beim Haus- und Kinderarzt darf es keine Erfordernis einer Überweisung geben. Die Patienten haben ja gerade keinen Hausarzt und damit keine Möglichkeit eine Überweisung zu erhalten. Die in der Begründung aufgeführten Einzelfälle (besondere Schmerztherapie) sind so selten, dass dafür keiner allgemeine Regelung bedarf, zu der dann eine aufwendige Richtlinie mit Ausnahmen zu verhandeln ist. Die Erfahrungen aus dem Jahr 2016 zeigen, dass den KVen keine Möglichkeit geboten werden sollte, die Umsetzung zu verzögern und zu erschweren.
- Für die Vermittlung von Terminen beim Psychotherapeuten muss weiterhin die 4-Wochen-Frist gelten. Es gibt auch keinen Sachgrund, diese von der Notfallvermittlung auszunehmen. Im Gegenteil, um eine stationäre Aufnahme im Krisenfall zu verhindern, braucht es schnellstmöglich ambulante Termine. Eine stationäre Aufnahme bedeutet eine Unterbrechung von Berufstätigkeit, Studium oder Schule und erschwert damit die Genesung. Daher sollte im Gegenteil nicht die 4-Wochen-Frist für das Erstgespräch aufgehoben werden, sondern auch für den Beginn der eigentlichen Behandlung eine Frist eingeführt werden.
- Die Terminservicestellen müssen explizit verpflichtet werden auch Menschen mit Behinderung einen Arzttermin in einer für sie barrierefreien Praxis zu vermitteln. Die KV hat auch einen Sicherstellungsauftrag gegenüber Menschen mit Behinderung.
- Auch Kontrolltermine müssen vermittelt werden, wenn auch ohne die 4-Wochen-Frist. Denn im Rahmen der 1% Chronikerregelung müssen die Patienten, die ab 1972 geboren wurden, die Gesundheitsuntersuchungen innerhalb bestimmter Fristen in Anspruch nehmen. Wir lehnen diese Strafregelung grundsätzlich ab, denn es gibt ein Recht an Untersuchungen nicht teilzunehmen.
- Die Vermittlung von Notfallterminen hat auf Grundlage einer Triage, nicht einer Priorisierung zu erfolgen.
- Die automatische Weiterleitung an die 112 ist hier gesetzlich zu verankern.
- Für die Aktualisierung der Richtlinie nach dem bisherigen Satz 10 braucht es eine neue Frist.
- In dem bisherigen Satz 10 Nr. 2 muss die Angabe „Satz 5“ zu „Satz 6“ werden, nicht „Satz 7“.

Zu § 75 Absatz 7 (Digitales Wartezimmer)

- Die Meldung von freien Terminen durch die Arztpraxen ist nicht mehr zeitgemäß. Im Rahmen der Telematikinfrastruktur sollten die Terminservicestellen in Echtzeit auf die Terminplanung der Arztpraxen zugreifen können. Die Regelung zur Zertifizierung der Praxissoftware ist zu ungenau. Sie kann durch die KV auch anders umgesetzt werden.
- Die Haus- und Kinderarzttermine sind auch digital zu vermitteln. Das sorgt einerseits für die Barrierefreiheit für Hörgeschädigte, andererseits ist die digitale Kommunikation für Eltern von Neugeborenen einfacher als ein Telefonat.

2.1.2. Mindestsprechstunden (§ 87 (2g); § 95 (3); Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

- Bisher: nach Vereinbarung im Bundesmantelvertrag bei vollem Versorgungsauftrag mindestens 20 Stunden pro Woche Sprechstunde/Präsenzpflicht für GKV-Versicherte.
- Neu: verbindliche Regelung in Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV):
 - mindestens 25 Stunden pro Woche (Hausbesuchszeiten werden angerechnet);
 - KVen veröffentlichen die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte;
 - Arztgruppen der unmittelbaren und wohnortnahen Versorgung (z. B. Haus- und Kinderärzte, konservativ tätige Augenärzte, Frauenärzte, Orthopäden, HNO-Ärzte), müssen mindestens 5 Stunden pro Woche als offene Sprechstunde anbieten (ohne vorherige Terminvereinbarung); Bundesmantelvertragspartner vereinbaren zeitnah Einzelheiten;
 - KVen überwachen Einhaltung der Mindestsprechstunden (einheitliche Prüfkriterien und jährliche Ergebnisberichte an Landes- und Zulassungsausschüsse sowie Aufsichtsbehörden);
 - Bundesmantelvertragspartner regeln die Einzelheiten zur Anrechnung der Besuchszeiten auf die Mindestsprechstundenzeiten sowie zu den Arztgruppen, die offene Sprechstunden anzubieten haben.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Wir begrüßen die Ausweitung der Mindestsprechstundenzeit auf 25 Stunden. Von der Mehrzahl der Ärzte wird dies bereits heute geleistet. Ärzte, die weniger arbeiten möchten, haben jederzeit die Möglichkeit einen halben Arztsitz zurückzugeben. Damit kann ein weiterer Arzt zugelassen werden. Im Einzelnen besteht aber Klärungsbedarf.

- Die offene Sprechstunde ist nicht im Interesse der Patienten. Sie führt zu langen Wartezeiten und der Unsicherheit, ob man an dem Tag noch behandelt wird. Die Erfahrung zeigt, dass offene Sprechstunden bei gutem Wetter häufig nicht ausgelastet

sind, damit bleibt ärztliche Kapazität ungenutzt. Eine direkte Terminvergabe für Akutfälle, auch ohne Vermittlung durch die TSS, und die entsprechende extrabudgetäre Vergütung würden ausreichen.

- Die Erfordernis einer Überweisung schafft unnötige Hürden, die dazu führen werden, dass Patienten im Notfall ins Krankenhaus gehen. Der Facharzt sollte selbstständig entscheiden können, ob es sich um einen Notfall handelt, der in der Akutsprechstunde behandelt wird. Es darf nicht dazu führen, dass die 5 Stunden nicht ausgenutzt werden und Patienten keine Termine zur Weiterbehandlung bekommen.

Die KVen haben bereits jetzt den Auftrag, die Einhaltung der Mindestsprechstundenzeiten anhand der hinterlegten Zeiten der abgerechneten Leistungen zu überprüfen. Bisher führt diese Überprüfung nicht zur Reduktion von Vertragsarztsitzen. Wir halten die bundeseinheitliche Prüfrichtlinie nicht für ausreichend. Hier ist die Grundsatzfrage zu stellen, ob die KVen die richtige Stelle zur Überwachung der Vertragsärzte sind. Die Rechtsaufsicht muss gestärkt werden und Stichprobenprüfungen durchführen.

2.1.3. Sprechstundenvergütung (§ 87)

Der Zugang zur haus- und fachärztlichen Versorgung für GKV-Versicherte sollen mit Vergütungsanreizen verbessert werden. Die extrabudgetären Leistungen werden in der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung bereinigt. Die Zusatzausgaben lassen sich bisher nicht abschätzen.

- Extrabudgetäre und zusätzliche Vergütung für die erfolgreiche Vermittlung eines dringlich notwendigen Behandlungstermins durch den Hausarzt zum Facharzt;
- extrabudgetäre Vergütung von ärztlichen Leistungen, die von der Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung vermittelt werden;
- extrabudgetäre Vergütung und erhöhte Bewertung der ärztlichen Leistungen der Versicherten- und Grundpauschalen bei der Behandlung von in den Arztpraxen neuen Patienten;
- extrabudgetäre Vergütung der ärztlichen Leistungen der Versicherten- und Grundpauschale in der offenen Sprechstunde
- extrabudgetäre Vergütung von ärztlichen Leistungen in Akut- und Notfällen während der Sprechstundenzeiten;
- Überprüfung und Aktualisierung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen hinsichtlich der Bewertung technischer Leistungen zur Nutzung von Rationalisierungsreserven zur Förderung der „sprechenden Medizin“;
- durch Festlegung von Praxisbesonderheiten von Landarztpraxen in den Vereinbarungen zu den Wirtschaftlichkeitsprüfungen, die im Vorfeld von Prüfverfahren als besonderer Versorgungsbedarf anzuerkennen sind, werden insbesondere Hausbesuche, auch in Pflegeheimen und Hospizen, gefördert.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Bei der kurzfristigen Terminvergabe bei Haus- und Fachärzten sowie bei Hausbesuchen gibt es eine Unterversorgung. Die Entbudgetierung setzt hier die richtigen Anreize zur Leistungsausweitung. Um das Grundproblem der fehlenden Hausärzte zu lösen, muss aber im Medizinstudium umgesteuert werden.

Um ärztliche Kapazitäten sinnvoll zu steuern, müssen nicht nur diese Leistungen besser vergütet werden, sondern auch die lukrativen privatärztlichen Leistungen abgewertet werden. Bereits vor Vorlage des Gutachtens der Honorarkommission könnte geregelt werden, dass IGeL bei gesetzlich Versicherten nur noch mit dem 1,0-fachen Satz der GOÄ abgerechnet werden dürfen. Dies ist durch die Ärztekammern zu prüfen.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

- Die **Vermittlung eines Facharzttermins** ist bereits heute Aufgabe des Hausarztes im Rahmen der Koordination diagnostischer Maßnahmen. Diese grundsätzlichen hausärztlichen Tätigkeiten sollten besser vergütet werden, anstatt neue bürokratische Abrechnungsziffern einzuführen.
- Die Ärzte stehen der TSS bisher sehr kritisch gegenüber, das ändert sich hoffentlich mit der extrabudgetären Vergütung.
- Wir begrüßen daher sehr die nach Morbiditätskriterien differenzierten Pauschalen für **Neupatienten**. Dadurch läuft das Modell der Budgetierung für Hausärzte langsam aus. Aufgrund des Mangels an Hausärzten, der sich in den nächsten Jahren noch weiter verschärft wird, fordert der VdK eine Ausweitung dieses Modells auf alle Patienten. Damit wird darüber hinaus die Gefahr gebannt, dass Bestandspatienten gegenüber Neupatienten benachteiligt werden. Hilfsweise sollte die Definition des Neupatienten als auch Patienten mit neuen Erkrankungen aus der Begründung in den Gesetzestext übernommen werden.
- Die Regelung zur **offenen Sprechstunde** erscheint nicht sinnvoll (siehe Ausführungen unter 2.1.2.). Die Akut- und Notfälle lassen sich nicht auf einen Tag der Woche bündeln. Sie werden auch bei einer generellen Anhebung der Mindestsprechstunden auf 25 Stunden extrabudgetär vergütet.
- Die extrabudgetäre Vergütung von **Akutfällen** wird hoffentlich dazu führen, dass die Ärzte noch am selben Tag Notfalltermine anbieten und ihre Patienten nicht auf die Notfallambulanz der Krankenhäuser verweisen. Das ist im Interesse der Patienten.
- Die Überprüfung der Bewertung von **technischen Leistungen** wird begrüßt. Daraus folgt aber nicht automatisch eine Höherbewertung derprechenden Medizin.
- **Hausbesuche** müssen grundsätzlich extrabudgetär vergütet werden. In diesem Leistungsbereich besteht keine Gefahr einer angebotsinduzierten Nachfrage. Hilfsweise müssen in § 106a auch die besonderen Bedarfe von Menschen, die aufgrund ihrer Behinderung die Praxis nicht oder nur schwer aussuchen können, als Grund für Hausbesuche anerkannt werden.

In § 87a Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 muss die Angabe „Satz 5“ um „und 6“ ergänzt werden, nicht ersetzt. Sonst gibt es nur für die über die Auflistung hinausgehenden förderwürdigen Leistungen Vergütungsempfehlungen. Die bisherige Regelung zur Substitutionsbehandlung würde gestrichen.

2.2. Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung

2.2.1. Regionale Zuschläge

- Bisher: regionale Zuschläge können in Gebieten gezahlt werden, in denen Unterversorgung besteht oder droht oder zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht (entweder als von Gesamtvertragspartnern vereinbarte Zuschläge auf den Orientierungswert oder als Sicherstellungszuschläge, über die Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen entscheiden und die KV und Krankenkassen jeweils zur Hälfte finanzieren).
- Neu: regionale Zuschläge werden obligatorisch und vom Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen festgesetzt; Finanzierung wie bisher.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Studien zeigen, dass ökonomische Anreize nicht ausschlaggebend für die Niederlassung sind. Daher glauben wir nicht, dass ein Landarztzuschlag die Lösung bringt. Die Attraktivität des ländlichen Raums muss gesichert werden. Für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung braucht es vernetzte, interdisziplinäre Angebote (siehe Ausführungen zu 2.2.2).

2.2.2. Strukturfonds der KV

Die KVen sollen in ländlichen oder strukturschwachen Gegenden Eigeneinrichtungen zur Sicherstellung der Versorgung schaffen. Der Strukturfonds wird ausgebaut.

- Strukturfonds künftig für alle KVen verpflichtend;
- Mittel des Strukturfonds auf bis zu 0,2 % der vereinbarten Gesamtvergütung verdoppelt, die Krankenkassen zahlen wie gehabt die Hälfte; es ist sicherzustellen, dass bereitgestellte Mittel für Fördermaßnahmen auch ausgeschöpft werden;
- nicht abschließende gesetzliche Aufzählung der Verwendungszwecke u. a. ergänzt um: Investitionskosten bei Praxisübernahmen, Förderung der Errichtung von Eigeneinrichtungen und lokalen Gesundheitszentren für medizinische Grundversorgung, Förderung von Sonderbedarfszulassungen.
- Eigeneinrichtungen auch mobile oder digitale Sprechstunden (bspw. durch Fernbehandlung im Rahmen der Weiterentwicklung der berufsrechtlichen Vorgaben), mobile Praxen, Patientenbusse oder ähnliche Versorgungsangebotsformen

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Ausbau der Strukturfonds und der Auftrag an die KVen Eigeneinrichtungen zur Sicherstellung im ländlichen Raum zu schaffen wird grundsätzlich begrüßt.

Der VdK favorisiert ein Modell, in dem Hausärzte und Fachärzte mit Pflegekräften und Physiotherapeuten in Gemeinschaftspraxen zusammenarbeiten. Auch die neuen Studiengänge der Arztassistenten sollten dort eingebunden werden.

In kleineren Orten sollten Satellitenpraxen entstehen, in denen die Ärzte abwechselnd anwesend sind; beispielsweise wäre montags ein Augenarzt und donnerstags eine Frauenärztin anwesend. Die Satellitenpraxis ist fest mit einer medizinischen Fachangestellten besetzt, die das Management und die Terminkoordination übernimmt und zusätzlich Hausbesuche bei den immobilen Ortsbewohnern durchführt.

Der VdK sieht das Modell von Hausbesuchen durch medizinische Fachangestellte (MFAs) mit Videokonferenz in die Hausarztpraxis als zukunftsweisend gerade für ältere, alleinstehende Menschen, um die medizinische Versorgung sicherzustellen.

Für Pflegebedürftige hält der Sozialverband VdK auch die vorgeschlagene Regelung im Pflegepersonalstärkungsgesetz zu telemedizinischen Fallkonferenzen in der Häuslichkeit für sehr gelungen. In der Praxis scheitert dies jedoch an der Finanzierung. Nur die Ärzte sollen eine Finanzierung für die telemedizinischen Fallkonferenzen erhalten, die Pflegekräfte nicht. Weder der Hausarzt noch die MFA wollen die Weiterbildung zur VERAH oder Agnes (1.600 Euro) bezahlen. Der VdK fordert, diese Kompetenzen bereits zum integralen Bestandteil der Berufsausbildung zur MFA zu machen.

Wir hoffen, dass die KVen nicht verzweifelt versuchen Nachfolger für ihre Einzelpraxen zu finden, sondern zukunftsfähige Versorgungsformen schaffen. Die Förderung der Praxisübernahme darf nicht die fiktiven Kosten für den KV-Sitz enthalten, denn KV-Sitze sind kein veräußerliches Eigentum. Die Investitionszuschüsse sollten auf unterversorgte Regionen begrenzt werden.

Als neue Aufgabe des Strukturfonds sollte der barrierefreie Umbau von Arztpraxen aufgenommen werden. Dieser ist sachgerecht von der gesamten KV zu finanzieren, damit die KV ihrem Sicherstellungsauftrag gegenüber Menschen mit Behinderung nachkommen kann.

2.2.3. Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

- Zulassungsausschuss prüft künftig nur Bedarf für die Nachbesetzung, MVZ darf frei einstellen
- um Einfluss von reinen Kapitalinvestoren zu begrenzen, wird Möglichkeit von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen, MVZ zu gründen, auf fachbezogene MVZ beschränkt;

- zur Sicherstellung der Versorgung wird das Potential anerkannter Praxisnetze weitergehend genutzt und diesen die Möglichkeit gegeben, in unterversorgten Regionen MVZ zu gründen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Diese Regelungen lösen Praxisprobleme der neuen Versorgungsform MVZ und sind insgesamt sachgerecht.

Anerkannte Praxisnetze sind ein wertvoller Baustein für die arztübergreifende Zusammenarbeit, daher sollten ihre Möglichkeiten MVZ zu gründen, nicht auf unterversorgte Regionen beschränkt werden.

Wir begrüßen die Zurückdrängung von Kapitalinvestoren. Dies sollte modellhaft für Krankenhäuser, Pflegeheime, Zahnarztpraxen und Wundzentren sein.

2.2.4. Bedarfsplanung

Um die Bedarfsplanung zur Verteilung der Arztsitze durch den G-BA kleinräumiger, bedarfsgerechter und flexibler zu gestalten, werden folgende Maßnahmen ergriffen:

- Fristanpassung für die Überprüfung und Weiterentwicklung der Bedarfsplanungs-Richtlinie durch den G-BA (bis Mitte 2019 auf Grundlage der für Herbst 2018 geplanten Veröffentlichung des dazu beauftragten umfangreichen wissenschaftlichen Gutachtens);
- Der G-BA erhält die Möglichkeit innerhalb von Arztgruppen nach Fachrichtungen zu differenzieren (z. B. einen Mindestanteil Grundversorgender Kinderärzte, oder eine Mindestzahl Rheumatologen innerhalb der Fachinternisten)
- Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen für Rheumatologen, Psychiater und Pädiater bis der gesetzliche Auftrag an den G-BA zur Überprüfung der Bedarfsplanungs-Richtlinie umgesetzt ist;
- In ländlichen Gebieten können die Länder neue Arztsitze schaffen. Die Bestimmung der von dieser Regelung erfassten Gebiete obliegt den Ländern.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Patientenvertretung hatte bereits 2012 ein Gutachten zu einer morbiditätsorientierten Neuordnung der ärztlichen Zulassungen vorgelegt. Wir begrüßen es daher, dass der Druck auf den G-BA noch einmal weiter erhöht wird. In diesem Sinne ist auch die Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen für Rheumatologen, Psychiater und Kinderärzte zu sehen. Bei diesen Berufsgruppen gibt es deutschlandweit Probleme Termine zu bekommen. Diese Regelung kann dazu führen, dass sich Klinikärzte für eine Niederlassung entscheiden. Es wird allerdings bei den Neuzulassungen zu einem Sog in die attraktiven Städte und Stadtviertel kommen und bedarf daher zügig einer angepassten Bedarfsplanung. Denn bereits heute

können Kinderarztsitze nicht nachbesetzt werden. Deshalb muss zusätzlich in der Ausbildung der Mediziner sofort umgesteuert werden.

Die Differenzierung innerhalb der Arztgruppen war eine wichtige Forderung der Patientenvertretung. Der Trend zur Spezialisierung innerhalb der Internisten, Kinderärzte und Augenärzte führte zu Versorgungsengpässen in der Grundversorgung bei offizieller Überversorgung. Diese Regelung wird daher begrüßt.

Die Möglichkeit der Länder Arztsitze im ländlichen Raum zu schaffen, sollte nach ein paar Jahren evaluiert werden. In der Krankenhausplanung zeigt sich, dass die Länder kein Interesse daran haben, Überversorgung abzubauen. Bei der in der Begründung angeführten Beschränkung auf infrastrukturell schlecht angeschlossene Dörfer besteht die Gefahr, dass die Praxis nicht wirtschaftlich betrieben werden kann.

2.3. Weitere Themen

2.3.1. Sektorenübergreifende Konfliktlösung (§§ 89, 89a)

Die Schiedsgremien werden neu geordnet, die Länder und das BMG erhalten mehr Einfluss. Verfahren werden beschleunigt. Für die sektorenübergreifende Konfliktlösung (ASV, ambulante Krankenhausbehandlung etc.) wird ein neues, dreiseitiges Gremium aus KBV, GKV-Spitzenverband und DKG geschaffen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Wir begrüßen die stringente Neuregelung der Schiedsgremien und die Aufhebung der Blockademöglichkeiten. Da diese Neuregelung dazu dienen soll, dass die Versorgungsansprüche der Patientinnen und Patienten zeitnah erfüllt werden, wäre es für die Patientenvertretung nach § 140f SGB V wichtig, die Tagesordnungen der Schiedsämter zu erhalten und Einblick in die Unterlagen nehmen zu können, um nachvollziehen zu können, warum unsere erfolgreichen Anträge aus dem G-BA nicht in der Versorgung ankommen.

2.3.2. Zahnersatz

2.3.2.1. Festzuschuss (§ 55)

- Festzuschuss für Zahnersatz von 50 auf 60 % der vom G-BA festgesetzten Beträge für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen der Regelversorgung erhöht;
- Erhöhung des Bonus von 60 auf 65 bzw. 70 auf 75 % bei vollständigem Bonus-Heft;
- Anpassung der Härtefallregelungen an die Anhebung der Festzuschüsse.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK setzt sich seit Jahren für Verbesserungen beim Zahnersatz ein. Wir begrüßen, dass der Gesetzgeber sich nun dieses Themas annimmt.

Mit der Erhöhung des Festzuschusses werden die hohen Eigenanteile beim Zahnersatz etwas gemildert, das Grundproblem wird aber nicht gelöst. 2004 wurde der Zahnersatz in die „Eigenverantwortung“ der Patienten überführt. Im Ergebnis führte das zu einem Wegfall von Preisregulierung und zum Fehlen von Qualitätssicherung in dem Bereich Zahnersatz.

Aus unseren Beratungen wissen wir, dass die Regelversorgung häufig gar nicht angeboten wird, weil die Zahnärzte sie für veraltet halten. Die angebotene gleichartige Versorgung mit den hohen Eigenanteilen überfordert Patienten mit einer kleinen Rente finanziell. Sie verzichten dann auf notwendigen Zahnersatz mit den gravierenden Folgen für Ernährung, Sprache und soziale Teilhabe.

Krankenkassen und Zahnärzte haben ein gemeinsames Interesse daran, die Regelversorgung nicht zu aktualisieren. Das führt zu günstigen Festzuschüssen für die Krankenkassen und zu Mehrleistungen nach GOZ für die Zahnärzte.

Zusätzlich trägt der Patient das volle Kostenrisiko, da der Preis im Heil- und Kostenplan nicht verbindlich ist. Zwar muss der HKP vor der Behandlung von der Krankenkasse genehmigt werden, diese prüft aber weder ob die kostengünstigste Methode gewählt wurde noch die Rechnung.

Der Sozialverband VdK schlägt deshalb vor, die Preisverhandlungen und die Qualitätssicherung wieder in die Verantwortung der Krankenkassen zu legen. Nur die Krankenkassen können wirtschaftliche Preise verhandeln und die Qualität vergleichen. Der VdK schlägt daher vor, die Festzuschüsse von 60 % zu Festpreisen von 40 % der Regelversorgung umzukehren. Auch gleichartige und andersartige Versorgung könnten von den Krankenkassen zu einem Festpreis ohne Kostenrisiko für den Patienten angeboten werden. In Zukunft könnten die Preissteigerungen durch die Verhandlungsmacht der Krankenkassen eingedämmt werden. Zusätzlich müsste der G-BA beauftragt werden auch für die gleichartige und die andersartige Versorgung den Nutzen zu bewerten und falls nötig Evidenz zu schaffen.

Falls dem umfassenden Vorschlag nicht gefolgt wird, sehen wir keinen Grund, die Regelung zu Erhöhung der Festzuschüsse nicht sofort in Kraft treten zu lassen.

2.3.2.2. Punktwertdegression (§ 85)

Abschaffung der Punktwertdegression für vertragszahnärztliche Leistungen, um Hemmnisse bei der Niederlassung in strukturschwachen Gebieten zu beseitigen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Entgegen der Begründung wird die Punktwertdegression für alle zahnärztlichen und kieferorthopädischen Leistungen abgeschafft, nicht nur für den unterversorgten ländlichen Raum,

die Prävention und aufsuchende Versorgung. Es erschließt sich uns nicht, warum die Budgetierung für einen Bereich in dem keine Versorgungsprobleme bestehen, vollkommen aufgehoben wird, während sie bei den Haus- und Kinderärzten bestehen bleibt.

2.3.2.3. Kieferorthopädische Leistungen (§ 29)

Es wird eine Regelung zu Mehrkosten und Aufklärungspflichten bei kieferorthopädischen Leistungen analog der Regelung bei Zahnersatz geschaffen. Der Konkretisierungsauftrag liegt beim Bewertungsausschuss für zahnärztliche Leistungen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Wir begrüßen grundsätzlich die Klarstellung, dass gleichartige Leistungen nicht zu einem Wegfall des Sachleistungsanspruchs führen, sowie die Aufklärungs- und Dokumentationspflichten. Mehrkostenvereinbarungen sind aber grundsätzlich problematisch (siehe Ausführungen zu 2.3.2.1). Die Verhandlungen über die Grenze zwischen Regelleistung und Mehrleistung sind Verträge zu Lasten Dritter – nämlich der Patienten – und sollen ohne diese im Bewertungsausschuss stattfinden. Hier ist die Patientenvertretung einzubinden. Auch für die Mehrleistungen sind feste Preise zu verhandeln. Darüber hinaus muss Evidenz als Grundlage für alle drei Kataloge geschaffen werden.

Wie bereits bei den Hilfsmitteln, muss auch bei der Kieferorthopädie eine Berichtspflicht zu den Mehrkostenvereinbarungen geschaffen werden. Die Prüfung durch die KZV sollte nicht anlassbezogen, sondern stichprobenartig erfolgen.

2.3.3. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

- Bisheriges Einzelvertragsmodell wird auf Zulassungsmodell umgestellt, um vergaberrechtliche Einwände gegen Vertragspraxis auszuräumen;
- künftig einheitliche (Rahmen-) Versorgungsverträge auf Landesebene (entspricht bisheriger Praxis der Musterverträge);
- SAPV-Teams, die Anforderungen erfüllen, haben Anspruch auf Teilnahme an Versorgung und entsprechenden schiedsfähigen (Einzel-) Versorgungsvertrag mit Krankenkassen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Mit dieser Regelung wird die bisherige Praxis auf eine sichere Rechtsgrundlage gestellt und das europaweite Vergabeverfahren klar ausgeschlossen. Die Versorgung dieser besonders vulnerablen Patientengruppe aus dem Vergaberecht herauszunehmen, wird seitens des Sozialverbandes VdK unterstützt. Die Versorgung der Menschen mit SAPV muss unabhängig von wettbewerbsrechtlichen Verfahren erfolgen. Gleichzeitig kann die SAPV – auch über zehn Jahre nach Etablierung der Leistung – immer noch nicht flächendeckend angeboten werden. Von daher begrüßen wir, dass SAPV-Leistungserbringer, die die Anforderungen des Versorgungsrahmenvertrages erfüllen, zukünftig einen gesetzlich normierten Anspruch auf

Teilnahme an der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und auf Abschluss eines zur Versorgung berechtigenden Vertrages mit den Krankenkassen haben. Ob diese Regelung zu den gewünschten Ergebnissen führt, sollte nach unserer Auffassung in die jährliche Berichtspflicht des GKV-SV übernommen werden.

2.3.4. Digitalisierung

2.3.4.1. Elektronische Patientenakte (§ 291a)

Nach den bisherigen Regelungen ist ein Zugriff auf die elektronische Patientenakte nur mit eGK und Heilberufausweis möglich. Die Pläne der Krankenkassen zum elektronischen Patientenfach stehen unverbunden daneben. Die Regelung, die einen zusätzlichen Zugriffsweg ohne Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte vorsieht, zielt darauf ab, den Versicherten einen selbstständigen Zugriff mittels mobiler Endgeräte wie Smartphones oder Tablets auf ihre medizinischen Daten der elektronischen Patientenakte zu ermöglichen und verpflichtet die Gesellschaft für Telematik, die Voraussetzungen dafür zu schaffen. Krankenkassen werden verpflichtet, ihren Versicherten spätestens ab 2021 eine ePA zur Verfügung zu stellen und darüber zu informieren.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Wir begrüßen, dass es endlich eine Lösung gibt, damit die Patienten auf ihre eigenen Daten zugreifen können. Langfristig sollte es eine einheitliche Lösung und keinen Krankenkassenwettbewerb geben, damit die Daten bei einem Kassenwechsel exportiert werden können.

2.3.5. Streichung der Berichtspflicht zur medizinischen Rehabilitation

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 des Sozialverbands VdK

Der im Referentenentwurf vorgesehene Verzicht auf die Berichtspflicht der Krankenkassen nach § 40 Absatz 3 Satz 8 scheint nachvollziehbar, wenn nur die gemeldeten Fälle in den Blick genommen werden. Nach Auffassung des Sozialverbandes VdK greift diese Sichtweise allerdings zu kurz und negiert das Grundproblem, nachdem Pflegebedürftige und von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen trotz klarer und eindeutiger gesetzlicher Regelung vielfach keine Reha-Leistungen erhalten. Wir möchten an dieser Stelle erneut unseren Vorschlag anbringen, den strategiefälligen Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen für notwendige Reha-Leistungen in § 40 SGB V für Pflegebedürftige und von Pflegebedürftigkeit bedrohte

Menschen zu beenden. Stattdessen muss die Rolle des Hausarztes bei der Verordnung von Reha-Leistungen gestärkt werden. Bei ihm sind die, in der Regel älteren, Patienten immer in ärztlicher Behandlung. Erkennt der Hausarzt, dass Pflegebedürftigkeit beispielsweise infolge zunehmenden geistigen Abbaus, Schwindel/Gangunsicherheit/Sturzgefahr oder Immobilität droht, muss er Rehabilitation verordnen und auch einleiten dürfen. Die Möglichkeiten der Krankenkassen, diese Leistungen interessengetrieben nicht zu genehmigen, müssen dafür eingeschränkt werden. Eine solche Regelung bietet den Vorteil, dass bei den Patienten frühzeitig, noch deutlich vor der Antragstellung versucht werden kann, drohende Pflegebedürftigkeit hinaus zu schieben.

3. Andere Versorgungsbereiche

3.1. Krankenversicherung

3.1.1. Leistungsrecht

3.1.1.1. Kryokonservierung (§ 27a)

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

Bewertung des Sozialverbands VdK

Wir begrüßen diese Regelung, zu einer zeitgemäßen Krebsbehandlung gehört die Zukunftsplanung dazu.

3.1.1.2. stufenweise Wiedereingliederung (§ 74)

Der Arzt hat spätestens ab einer Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen regelmäßig festzustellen, ob eine stufenweise Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit in Betracht kommt. Der G-BA regelt Näheres zum Verfahren.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Wir begrüßen diesen Ansatz zur Ausweitung der stufenweisen Wiedereingliederung. Sie ist ein erprobtes Mittel um Erwerbsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit zu verhindern. Um sicherzustellen, dass die Freiwilligkeit gewahrt bleibt, darf die Empfehlung aber nur dem Arbeitnehmer ausgestellt werden und nicht automatisch an die Krankenkasse übermittelt werden. Bisher gibt es einen Rechtsanspruch auf stufenweise Wiedereingliederung nur für Schwerbehin-

derte, dieser sollte dann folgerichtig auf alle Arbeitnehmer ausgeweitet werden. Eine stufenweise Wiedereingliederung kann auch an ganz praktischen Problemen, wie dem Arbeitsweg scheitern, daher darf es keine Verpflichtung geben.

3.1.1.3. Bedürftigkeitsprüfung bei Ruhen der Ansprüche (§ 16)

Klarstellung, dass beim Ruhen von GKV-Leistungen wegen Beitragsschulden die Prüfung der Hilfebedürftigkeit nach SGB II oder SGB XII vom zuständigen Träger und nicht von der Krankenkasse durchzuführen ist.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Klarstellung ist sinnvoll, damit die Krankenkassen nicht zusätzlichen bürokratischen Aufwand für die Versicherten produzieren. Gleichzeitig sollte geregelt werden, dass die zuständigen Träger nach SGB II oder XII die Hilfebedürftigkeit im Rahmen der Zusammenarbeit der Sozialversicherungen nach Zustimmung des Versicherten an die Krankenkasse melden.

3.1.1.4. Krankengeld Wahlmöglichkeit Selbstständige (§ 44)

- Klarstellung, dass hauptberuflich Selbstständige Krankengeldanspruch wählen können und zwar unabhängig davon, ob sie nachrangig pflichtversichert oder freiwillig versichert sind.
- Um missbräuchliche Gestaltung des Krankengeldanspruchs auszuschließen, wird klargestellt, dass für den Zeitraum, in dem bereits Arbeitsunfähigkeit besteht, keine Wahlerklärung zur Absicherung des Krankengeldanspruchs möglich ist.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Wir begrüßen den Ansatz. Leider führt die vorgeschlagene Formulierung zu dem Paradox, dass Versicherte, die eine Wahlerklärung nach Nr. 2 abgegeben haben, *keinen* Anspruch auf Krankengeld haben. Die Formulierung sollte lauten:

„oder soweit sie hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind und *keine* Wahlerklärung nach Nummer 2 abgegeben haben,“

Die Klarstellung zur Wahlerklärung schließt Missbrauch zu Lasten aller Versicherten aus und ist daher zu begrüßen.

3.1.1.5. Krankengeld bei verspäteter Folge-AU-Bescheinigung (§ 46)

Für Versicherte, deren Mitgliedschaft vom lückenlosen Bestand des Krankengeldanspruchs abhängt, wird bei verspäteter, aber nach Wegfall des Hinderungsgrundes unverzüglicher Folge-AU-Bescheinigung geregelt, dass das Krankengeld nicht vollständig entfällt.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Es wird begrüßt, dass der Gesetzgeber sich dieser Krankengeldproblematik annimmt. Eine Gesetzesänderung wird als notwendig angesehen, um die Ungleichbehandlung im Krankengeldbezug zu beenden. Allerdings muss die Norm klarer formuliert werden, damit die Auslegung der unbestimmten Rechtsbegriffe nicht vollständig an die Gerichte delegiert wird. Es muss gewährleistet werden, dass wegen einer geringfügigen Obliegenheitsverletzung der betroffenen Personengruppe der Krankengeldanspruch nicht vollständig entfällt. Es muss ein entsprechend angemessener niedrigschwelliger Maßstab flankierend in die Norm und die Gesetzesbegründung aufgenommen werden. Ansonsten ist zu befürchten, dass die Praxis der Krankenkassen sich an der bisherigen restriktiven Auslegung orientiert und die in der Begründung des Referentenentwurfs dargelegte Härte für den betroffenen Personenkreis im Ergebnis nicht entfallen wird. Dies ist insbesondere notwendig, da es sich bei den Betroffenen häufig um Menschen mit psychischen Erkrankungen handelt, die aufgrund ihrer Erkrankung schon nicht in der Lage sind ihre Rechte vor Gericht einzuklagen.

Damit möglichst wenige Menschen in diese Situation kommen, ist in § 44 Absatz 4 SGB V gesetzlich klarzustellen, dass die Krankenkasse nicht zur Kündigung des Arbeitsvertrages auffordern darf.

Die Ursache des restriktiven Krankengeldmanagements der Krankenkassen liegt im Wettbewerb. Krankengeldbezieher weisen immer negative Deckungsraten auf. Die vielen gesetzlichen Nachsteuerungen zum Krankengeld haben in unserer Beratungspraxis nicht zu einem Rückgang der Krankengeldfälle geführt, sondern nur zu immer neuen Methoden der Krankenkassen diese Versicherten aus dem Krankengeldbezug und teilweise auch aus der Versicherung zu drängen. Die Lösung muss daher sein, dass Krankengeld nicht nur zu 50 % sondern zu 100 % aus dem Gesundheitsfonds auszugleichen und damit den Krankenkassen die Anreize zu dieser Praxis zu nehmen. Bis dahin ist die Rechtsaufsicht zu stärken.

3.1.1.6. Verletztengeld-Berücksichtigung bei Höchstdauer des Krankengeldes (§ 49)

Das Verletztengeld der Unfallversicherung wird wieder in die Ruhens-Regelung des Krankengeldes aufgenommen, damit es rechtssicher bei Feststellung der Leistungsdauer des Krankengeldes berücksichtigt wird.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Damit wird ein Fehler des BTHG korrigiert.

3.1.1.7. Folgeregelung zum Krankengeld Flexirentengesetz (§ 50 und § 51)

Durch das Flexirentengesetz wurden die Hinzuverdienstmöglichkeiten bei gleichzeitigem Bezug einer Altersvollrente oder einer Altersteilrente neu geregelt.

- Regelung zur Abgrenzung von Kranken- und Rentenversicherung bei Rentenbezug und gleichzeitigem Hinzuverdienst: Ausschluss Krankengeld bei Rentenbezug von mehr als 2/3-Teilrente oder bei rückwirkender Aufhebung Rentenbescheid wegen Überschreiten Hinzuverdienstgrenze;
- Krankenkassen können Versicherte mit Teilrente dazu auffordern bei der Rentenversicherung einen Antrag auf Änderung des erwarteten Hinzuverdienstes und damit des Rentenanspruchs zu stellen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Regelungen zum Krankengeldanspruch bei Teil- und Vollrente sind unausgewogen zu Lasten der Rentner. Es muss das Grundprinzip gelten: Wer den Sonderbeitrag von 0,9 % für das Krankengeld geleistet hat, hat auch Anspruch auf Krankengeld, unabhängig vom Rentenbezug. Die Kombination von Teilrente und Teilzeitarbeit bildet die Grundlage der neuen Idee der Flexirente. Dann muss folgerichtig auch das Einkommen aus der Teilzeitarbeit durch Krankengeldansprüche abgesichert sein. Eine Begrenzung auf zwei Drittel der Vollrente greift unverhältnismäßig in die individuelle Planung der Rentner ein.

Der geplante Satz 2 § 50 ist ausgewogen, da rückwirkend weder Krankengeldbeiträge noch –ansprüche entstehen.

Die vorgesehene Regelung, dass die Krankenversicherung zum Antrag auf Vollrente auffordern kann, widerspricht der Idee der Flexirente und greift unverhältnismäßig in die individuelle Lebensplanung des Rentners ein. Nach Genesung ist schließlich weiter die Kombination aus Teilrente und Teilzeitarbeit geplant.

Der Sozialverband VdK fordert auf der Grundlage des hier ausgeführten Äquivalenzprinzips den gesamten § 51 SGB V zu streichen. Wenn jahrelang Krankenversicherungsbeiträge mit Krankengeldzuschlag gezahlt wurden, darf nicht im Leistungsfall die Versicherung des Krankengeldes gekündigt werden. Auch nicht bei Menschen, die die Regelaltersgrenze erreicht haben.

Darüber hinaus erleben wir in der Beratungspraxis, dass Patienten, die sich beispielsweise noch in der Chemotherapie befinden, dazu aufgefordert werden, einen Antrag auf Rehabilitation zu stellen, damit dieser aufgrund fehlender Erfolgsaussichten in eine Erwerbsminderungsrente umgewandelt werden kann (§ 116 SGB VI). Insbesondere für diese Menschen trüge die Streichung des § 51 SGB V dazu bei, dass sie in Ruhe genesen können.

3.1.1.8. Elektronische AU-Bescheinigung (§ 295)

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 des Sozialverbands VdK

Die Regelung ist eine große Erleichterung für Patienten im Krankengeldbezug und wird daher umfassend begrüßt.

3.1.1.9. Spätaussiedler (§ 11 Absatz 6 Bundesvertriebenengesetz)

Das Verfahren zur Erstattung der Aufwendungen für Leistungen der Krankenkassen an Aus-siedler aus Bundesmitteln wird aus verwaltungsökonomischen Gründen abgeschafft. Der Leistungsanspruch der Betroffenen gegenüber den Krankenkassen bleibt davon unberührt.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Änderung hat keine Auswirkungen auf die Versicherten und ist daher sachgerecht.

3.1.2. Mitgliedschafts- und Beitragsrecht

3.1.2.1. Abfindungen bei Gesamteinkommen in der Familienversicherung (§ 10)

Abfindungen/Entlassungsentschädigungen sollen beitragsrechtlich so behandelt werden, als ob das Gehalt weitergezahlt werden sollte. Erst wenn der Betrag so aufgebraucht ist, besteht Anspruch auf beitragsfreie Familienversicherung.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Regelung ist sachgerecht, weil Familien gleichbehandelt werden, unabhängig davon ob die Abfindung durch Weiterzahlung des Gehaltes oder als Einmalzahlung geleistet wurde.

3.1.2.2. Familienversicherung von behinderten Kindern (§ 10)

Für behinderte Kinder wird die Familienversicherung ohne Altersgrenze auch in den Fällen ermöglicht, in denen dies bisher nach Ablauf einer Vorrangversicherung nicht möglich war.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK hatte diese Regelung schon lange gefordert. In den betroffenen Familien führte die Regelungslücke zu großem Leid. Es betrifft Jugendliche und junge Erwachsene, die durch einen schweren Unfall lebenslang beeinträchtigt wurden. Wir begrüßen diese Regelung sehr.

Wir fordern aber eine einheitliche Altersgrenze von 25 Jahren, ohne Verweis auf die Nr. 1, 2 und 3. Die Vorbedingungen der Schul- oder Berufsausbildung können nicht von allen erfüllt werden. Die vollständige, wirtschaftliche Abhängigkeit dieser jungen Menschen mit schweren

Behinderungen von ihren Eltern ist gesellschaftliche Realität, unabhängig davon ob sie vorher eine Schulausbildung oder eine Lehre mit eigenem Sozialversicherungsanspruch gemacht haben. Die Regelungen zur Familienversicherung sollten diese gesellschaftliche Realität abbilden.

Darüber hinaus muss sichergestellt werden, dass die Regelung auch für Bestandsfälle greift, für die die Eltern heute die Mindestbeiträge in der freiwilligen Krankenversicherung bezahlen müssen, weil zum Zeitpunkt des Unfalls keine Familienversicherung möglich war.

Formulierungsvorschlag § 10 Abs. 2:

„4. ohne Altersgrenze, wenn sie als behinderte Menschen (§ 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung vor Vollendung des 25. Lebensjahres vorlag; dies gilt auch, wenn die Familienversicherung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ausgeschlossen war.“

3.1.2.3. Vereinfachung der Familienversicherung für Stiefkinder und Enkel (§ 10)

Wenn Kinder mit dem Krankenkassenmitglied in einem Haushalt leben, ist die Familienversicherung möglich. Prüfungen des „überwiegenden Unterhaltes“ werden auf Fälle begrenzt, in denen keine häusliche Gemeinschaft mit dem Mitglied besteht.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Regelung entlastet Familien von bürokratischem Aufwand und wird daher begrüßt.

3.1.2.4. Keine Vorversicherungszeit für erwachsene Stief- und Adoptivkinder (§ 5)

Eine Anrechnung von Kindererziehungszeiten auf die Vorversicherungszeit für die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) wird dann ausgeschlossen, wenn die Elterneigenschaft im Wege einer Adoption oder Eheschließung erst nach den für die Familienversicherung maßgeblichen Altersgrenzen begründet wurde.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Regelung ist sachgerecht, weil hier keine Erziehungsleistung anzuerkennen ist.

3.1.2.5. Unterhaltsersetzende Versorgungsbezüge bei Waisenrentnern

Bestehende beitragsrechtliche Ungleichbehandlungen hinsichtlich verschiedener unterhaltsersetzender Hinterbliebenenleistungen werden beseitigt, indem unterhaltsersetzende Versorgungsbezüge bei Waisenrentnern auch beitragsfrei gestellt werden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Wir begrüßen die Gleichstellung der Versorgungsbezüge. Damit wird für die betroffenen Waisen eine Lücke geschlossen.

3.1.2.6. AAG (Behindertenwerkstätten)

Herausnahme der bei anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen in einem arbeitnehmerähnlichen Rechtsverhältnis stehenden behinderten Menschen aus der Mutterschaftsumlage. Damit wird die Praxisauslegung nachvollzogen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Da diese Änderung für die beschäftigten Menschen mit Behinderung keine Auswirkung hat, ist die Anpassung sachgerecht.

3.1.3. Verbänderecht, Aufsicht

3.1.3.1. Prüfung nach § 274 SGB V der Spitzenverbände

Zur Unterstützung der Prüfung nach § 274 SGB V über GKV-Spitzenverband, MDS, KBV, KZBV wird dem BMG die Möglichkeit eröffnet, in besonderen Fällen selbst Wirtschaftsprüfer oder Rechtsanwaltskanzleien zu beauftragen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Nach den jüngsten Skandalen um die Finanzen dieser Verbände ist die Rechtsänderung folgerichtig. Wir bedauern trotzdem, dass Krankenkassenbeiträge von Rentnern dafür eingesetzt werden müssen, die Geschäfte von Körperschaften öffentlichen Rechts durch Wirtschaftsprüfer prüfen zu lassen.

3.1.4. Sozialdatenschutz

3.1.4.1. Sozialdatenschutz in der Qualitätssicherung (§ 299)

Datenverarbeitung zum Zweck der Qualitätssicherung: Leistungserbringer dürfen übermittelte Versichertendaten mit eigenen Versichertendaten zusammenführen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die sektorenübergreifende Qualitätssicherung steckt leider immer noch in den Kinderschuhen. Zu häufig wird versucht sie mit Verweis auf den Datenschutz zu verhindern. Daher ist es richtig, die Datenverarbeitungsbefugnisse entsprechend zu schaffen.

3.2. Pflegeversicherung

3.2.1. Anschlussregelung Betreuungsdienste

- Betreuungsdienste, die sich auf häusliche Betreuung und Haushaltshilfe konzentrieren, werden zugelassene Leistungserbringer in der sozialen Pflegeversicherung (nach Modellvorhaben des GKV-Spitzenverbands); es gelten im Wesentlichen die Regeln wie für ambulante Pflegedienste;
- Verbreiterung der Fachkräftebasis, da als verantwortliche Fachkraft bei den Betreuungsdiensten sowie als weiteres Personal statt Pflegefachkräften auch andere Fachkräfte zum Einsatz kommen können;
- Übergangsregelungen zur Qualitätssicherung für Betreuungsdienste bis Umsetzung des neuen wissenschaftsbasierten Qualitätssystems nach PSG II ab 2020.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK begrüßt nachdrücklich die Etablierung von Betreuungsdiensten im SGB XI. Mit dem Abschlussbericht zum Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste nach § 125 SGB XI konnte nachgewiesen werden, dass die Qualität der betreuenden Versorgung durch Betreuungsdienste gegeben ist. Er bestätigte die Wirtschaftlichkeit der von Betreuungsdiensten erbrachten Leistungen, belegte die Bandbreite der von Betreuungsdiensten angebotenen Betreuungsinhalte und verdeutlichte die hohe Akzeptanz, die Pflegebedürftige der Betreuung durch Betreuungsdienste entgegenbrachten. Vor dem Hintergrund der schwierigen personellen Situation von ambulanten Pflegediensten ist es aktuell für zahlreiche Pflegehaushalte schwierig, außerhalb von reinen pflegerischen Leistungen, professionelle Anbieter zu finden, die zu einem adäquaten Preis bspw. Betreuungsleistungen anbieten. Gleichfalls hat die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes bzgl. der Umsetzung in den ambulanten Landesrahmenverträgen bisher nur bedingt Wirkung gezeigt, so dass spezielle Betreuungsleistungen regelhaft nicht abrufbar sind. Wir erhoffen uns an dieser Stelle mehr Möglichkeiten für betroffene Pflegehaushalte ihrer individuellen Pflegesituation gerecht zu werden. Der Sozialverband VdK wünscht sich darüber hinaus auch eine Ausdehnung der Regelung auf die Unterstützungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI. Entsprechend sollten Betreuungsdienste – ebenso wie ambulante Pflegedienste – nach Abschluss eines Versorgungsvertrages automatisch auch Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI, erbringen dürfen. Speziell in diesem Bereich haben wir deutschlandweit enorme Versorgungsprobleme, da zu wenige Angebote zur Verfügung stehen. Der Sozialverband VdK plädiert an dieser Stelle nachdrücklich dafür, die Regelung für Entlastungsleistungen bundesweit in dem Sinne zu vereinfachen, dass den pflegebedürftigen Menschen der Entlastungsbetrag zur Verfügung gestellt wird und lediglich Verwendungsnachweise nachzuhalten sind.

Unabhängig davon halten wir es für nachvollziehbar, dass das neu einzuführende System der Qualitätsmessung und –darstellung in der ambulanten Pflege auch auf die ambulanten

Betreuungsdienste Anwendung finden soll und der Spitzenverband Bund der Pflegekassen für diesen Übergangszeitraum eine entsprechende Richtlinie erarbeitet.

In diesem Zusammenhang möchten wir allerdings anmerken, dass auch für die Tagespflege explizite Instrumente für die Prüfung der Qualität der Leistungen entwickelt werden müssen. Die Vorstellung, die Tagespflege ist bei der Qualitätsentwicklung und -prüfung quasi integrierender Bestandteil der Instrumentenentwicklung für die Prüfung der Qualität der Leistungen, die von stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden, ist – auch nach den Ergebnissen des stationären Abschlussberichtes – nicht aufrechtzuhalten. Nach Auffassung des Sozialverbandes VdK benötigen wir ein spezifisches Konzept für eine Qualitätssicherung in der Tagespflege. Entsprechend müssen die Regelungen in § 113b, Abs. 4 SGB XI im obigen Sinne ergänzt werden.