

Stellungnahme des Deutschen Hausärztesverbandes e.V.

zum Gesetzentwurf

der Bundesregierung

**für ein Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) – BT - DRS. 19/6337**

10. Januar 2019

A. Allgemeiner Teil

Die mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung verfolgten Ziele, allen gesetzlich Versicherten einen gleichwertigen und schnelleren Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung zu ermöglichen, die Versorgung in sogenannten ländlichen und strukturschwachen Regionen zu verbessern, die Leistungsansprüche der Versicherten in einzelnen Bereichen der vertrags- und vertragszahnärztlichen Versorgung zu erweitern und die Nutzbarkeit einzelner digitaler Instrumente und Angebote für die Versicherten zu verbessern, gehen in die richtige Richtung.

Dabei sind vor allem die Weiterentwicklung der Aufgaben von Terminservicestellen, Vergütungszuschläge und Mehrvergütungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen, Überprüfungspflichten des Bewertungsausschusses zur besseren Vergütung der hausärztlichen (s. u.) und „sprechenden Medizin“ sowie die Weiterentwicklung von Einrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der dort einzurichtenden Strukturfonds im Grundsatz zu begrüßen. Dies gilt auch für die geplanten Weiterentwicklungen der Bedarfsplanung und die Konkretisierung digitaler Versorgungselemente und -angebote. Der Gesetzentwurf enthält demnach viele gute Ansätze und Elemente, die die Möglichkeiten von Vertragsärzten und MVZ bei der Niederlassung (Zulassung) und Anstellung weiter verbessern, noch mehr Flexibilität bei der Berufsausübung bieten und finanzielle Anreize und Verbesserungen – gerade für die Berufsausübung in ländlichen und strukturschwachen Regionen – schaffen. Positiv zu bewerten sind schließlich die Ansätze zu Erleichterungen und Verbesserungen im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfungen, wonach zukünftig bestimmte Tätigkeiten (Landarztpraxen, Versorgung in Hospizen oder Pflegeheimen), einschließlich der Hausbesuche, als Praxisbesonderheiten vorab anerkannt werden sollen.

Die vorgesehenen Erleichterungen und Verbesserungen gehen aber nicht weit genug, sondern es bedarf entsprechender Regelungen auch für den Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfungen in den Bereichen der Arznei-, Heil- und Hilfsmittelverordnungen. Zumindest in ländlichen und strukturschwachen Regionen sollte gänzlich auf derartige Prüfungen verzichtet werden, ebenso (mindestens) in den ersten fünf Jahren der Niederlassung. Dies wäre ein starkes Signal an den hausärztlichen Nachwuchs. Ziel muss es dabei sein, dass Hausärztinnen und Hausärzte in Zukunft gänzlich von Regressen ausgenommen werden. Beratungen und Hilfestellungen ja, Regresse nein!

Die Ergänzungen in § 73 Abs. 1b SGB V zur Geltung von § 22 Abs. 1 Nr. 1, b BDSG sind richtig. Zusätzlich sollte aber auf die Voraussetzung der schriftlichen Einwilligung insgesamt verzichtet werden.

Nicht zu den positiv zu bewertenden Neuregelungen gehören die Regelungen zur Nachbesetzung von angestellten Ärztinnen und Ärzten in MVZ oder bei Vertragsärzten (§ 103 Abs. 4a, 4b – neu). Diese sind nach unserer Auffassung nicht nur zu kleinteilig, sondern stellen einen unzulässigen Eingriff in die Rechte der Betroffenen aus Art. 14 GG dar, jedenfalls solange keine Entschädigungen für die anstellenden Vertragsärzte bzw. die anstellenden Medizinischen Versorgungszentren geregelt sind. Sowohl ein anstellendes MVZ als auch ein anstellender Vertragsarzt (auch BAG) planen – wirtschaftlich und organisatorisch – mit einer bestimmten Anzahl von angestellten Ärzten, und es

sollte ihnen überlassen bleiben, ob bei sich veränderndem Versorgungsbedarf Stellen abgebaut werden.

Aus Sicht des Deutschen Hausärzteverbandes gibt es zudem noch weiteren Korrekturbedarf: Insbesondere die unnötigen Eingriffe in die freiberufliche Berufsausübung von Ärztinnen und Ärzten in Gestalt von gesetzlichen Vorgaben zu Mindestsprechzeiten und offenen Sprechstunden sind abzulehnen und dazu geeignet, gerade junge Ärztinnen und Ärzte von der vertragsärztlichen Tätigkeit abzuhalten, auch wenn sich diese Regelungen für Hausärztinnen und Hausärzte weniger einschneidend darstellen, nachdem in dem Regierungsentwurf auf die Vorgabe des Vorhaltens offener Sprechstunden verzichtet wurde. Dies, nachdem zutreffend erkannt wurde, dass sich Hausärztinnen und Hausärzte regelmäßig im Rahmen ihrer Praxisführung ein ausreichendes Zeitfenster für Patienten mit akutem Behandlungsbedarf offenhalten, und so gewährleistet ist, dass diese Patienten auch während der Terminsprechstunden und ohne vorherige Terminvereinbarung versorgt werden können. Dieses regelmäßig gerade durch Hausärztinnen und Hausärzte bereit gestellte Versorgungsangebot für Akutpatienten muss aber auch adäquat vergütet werden, und zwar in Gestalt von Zuschlägen, wie sie etwa für die Leistungen in den offenen Sprechstunden der Gebietsärzte vorgesehen sind.

Die Regelungen zur Überprüfung und Aktualisierung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen hinsichtlich der Bewertung technischer Leistungen zur Nutzung von Rationalisierungsreserven zur Förderung der „sprechenden Medizin“ sind zu wenig konkret und unvollständig (siehe unter B. II. a) aa).

Elementare Grundlage einer besseren und schnelleren Versorgung ist ohne Zweifel eine ausreichende Anzahl von Ärztinnen und Ärzten, die sich für den Beruf des Hausarztes entscheiden und die Patienten primär versorgen und (weitere) diagnostische, therapeutische und pflegerische Maßnahmen koordinieren. Die zum Teil sehr guten Ansätze in den Bereichen der universitären Ausbildung (Stichwort: Masterplan Medizinstudium 2020, soweit die dort vorgesehenen Maßnahmen nun auch umgesetzt werden) und der spezifischen allgemeinärztlichen Weiterbildung (§ 75a SGB V) führen aber nur dann zum Erfolg, wenn die beruflichen Rahmenbedingungen so attraktiv und flexibel ausgestaltet werden, dass sich Ärztinnen und Ärzte nach Abschluss ihrer Weiterbildung dann auch für den Hausarztberuf entscheiden und diesen ausüben, gleich ob in einer Einzelpraxis, einer BAG, einem MVZ oder in Angestelltentätigkeit. Zu diesen attraktiven beruflichen Rahmenbedingungen gehört zweifelsohne auch eine „starke“ **Hausarztzentrierte Versorgung**, die für die Hausärztinnen und Hausärzte zwischenzeitlich nachgewiesenermaßen ein Garant für ein attraktives Arbeiten mit einem hohen Maß an Sicherheit und Planbarkeit ist und gleichsam eine verbesserte Patientenversorgung gewährleistet. Dies geht einher mit einer hohen Zufriedenheit der an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie ihrer Patienten. Die Ergebnisse der jüngsten Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung, die die AOK Baden-Württemberg ihren Versicherten seit rund 10 Jahren anbietet, belegen dies eindrucksvoll. Es lohnt sich, diese Versorgungsform weiter auszubauen und noch attraktiver zu machen, beispielsweise durch spezifische Tarifangebote der Krankenkassen und den weiteren Abbau von Hemmnissen, die zum Teil – immer noch – einer diskriminierungsfreien Umsetzung entgegenstehen.

Einzelne gesetzliche Regelungen, die die Hausarztzentrierte Versorgung betreffen, bedürfen daher weiterer Anpassung. Dies betrifft vor allem die notwendige Änderung einzelner Vorschriften im 4. Kapitel, 1. Abschnitt des SGB V, die bisher noch nicht dem Umstand Rechnung tragen, dass die Hausarztzentrierte Versorgung in § 73b SGB V (a) primär als „Vertrag zu dem die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet sind“ (§ 73b Abs. 4 S. 1 SGB V) und (b) sekundär als „Selektivvertrag“ (§ 73b Abs. 4 S. 3 SGB V) ausgestaltet ist.

Die Hausarztzentrierte Versorgung ist als Alternative zur gesamtvertraglichen Versorgung ein Garant für eine zukunftssichere hausärztliche Versorgung mit zufriedenen Hausärztinnen und Hausärzten sowie zufriedenen Patienten, die auf einem hohen Qualitätsniveau erstklassig versorgt werden und deren Versorgung ebenso erstklassig koordiniert wird.

Nach Maßgabe der vorstehenden allgemeinen Anmerkungen beschränkt sich die Stellungnahme im Besonderen Teil (B.) aus Gründen der besseren Übersicht und Lesbarkeit auf die Regelungsbereiche, die aus Sicht des Deutschen Hausärzteverbandes überprüft und geändert werden sollten.

Die Stellungnahme einschließlich Formulierungsvorschlägen gliedert sich in folgende Themenblöcke:

- I. Verbesserung der Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung in strukturschwachen und sogenannten ländlichen Regionen; Bedarfsplanung; MVZ**
- II. Weiterentwicklung von Finanzierungs- und Vergütungsregelungen**
- III. Vorgaben zur Vergabe und Übermittlung von Diagnoseschlüsseln**
- IV. Digitale Lösungen**
- V. Stärkung und Weiterentwicklung der Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V**

B. Besonderer Teil

I. Verbesserung der Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung in strukturschwachen und sogenannten ländlichen Regionen

a. Art. 15 – Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Auf gesetzliche Vorgaben zur Erhöhung der Anzahl der Sprechstunden und dem Angebot einer sogenannten offenen Sprechstunde – jeweils im Sinne einer Zulassungsvoraussetzung – sollte gänzlich verzichtet werden.

Auch wenn bereits untergesetzliche Vorgaben zum Vorhalten von (Mindest-)Sprechstunden (§ 17 Abs. 1a BMV – Ä) existieren, werden weitergehende gesetzliche Regelungen zum Mindestangebot von Sprechstunden als unangemessener und unverhältnismäßiger Eingriff in die freiberufliche Entscheidungshoheit der Hausärzte verstanden. Zudem werden hier Bereiche geregelt, die rechts- und versorgungssystematisch in die ureigene Zuständigkeit der gemeinsamen Selbstverwaltung gehören. Derartige „Bevormundungen“ werden nicht nur von den praktizierenden Hausärztinnen und Hausärzten als unzumutbar empfunden, sondern senden ein negatives Signal insbesondere an den hausärztlichen Nachwuchs aus. Die guten und vielversprechenden Ansätze in Gestalt der Maßnahmen des Masterplans Medizinstudium 2020, der Verbesserung der Förderung und Qualität der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin (§ 75a SGB V), etc. würden letzten Endes konterkariert, wenn die angehenden Hausärztinnen und Hausärzte berufliche Rahmenbedingungen vor Augen haben, die ihnen die Ausübung des Hausarztberufes verleiden.

Die Verpflichtung für Ärztinnen und Ärzte, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen, mindestens fünf Stunden in der Woche als offene Sprechstunde anzubieten, sollte hinsichtlich ihrer möglichen Auswirkungen auf die Effizienz und Qualität der Versorgung der Versicherten ebenfalls überdacht werden. Aus Sicht des Deutschen Hausärzteverbandes besteht hier die konkrete Gefahr der Förderung einer unkoordinierten Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen mit allen bekannten Nachteilen für die Versorgung der Patienten; von den Mehrkosten ganz abgesehen. Die Patienten werden zudem häufig frustriert zurückbleiben, weil sie nach stundenlangem Warten in der offenen Sprechstunde schließlich nicht behandelt werden (können) und auf einen neuen – wesentlich späteren – Termin „vertröstet“ werden (müssen). Diese Regelung hilft weder den Patienten noch den Vertragsärzten weiter.

II. Weiterentwicklung von Finanzierungs- und Vergütungsregelungen; Wirtschaftlichkeitsprüfungen

a. Art. I Nr. 43 und 44 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte (§ 87 SGB) u. Regionale Euro – Gebührenordnung. Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

aa) Art. I Nr. 43 c) – Überprüfung der Bewertung ärztlicher Leistungen

Die Überprüfung und Aktualisierung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM) hinsichtlich der Bewertung technischer Leistungen mit dem Ziel der Nutzung von Rationalisierungsreserven zur Förderung der „sprechenden Medizin“ ist nur im Ansatz zu begrüßen. Die geplanten Neuregelungen berücksichtigen nicht die Vereinbarungen im Koalitionsvertrag (4. Gesundheit und Pflege – ambulante Versorgung), wonach etwaige Rationalisierungsreserven (auch) zugunsten der hausärztlichen Versorgung verwendet werden sollen.

Unabhängig davon führt eine „Überprüfung“ allein noch nicht zu einer tatsächlichen Veränderung oder gar Verbesserung der Mittelverwendung. Deshalb ist es notwendig zu regeln, unter welchen Voraussetzungen „frei werdende Gelder“ – so dies überhaupt das Ergebnis einer Überprüfung der einschlägigen EBM-Regelungen sein sollte – zur Stärkung und Förderung der hausärztlichen Versorgung und „sprechenden Medizin“ bereitgestellt werden sollen.

bb) Art. I Nr. 43 d) – Vergütung ärztlicher Leistungen bei neuen Patienten und bei erfolgreicher Vermittlung von Facharztterminen

Wie bereits im Allgemeinen Teil der Stellungnahme (A.) ausgeführt, ist es zwingend erforderlich, dass zur Förderung der Akutbehandlungen in der hausärztlichen Versorgung der Bewertungsausschuss beauftragt wird, auch einen Zuschlag in den einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufzunehmen, mit dem das Vorhalten, die ständige Bereitschaft und die Durchführung von Leistungen während der Terminsprechstunde zugunsten von Patienten mit akutem Behandlungsbedarf und ohne vorherige Terminvereinbarung, angemessen honoriert werden. Erklären sich die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte schriftlich gegenüber ihrer Kassenärztlichen Vereinigung bereit, Versicherte in Akutfällen während der Sprechstundenzeit ohne vorherige Anmeldung zu untersuchen und zu behandeln, sollten sie dafür einen Zuschlag auf die jeweilige versorgungsbereichsspezifische Pauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages erhalten. Es kann nicht sein, dass Gebietsärzten Leistungen in offenen Sprechstunden zusätzlich vergütet werden und Hausärzte, die diese Leistungen bzw. dieses Angebot de facto Tag für Tag bereithalten, anbieten und erbringen, dafür keine Vergütung erhalten.

Damit gesetzlich Versicherte schneller einen Termin beim Facharzt erhalten, soll der Hausarzt einen Zuschlag in Höhe von mindestens 10 Euro erhalten, wenn er erfolgreich einen Behandlungstermin zum Facharzt vermittelt. Die Vergütungshöhe von mindestens 10 Euro orientiert sich an bewährten Vereinbarungen in einzelnen KV-Bezirken, wie z. B. in Sachsen-Anhalt. Die Vergütung der erfolgreichen Vermittlung eines Facharzttermins, die mehr ist als nur ein Telefonanruf, in Höhe von mindestens 5 Euro, ist eine Geringschätzung der hausärztlichen Tätigkeit. Wir bitten insoweit um Prüfung und Berücksichtigung des folgenden Änderungsvorschlages:

In Artikel 1 Nummer 43 wird Buchstabe d wie folgt gefasst:

d) Absatz 2b Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Mit Wirkung zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] sind in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen folgende Zuschläge auf die jeweiligen Versichertenpauschalen aufzunehmen:

- 1. ein einmaliger Zuschlag in Höhe von mindestens 25 Prozent der jeweiligen Versichertenpauschale, für den Fall, dass die Leistungen gegenüber Patienten erbracht werden, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals untersucht und behandelt werden oder die mindestens vier Jahre nicht in der jeweiligen Arztpraxis untersucht und behandelt wurden, sowie*
- 2. ein Zuschlag auf die versorgungsbereichsspezifische Pauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages in Höhe von mindestens 15 Prozent für den Fall, dass die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte schriftlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung erklären, Versicherte in Akutfällen während der Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung zu untersuchen und zu behandeln, sowie*
- 3. ein Zuschlag in Höhe von mindestens zehn Euro für die erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2.“*

III. Art. I Nr. 99 – § 295 Abs. 4 – Vorgaben zur Vergabe und Übermittlung von Diagnoseschlüsseln

Zunächst bestehen erhebliche Bedenken, ob man die Thematik der Vergabe und Übermittlung von Diagnoseschlüsseln nach den Diskussionen der letzten Jahre und Monate mit einem „schlanken“ Absatz in § 295 SGB V vorschnell regeln sollte, zumal eine grundlegende Reform des Risikostrukturausgleichs angekündigt ist (Eckpunkte hierfür liegen vor).

Aufgrund der Wechselwirkungen der Verpflichtung von Vertragsärzten nach § 295 Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB V mit der Berücksichtigung dieser Angaben bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds bzw. der Durchführung des damit einhergehenden Risikostrukturausgleiches muss jedenfalls eine Lösung gefunden werden, die sicherstellt, dass Vertragsärzte nicht weiterhin in die Ecke „manipulationsanfälliger Helfer einzelner Krankenkassen“ gerückt werden. Vertragsärzte versorgen ihre Patienten und beschäftigen sich nicht mit der Überlegung, ob die eine oder andere Diagnose für die eine oder andere Krankenkasse mehr oder weniger Geld bringt. Das ist vollkommen abwegig und hat mit dem Versorgungsalltag in den Praxen und MVZ schlichtweg nichts zu tun.

Erneut und völlig abwegig ist demnach auch der in der Gesetzesbegründung versteckte Vorwurf der Manipulationsanfälligkeit von Vertragsärzten, anders jedenfalls kann die

Aussage, dass mit den angestrebten Neuregelungen zu Kodiervorgaben die „Manipulationsresistenz gestärkt werden soll“, nicht verstanden werden.

Hinzu kommt, dass in diesem Zusammenhang auch der Frage nachgegangen werden sollte, ob im hausärztlichen Bereich eine Diagnoseverschlüsselung nach ICPC-2 (International Classification of Primary Care) geeigneter wäre als eine Verschlüsselung nach ICD - 10. In der hausärztlichen Versorgung kommen beispielsweise die Patienten häufig mit unspezifischen Beschwerden, Ängsten und Fragen. Viele Beratungsanlässe erreichen nie den Status einer Diagnose. Eine nicht unerhebliche und wichtige Aufgabe der Hausarztmedizin ist es ja gerade, nach dem Ausschluss eines abwendbar gefährlichen Verlaufs abwartend offenzulassen, ob eine abschließende Diagnose überhaupt erforderlich ist oder nicht. Häufig klingen die Beschwerden, ohne den Einsatz zum Teil belastender Untersuchungen, auch nach unspezifischen Maßnahmen wieder ab. Hausarztmedizin ist also primär nicht diagnose-, sondern symptomorientiert, dies zum Teil auch aus dem Grund, dass am Beginn einer Erkrankung die Symptome vielschichtig und mehrdeutig sein können (sog. unausgelesenes Krankengut). Das Stellen einer Diagnose ist in frühen Stadien oft noch gar nicht möglich. ICPC-2 trägt alledem Rechnung, ICD-10 nicht.

Soweit es dennoch dem Grunde nach bei dem in dem Regierungsentwurf enthaltenen Regelungsansatz bleiben sollte, ist die geplante Neuregelung zumindest dahingehend einzuschränken, dass Gegenstand der von der KBV durchzuführenden Zertifizierung grundsätzlich nicht die Software, Softwareteile und Komponenten sein dürfen, soweit sie im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V zur Anwendung kommen. Wäre dies der Fall, widerspräche dies eindeutig der Systematik der Hausarztzentrierten Versorgung als alternative und eigenständige Versorgungsform und den Grundsätzen eines fairen und diskriminierungsfreien Wettbewerbs. Ausreichend und akzeptabel wäre es in dem vorliegenden Regelungskontext, wenn eine (wettbewerblich) neutrale Stelle (z. B. TÜV) prüft und bestätigt, dass die vertragspezifischen Softwarelösungen (Vertragssoftware, Teile der Vertragssoftware und Komponenten), die in der Hausarztzentrierten Versorgung zur Anwendung kommen (sollen), die Vorgaben nach dem neuen Abs. 4 Satz 3 gesetzeskonform umsetzen. Mehr nicht!

Sollte gleichwohl die KBV mit der vorgenannten Prüfung und Bestätigung beauftragt werden, ist zu gewährleisten, dass an dem Verfahren zur Überprüfung der gesetzeskonformen Umsetzung der Vorgaben des neuen Abs. 4 Satz 3 in jedem Fall *die für die Wahrnehmung der Interessen der an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte maßgeblichen Spitzenorganisation* beteiligt wird.

IV. Digitale Lösungen

a) Art. I Nr. 96 – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur (§ 291a SGB V)

Die vorgeschlagenen Änderungen werden begrüßt, laufen aber ohne zusätzliche Maßnahmen ins Leere. Deshalb wird angeregt eine Systematik zu etablieren, die gewährleistet, dass die

Daten aus den verschiedenen Datenquellen (z. B. AIS, KIS, ASV-Akten, Apotheker, Kommunikationsplattformen, Telemedizin-Apps) in einer normierten, sicheren Akte als Sammelstelle gespeichert werden. Zusätzliche Aktenkonzepte würden nur zu ewigen Abstimmungen zwischen den Akteuren führen (gematik!) und laufen Gefahr, an den Sektorengrenzen zu scheitern (§ 291d SGB V). Zwingend ist aber auch, dass in einem zweiten Schritt die bisherigen, völlig unzureichenden Bestimmungen zu offenen Schnittstellen (§ 291d SGB V) und Interoperabilität (§ 291e SGB V) stark überarbeitet werden, sonst werden die Akten nicht befüllt und genutzt.

b) Art. I Nr. 97 – Gesellschaft für Telematik – § 291b SGB V

Die Verpflichtung der Gesellschaft für Telematik (gematik), die funktionalen Anforderungen, die Sicherheitsanforderungen und das Zulassungsverfahren nach § 291a Abs. 5 S. 9 SGB V im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnologie (BSI) festzulegen, erleichtert theoretisch den Zulassungsprozess für die Anbieter. Dies gilt allerdings nur dann, wenn die gematik und ihre Gesellschafter, anders als bisher (Konnektor!), keine eigenen, proprietären Anforderungen bzw. Spezifikationen definieren. Stattdessen muss sich die Zulassungstätigkeit der gematik konsequent an branchenübergreifenden, dem Stand der Technik entsprechenden Sicherheitsanforderungen orientieren. Zudem sollte der gematik die Möglichkeit eingeräumt werden, sich analog dem BSI externer Zertifizierungsorganisationen (z. B. TÜV) zu bedienen. Die letzten beiden Punkte sollten zumindest in der Gesetzesbegründung festgeschrieben werden.

V. Stärkung der Hausarztzentrierten Versorgung - § 73b Abs. 4 S. 1 SGB V

a. Art. I Nr. 27 - Wahltarife - § 53 Abs. 3 SGB V

Seit dem GKV-VSG haben die Krankenkassen für besondere Versorgungsformen spezifische Tarifgestaltungen anzubieten. Dies betrifft Modellvorhaben, die Hausarztzentrierte Versorgung, Tarife mit Bindung an bestimmte Leistungserbringer, DMP und die besondere Versorgung. Zur weiteren Stärkung der Hausarztzentrierten Versorgung und als Anreiz für die Versicherten, sich für eine freiwillige primärärztliche Versorgung zu entscheiden, sollen spätestens ab dem 01.07.2019 die Krankenkassen besondere Tarife für die Hausarztzentrierte Versorgung, z. B. mit Prämienzahlungen oder Zuzahlungsbefreiungen, vorsehen. Wir bitten insoweit um Prüfung und Berücksichtigung des folgenden Änderungsvorschlages:

In Artikel 1 Nummer 27 wird Buchstabe a) wie folgt gefasst:

a) § 53 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

1. In Satz 1 wird die Angabe „§ 73b“ gestrichen.

2. Nach Satz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Für Versicherte, die an der Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b teilnehmen, hat die Krankenkasse spätestens ab dem 01. Juli 2019 in ihrer Satzung Tarife anzubieten, die eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen vorsehen.“

Artikel 1 Nummer 27 Buchstaben a) und b) werden zu Artikel 1 Nummer 27 Buchstaben b) und c).

b) Art. 1 Nr. 33 a – Beitragssatzstabilität - § 71 Abs. 6 SGB V

Die Regelungen zu aufsichtsrechtlichen Maßnahmen nach § 71 Abs. 6 SGB V bedürfen einer Korrektur, da die derzeitige Regelung nicht berücksichtigt, dass die Hausarztzentrierte Versorgung zwei grundsätzlich unterschiedliche Vertragsformen vorsieht: primär einen Vertrag, zu dem die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet sind (Abs. 4 S. 1) und sekundär einen Vertrag, den die Krankenkassen selektiv schließen können (Abs. 4 S. 3). Die aufsichtsrechtlichen Verfahren und Maßnahmen bei erheblicher Rechtsverletzung durch bestimmte Regelungen in Verträgen nach Abs. 4 S. 1 müssen dem Gedanken eines gesetzlich verpflichtenden Vertrages ebenso Rechnung tragen wie auch der besonderen Rechtsposition der Gemeinschaften (Abs. 4 S. 1.), die rechtlich als Drittbetroffene einzuordnen sind. Rechtsbehelfe müssen regelhaft aufschiebende Wirkung haben; im Zweifel müssen die Aufsichtsbehörden den sofortigen Vollzug der Maßnahme anordnen.

Schließlich sind die Regelungen aus dem HHVG zu Diagnosevorschlägen in elektronischer oder maschinenlesbarer Form auf das zurückzuführen, was sie bereits seit dem HHVG bestimmen sollten, nämlich ein Verbot von konkreten Vorgaben, welche Diagnosen von Ärztinnen und Ärzten im Einzelfall vergeben, dokumentiert und übermittelt werden sollen. Zulässig bleiben demnach allgemeine Übersichten zu Diagnosen und Diagnoseschlüsseln (ICD-10 – GM) in elektronischer oder maschinenlesbarer Form, die nichts anderes darstellen als eine Arbeits- und Orientierungshilfe im Praxisalltag. Derartige Übersichten enthalten keine Manipulationsanreize, wie immer wieder behauptet. Im Sinne der vorstehenden Überlegungen sind auch etwaige weitere Änderungen der mit dem HHVG in das SGB V eingearbeiteten Regelungen, wie z. B. § 73b Abs. 5 Satz 7 SGB V, anzupassen. Mögliche weitere Änderungen (auf der Grundlage von Änderungsanträgen), die auf pauschalen Annahmen und Vermutungen beruhende Verbotsregelungen enthalten und dadurch in unzulässiger Weise in die Vertragshoheit der Vertragspartner eingreifen, sind bereits an dieser Stelle abzulehnen. Wir bitten aber zunächst um Prüfung und Berücksichtigung der folgenden Änderungsvorschläge:

§ 71 wird wie folgt geändert:

a) In Abs. 6 werden die Sätze 1 und 2 wie folgt neu gefasst:

„Verletzen Regelungen in Verträgen nach §§ 64, 73b Abs. 4 S. 3 und 140a das Recht erheblich, kann die Aufsichtsbehörde abweichend von § 89 Absatz 1 Satz 1 und 2 des Vierten Buches alle Anordnungen treffen, die für eine sofortige Behebung der jeweiligen Rechtsverletzung

geeignet und erforderlich sind. Sie kann gegenüber der Krankenkasse insbesondere anordnen, den Vertrag dafür zu ändern.“

b) In Abs. 6 werden die Sätze 3 und 7 gestrichen. Die Sätze 4 bis 6 werden zu den Sätzen 3 bis 5 und die Sätze 8 bis 10 werden zu den Sätzen 6 bis 8.

Satz 7 wird wie folgt neu gefasst:

„Vorgaben, Vorschläge und Darstellungen in elektronischer oder maschinell verwertbarer Form, die geeignet sind und nachweisbar dazu dienen sollen, Ärzte bei der Erfüllung ihrer Verpflichtungen nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, Satz 2, Absatz 1b Satz 1 zur Vergabe, Dokumentation und Übermittlung unrichtiger Diagnosen zu veranlassen, dürfen nicht Gegenstand von Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern sein.“

b) Nach § 71 Abs. 6 wird folgender Absatz 7 angefügt:

„(7) Verletzen Regelungen in einem Vertrag nach § 73b Abs. 4 Satz 1 das Recht erheblich, kann die Aufsichtsbehörde abweichend von § 89 Abs. 1 Satz 1 und 2 des Vierten Buches alle Anordnungen treffen, die für eine sofortige Behebung der jeweiligen Rechtsverletzung geeignet und erforderlich sind. Absatz 6 Sätze 3 bis 5 und Satz 7 gelten entsprechend. Vor der Anordnung von Maßnahmen nach den Sätzen 1 und 2 sind die Gemeinschaften nach § 73b Abs. 4 Satz 1 anzuhören und ihnen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Vor der Anordnung von Maßnahmen durch die Aufsichtsbehörde des Bundes ist zusätzlich die für Wahrnehmung der Interessen der an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte maßgebliche Spitzenorganisation anzuhören. Anordnungen nach den Sätzen 1 und 2 sind den Gemeinschaften nach § 73 Abs. 4 Satz 1 zum Zeitpunkt der Zustellung an die Krankenkassen bekannt zu machen.“

c) Art. 1 Nr. 34 –Hausarztzentrierte Versorgung - § 73b SGB V

Bei Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung handelt es sich um eine Versorgungsform, die die Krankenkassen ihren Versicherten anzubieten haben. Die Krankenkassen sind verpflichtet, Verträge nach Absatz 4 Satz 1 mit Gemeinschaften von Allgemeinärzten abzuschließen. Zur Vermeidung von Versorgungslücken und zur Schaffung von Rechtssicherheit soll für den Fall der Kündigung eines Vertrages nach § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V durch eine Vertragspartei eine dem § 89 Abs. 1 Satz 4 SGB V entsprechende Regelung nachgebildet werden. Insoweit bitten wir um Prüfung und Berücksichtigung des folgenden Änderungsvorschlages:

b) Artikel 1 Nummer 34 wird Buchstabe b wie folgt gefasst:

In § 73b Abs. 4a werden nach Satz 5 folgende Sätze angefügt:

„Kündigt eine Vertragspartei einen Vertrag nach Absatz 4 Satz 1, hat die Krankenkasse die Kündigung der für sie zuständigen Aufsichtsbehörde schriftlich mitzuteilen. Kommt bis zum



Ablauf eines Vertrages nach Absatz 4 Satz 1 ein neuer Vertrag nicht zustande, kann die Gemeinschaft die Einleitung eines Schiedsverfahrens nach Absatz 4 Satz 2 beantragen; die Sätze 1 bis 5 gelten entsprechend. Bis zum Abschluss eines neuen Vertrages oder der Festlegung eines neuen Vertragsinhaltes durch die Schiedsperson gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages nach Absatz 4 Satz 1 vorläufig weiter.“

Artikel 1 Nummer 34 Buchstabe b) wird zu Artikel 1 Nummer 34 Buchstabe c).

Eine Ergänzung unserer Stellungnahme – insbesondere im Rahmen der am 16. Januar 2019 stattfindenden mündlichen Anhörung – bleibt ausdrücklich vorbehalten.

Ansprechpartner:

Deutscher Hausärzteverband e.V., Edmund-Rumpler-Straße 2, 51149 Köln, www.hausaerzteverband.de
Bundesvorsitz: ulrich.weigeldt@hausarztverband.de, ☎ 030 88714373-30,
Geschäftsführung und Justizariat: joachim.schuetz@hausarztverband.de, ☎ 02203 5756-1059.