

Geschäftsführung

Bundesministerium für Gesundheit	
Berlin	
Eing.:	10. Aug. 2018
Anlg.:	
	2

Bundesverband Geriatrie e.V. Reinickendorfer Straße 61 • 13347 Berlin

An das
Bundesministerium für Gesundheit
z.H. Herrn Dr. Ulrich Orlowski
Leiter Abteilung 2
11055 Berlin

Vorab per Email an:
ulrich.orkowski@bmg.bund.de

08.08.2018

Stellungnahme des Bundesverbandes Geriatrie zum Entwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes – TSVG

Sehr geehrter Herr Dr. Orlowski,
sehr geehrte Damen und Herren,

in der Anlage übersenden wir Ihnen die Stellungnahme des
Bundesverbandes Geriatrie zum geplanten Terminservice- und
Versorgungsgesetz.

Wir begrüßen die Einführung eines sektorenübergreifenden
Schiedsgremiums. Durch die bisher fehlende Einbeziehung der
medizinischen Rehabilitation sehen wir die sektorenübergreifende
Ausgestaltung als unzureichend an. Somit ergibt sich entsprechender
Ergänzungsbedarf.

Wie würden uns freuen, wenn wir die Möglichkeit erhalten, an der in der
zweiten Augushälfte geplanten Fachanhörung teilnehmen zu können.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen selbstverständlich gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen


Dirk van den Heuvel



**BUNDESVERBAND
GERIATRIE**

Geschäftsstelle

Reinickendorfer Straße 61
13347 Berlin

Fon +49 30 339 88 76-10
Fax +49 30 339 88 76-20
[geschaeftsstelle@
bv-geriatrie.de](mailto:geschaeftsstelle@bv-geriatrie.de)

Geschäftsführung

RA Dirk van den Heuvel

Eingetragen in das
Vereinsregister Berlin
VR 24589 B
St.-Nr. 27/620/62604

VORSTAND

Vorstandsvorsitzender
Amgar Veer
Diplom-Kaufmann
Lingen/Ems

Stv. Vorstandsvorsitzender
Dr. med. Michael Musolf
Hamburg

Agnes Hartmann
Diplom-Informatikerin/
Betriebswirtin
Hofgeismar

Dr. med. Eric Hilf
Berlin

Dr. med. Michael Jamour
Ehingen

Andrea Kuphal, LL.M.
Diplom-Pflegewirtin (FH)
Radeburg

Dr. med. Ariane Zinke
Ludwigshafen

Stellungnahme des Bundesverbandes Geriatrie zum
Referentenentwurf
Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG
vom 23. Juli 2018

1) Stellungnahme zu Nummer 46 (Einfügung eines § 89a SGB V):

Der Bundesverband Geriatrie begrüßt die Einführung eines neuen, sektorenübergreifenden Schiedsgremiums, sowohl auf Landes- wie auch auf Bundesebene.

Allerdings wird das Gremium der im Titel normierten Aufgabe in der jetzt angedachten Konstellation nicht gerecht. Zu einer sektorenübergreifenden Ausgestaltung des Gremiums fehlt die Einbindung der Rehabilitation. Neben der Versorgung durch niedergelassene Vertragsärzte und der voll- sowie teilstationären Versorgung durch Krankenhäuser bildet die ambulante sowie stationäre Rehabilitation einen weiteren, eigenständigen im Gesetz (§40 SGB V) normierten Versorgungssektor. Es ist daher notwendig, auch diesen Sektor in einem Gremium zur Gestaltung von Regelungen der sektorenübergreifenden Versorgung strukturell abzubilden und regelhaft einzubinden. Anderenfalls entspricht die Regelung des § 89a nicht der Gesetzeslage und ist zudem nicht sachgerecht.

Dies macht mehrere Änderungen bzw. Ergänzungen des § 89a notwendig:

- Das Schiedsgremium muss um Vertreter der medizinischen Rehabilitation ergänzt werden. Aktuell gibt es im Bereich der medizinischen Rehabilitation keinen Dachverband oder übergreifende Arbeitsgemeinschaften, in der alle maßgeblichen Trägerverbände zusammengeschlossen sind. Aktuell findet die Abbildung dieses Versorgungssektors punktuell im SGB V über die Einbindung der für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände statt. Somit ist entweder das sektorenübergreifende Schiedsgremium zusätzlich mit Vertretern dieser maßgeblichen Verbände zu besetzen oder alternativ könnte der Gesetzgeber eine Verpflichtung zur Bildung eines Dachverbandes bzw. Arbeitsgemeinschaft der für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände normieren. Damit wäre vergleichbar der anderen in § 89a Abs. 1 bzw. 2 SGB V genannten Mitglieder des Schiedsgremiums eine einzelne Institution Mitglied des Gremiums.
- In der Gesetzesbegründung zu § 89a wird sehr deutlich und nachvollziehbar dargestellt, dass mit der geplanten 2/3 Mehrheit bei 8 Gremiumsmitglieder eine sachgerechte Wahrung der Interessen aller Vertragsparteien angestrebt wird. Die in der Begründung dargestellten Ziele werden seitens des Bundesverbandes Geriatrie

nachdrücklich unterstützt, sodass auch nach Erweiterung des Gremiums um Vertreter der Rehabilitation ein vergleichbares Stimmenverhältnis gegeben sein muss.

- Sonderregelungen wie in § 40 Absatz 2 SGB V können entfallen, da das sektorenübergreifende Schiedsgremium zukünftig wirklich sektorenübergreifend besetzt ist und somit die Rehabilitation ein regelhaftes Mitglied des Gremiums ist.

Die konkrete Gesetzesformulierung hängt von der Entscheidung ab, ob eine Verpflichtung zur Bildung eines Dachverbandes bzw. Arbeitsgemeinschaft dieser Verbände normiert werden soll oder zumindest die Vertreter der maßgeblichen Verbände im Gremium beteiligt sein sollen

Sofern auf Landes- und Bundesebene Arbeitsgemeinschaften (Variante 1a) oder entsprechende Dachverbände (Variante 1b) gebildet werden sollen, sind folgende Änderungen notwendig:

§ 89a Absatz 1 ist wie folgt zu ändern:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Landeskrankenhausgesellschaften oder die Vereinigung der Krankenhausträger im Land *und (Variante 1a:) die Arbeitsgemeinschaft der für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Landesebene / (Variante 1b:) die Landesrehabilitationsgesellschaft* bilden für jedes Land ein sektorenübergreifendes Schiedsgremium.“

§ 89a Absatz 2 ist wie folgt zu ändern:

„Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, ~~und~~ die Deutsche Krankenhausgesellschaft *und (Variante 1a:) die Arbeitsgemeinschaft der für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene / (Variante 1b:) der Spitzenverband der Rehabilitationsverbände* bilden ein sektorenübergreifendes Schiedsgremium.“

§ 89a wird um einen Absatz 13 ergänzt:

Die für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Landes- bzw. Bundesebene bilden in jedem Bundesland bzw. auf Bundesebene eine (Variante 1a:) Arbeitsgemeinschaft. / (Variante 1b:) eine Landesrehabilitationsgesellschaft bzw. auf Bundesebene eine Deutsche Rehabilitationsgesellschaft.

Sollte auf die Bildung von Arbeitsgemeinschaften bzw. von Dachverbänden verzichtet werden, dann sind zumindest folgende Änderungen notwendig:

§ 89a Absatz 1 ist wie folgt zu ändern:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die

Ersatzkassen sowie die Landeskrankenhausgesellschaften oder die Vereinigung der Krankenhausträger im Land *und die für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Landesebene* bilden für jedes Land ein sektorenübergreifendes Schiedsgremium.“

§ 89a Absatz 2 ist wie folgt zu ändern:

„Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, ~~und~~ die Deutsche Krankenhausgesellschaft *und die für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene* bilden ein sektorenübergreifendes Schiedsgremium.“

Zudem muss § 89a Absatz 5 wie folgt geändert werden:

„Die sektorenübergreifenden Schiedsgremien nach den Absätzen 1 und 2 bestehen aus je *zwei vier* Vertretern der Ärzte, der Krankenkassen und der zugelassenen Krankenhäuser bzw. *Rehabilitationseinrichtungen* sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und einem weiteren unparteiischen Mitglied. Für jedes Mitglied gibt es zwei Stellvertreter. Die Amtsdauer der Mitglieder beträgt vier Jahre. Die Vertreter und Stellvertreter werden durch die Organisationen, die das Schiedsgremium bilden, bestellt. Kommt eine Bestellung durch die Organisationen nicht zustande, bestellt nach Fristsetzung die Aufsichtsbehörde die Vertreter und Stellvertreter.“

2) Stellungnahme zu Nummer 21 (Änderung § 40 Abs. 2 SGB V):

Der Bundesverband Geriatrie begrüßt ausdrücklich, dass zukünftig das Schiedsverfahren im Bereich der Vereinbarung zum Entlassmanagement im Rehabilitationsbereich einem sektorübergreifenden Schiedsgremium zugeordnet wird. Die bisherige Regelung war für den Bereich der Rehabilitation nicht sachgerecht. Gleichwohl erscheinen die jetzt im Referentenentwurf fixierten Regelungen ebenfalls nicht ausreichend, um die besondere Situation im Bereich der medizinischen Rehabilitation sachgerecht abzubilden.

Wie oben im Rahmen der Stellungnahme zu Nummer 46 (§89a) dargestellt, muss das sektorenübergreifende Schiedsgremium regelhaft um Vertreter der medizinischen Rehabilitation ergänzt werden. Damit ist eine „Sonderregelung“ hinsichtlich der Besetzung des Gremiums im Rahmen des § 40 Abs. 2 SGB V hinfällig.

Für den Fall, dass die Änderung zu Nummer 46 (§89a) nicht aufgegriffen werden, sind aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie im Rahmen des § 40 Abs. 2 SGB V Änderungen notwendig, die eine sachgerechte temporäre Abbildung der Rehabilitation zumindest in Verfahren gemäß Absatz 2 sicherstellen.

Für diesen Fall nimmt der Bundesverband Geriatrie wie folgt Stellung:

Der Gesetzesentwurf legt fest, dass zukünftig das sektorenübergreifende Schiedsgremium im Falle eines Verfahrens nach § 40 Abs. 2 SGB V anstelle der Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit Vertretern der für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene besetzt wird.

Aktuell werden mehr als zehn Verbände als maßgebliche Verbände auf Bundesebene in diesem Bereich angesehen. Somit ist die Situation deutlich anders, als im Krankenhausbereich, in dem mit der DKG ausschließlich eine Organisation als Vertretung der Einrichtungen besteht. Es erscheint daher wenig sachgerecht, wenn für diese Anzahl an Verbänden ausschließlich 2 Plätze im Schiedsgremium vorgesehen sind, insbesondere da es im Rahmen der aktuellen Gesetzeslage im erweiterten Bundesschiedsamt zumindest 4 Plätze sind.

In der Gesetzesbegründung wird sehr deutlich darauf abgestellt, dass die Akzeptanz des Gremiums ein wichtiger Aspekt für die Neugestaltung des Konfliktlösungsmechanismus und die „Ablösung“ des erweiterten Bundesschiedsamtes war. Zudem sollen Entscheidungen der Aufsichtsbehörden möglichst vermieden werden. Mit der jetzt normierten Besetzungsregelung erscheinen beide Ziele kaum erreichbar zu sein. So entscheidet gemäß Absatz 5 ggf. die Aufsichtsbehörde über die Besetzung des Schiedsgremiums. Dies erscheint angesichts der Zielsetzung wenig zielführend.

Es ist daher sinnvoll, im Falle eines Verfahrens nach § 40 Abs. 2 SGB V die Anzahl der Vertreter für alle beteiligten Schiedsgremienparteien – Ärzte, Krankenkassen und Rehabilitationseinrichtungen – auf jeweils 4 anzuheben. Eine Zwei-Drittelmehrheit wäre dann bei 10 Stimmen gegeben, sodass die im Rahmen der Gesetzesbegründung näher dargestellten Überlegungen zur sachgerechten Wahrung der Interessen aller Vertragsparteien bestehen bleiben.

Zudem handelt es sich bei den verschiedenen maßgeblichen Verbänden um eigenständige Institutionen. Somit behindert eine zu enge personelle Besetzung auch eine eventuelle Kompromissfindung im Rahmen der Schiedsgremiumssitzung. Sofern von den überparteilichen Mitgliedern des Gremiums in der Verhandlung ein entsprechender Kompromiss vorgeschlagen wird, müssen die Vertreter der Leistungserbringerverbände nicht nur für die eigene Institution den Vorschlag bewerten und ggf. zustimmen, sondern dies auch für die Verbände, die nicht selbst bei der Verhandlung zugegen sind. Neben dem grundsätzlichen Problem einer rechtlichen Verbindlichkeit wird die Bewertung durch die Vertreter umso schwieriger, je weniger Verbände durch einen eigenen Vertreter direkt beteiligt sind. Dies spricht ebenfalls für eine entsprechende Erhöhung der Vertreterzahl im Schiedsgremium.

Somit sollte § 40 Abs. 2 um folgenden Satz ergänzt werden: *„Das sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a SGB V wird zudem auf jeweils vier Vertreter von Ärzten, Krankenkassen und Vertretern der für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene erweitert.“*

3) Stellungnahme zu Nummer 61 (§ 118a Abs. 2 Satz 2):

Der Bundesverband begrüßt die Übertragung der Streitfälle auf das neue sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a. Das Schiedsgremium sollte jedoch sachgerecht besetzt sein. § 118a SGB V zielt auf eine Verbesserung der geriatricspezifischen Versorgung ab. Daher ist es dringend erforderlich, dass entsprechende fachliche Expertise in ein mögliches Schiedsverfahren einfließt, damit eine sachgerechte und fachlich sinnvolle Schiedsentscheidung getroffen werden kann.

Dazu sollte der folgende Satz an den neuen § 118 Abs. 2 SGB V angefügt werden: *„Anstelle der Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft wird dabei das sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a mit Vertretern des Bundesverbandes Geriatrie besetzt.“*

Begründung:

In Absatz 1 werden Geriatrische Fachkrankenhäuser, Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen geriatrischen Abteilungen, geriatrische Rehabilitationskliniken und dort angestellte Ärzte sowie Krankenhausärzte als Institutionen benannt, die vom Zulassungsausschuss zu einer strukturierten und koordinierten ambulanten geriatrischen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden können.

Es geht somit um fachlich-inhaltliche bzw. strukturelle Fragen der geriatricspezifischen Versorgung. Im Sinne einer sachgerechten Entscheidung ist es wichtig, dass die entsprechenden fachlichen Zusammenhänge bekannt und in die Entscheidung mit einfließen können.

Die genannten Institutionen sind im Bundesverband Geriatrie zusammengeschlossen. Er ist als Trägerverband der sachgerechte Vertreter der Einrichtungen und verfügt zugleich über das entsprechende Fachwissen im Bereich der geriatricspezifischen Versorgung.

Zudem vertritt die Deutsche Krankenhausgesellschaft laut Satzung ausschließlich Krankenhausträger bzw. entsprechende Zusammenschlüsse. In Absatz 1 sind jedoch explizit auch geriatrische Rehabilitationseinrichtungen als mögliche Institutionen die ermächtigt werden können genannt. Somit ist es geboten, das Schiedsgremium mit einer Trägervertretung zu besetzen, die gemäß ihrer Satzung sowohl Krankenhäuser als auch Rehabilitationseinrichtungen aufnehmen kann und entsprechend die Interessen beider Einrichtungsarten vertritt.