

Bleibtreustraße 24

10707 Berlin

Telefon 030 88714373-30

Telefax 030 88714373-40

Edmund-Rumpler-Straße 2

51149 Köln

Telefon 02203 5756-0

Telefax 02203 5756-7000

www.hausaerzterverband.de

Stellungnahme des Deutschen Hausärzterverbandes e.V.

zum Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

für ein Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Köln/Berlin, im August 2018

A. Vorbemerkung:

Der Referentenentwurf enthält einige gute Ansätze zur schnelleren und besseren Versorgung von Patienten. Die Weiterentwicklung der Aufgaben von Terminservicestellen, Vergütungszuschläge und Mehrvergütungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen, Überprüfungspflichten des Bewertungsausschusses zur besseren Vergütung der hausärztlichen und sprechenden Medizin sowie die Weiterentwicklung von Einrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der dort einzurichtende Strukturfonds, sind **im Grundsatz** zu begrüßen. Dies gilt grundsätzlich auch für die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung und die Konkretisierung digitaler Versorgungselemente.

Wenig zielführend, insbesondere mit Blick auf den hausärztlichen Nachwuchs, sind die in der Tendenz zunehmenden Eingriffe in die Berufsausübung. Gesetzliche Vorgaben, die die Ausübung des (Haus-)Arztberufs in der Weise einschränken, dass sie die Gestaltung der eigenen Praxisorganisation und die Arbeitsabläufe in der Hausarztpraxis – zumindest in Teilen – einengen, müssen hinterfragt und überprüft werden. Auch wenn Hausbesuche auf die Sprechstundenzeiten angerechnet werden sollen, sind die gesetzlichen Vorgaben zur Erhöhung der Mindestsprechstundenzahl ein negatives Signal für diejenigen, die sich als Hausärzte niederlassen wollen. Nachzuhalten sind derartige Regelungen ohnehin nicht, da noch nicht einmal – rechtssicher – definiert ist, was eine „Sprechstunde“ ist.

Maßnahmen, die gerade bei jungen Ärztinnen und Ärzten die Bereitschaft zur Niederlassung/Zulassung zur hausärztlichen Versorgung in strukturschwachen und ländlichen Regionen fördern bzw. erhöhen, fehlen in dem Entwurf gänzlich, wären aber als flankierende Maßnahmen zu den guten Instrumenten aus dem Masterplan Medizinstudium 2020 und dem neuen Förderprogramm für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin (§ 75a SGB V) dringend notwendig (vgl. hierzu auch unter II. a.).

Die nachfolgende Stellungnahme beschränkt sich aus Gründen der besseren Übersicht und Lesbarkeit auf die Regelungsbereiche, die aus diesseitiger Sicht überprüft und geändert werden sollten.

Dabei gliedert sich die Stellungnahme in folgende vier Themenblöcke:

- I. Weiterentwicklung der Terminservicestellen – schnellere Terminvergabe für Versicherte in der GKV**
- II. Verbesserung der Sicherstellung der (wohnortnahen) Versorgung in strukturschwachen und sog. ländlichen Regionen; Bedarfsplanung; MVZ**
- III. Weiterentwicklung von Finanzierungs- und Vergütungsregelungen**
- IV. Weiterentwicklung digitaler Lösungen**

B. Stellungnahme

I. Weiterentwicklung der Terminservicestellen – schnellere Terminvergabe für Versicherte in der GKV

a. Art. I Nr. 32 – Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung (§ 73 SGB V)

Die Vermittlung eines aus medizinischen Gründen **dringend erforderlichen Facharzttermins** gehört zum Standard einer qualitätsgesicherten hausärztlichen Versorgung, und es ist kaum vorstellbar, dass ein Hausarzt seine Patienten sich selbst überlässt, wenn sie dringend fachärztlicher Versorgung bedürfen, andernfalls in der Regel ein Haftungstatbestand vorliegen würde. Die Neuregelung in § 73 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 SGB V ist deshalb als klarstellende bzw. konkretisierende Regelung zu verstehen.

Zur Frage der Vergütung des mit der Vermittlung verbundenen Mehraufwandes wird unter III. Stellung genommen. Bereits an dieser Stelle sei erwähnt, dass die Erkenntnis, dass derartige Tätigkeiten (überhaupt) zusätzlich vergütet werden müssen, längst überfällig ist.

b. Art. I Nr. 35 – Inhalt und Umfang der Versorgung – hier: Zuständigkeiten und Aufgaben von Terminservicestellen (§ 75 SGB V)

Die Unterstützung von Versicherten bei der Suche nach einem – nach § 76 SGB V zu wählenden – Hausarzt für die dauerhafte Betreuung und Versorgung durch Terminservicestellen ist zwar nicht abzulehnen, erscheint aber wenig sinnvoll, weil Patienten in der Regel bereits die Hausarztpraxen in der Nähe ihres Wohn- oder Arbeitsortes vergeblich kontaktiert haben. Es bestehen ferner erhebliche Bedenken dahingehend, dass der hier gewählte Ansatz eine Verbesserung bei der Hausarzt- bzw. Terminfindung zur Folge hat, wenn nicht gleichzeitig geregelt ist, ob und wie Hausärzte freie Kapazitäten für neue Patienten und/oder Termine an die Terminservicestellen melden sollen. Dies gilt entsprechend für die Vermittlung von Terminen bei Hausärzten durch die Terminservicestellen. Bisher obliegt dies offensichtlich (nur) der Gestaltungs- und Entscheidungshoheit der Kassenärztlichen Vereinigungen (Satzungsregelungen).

Problematisch ist die Systematik einer sog. **Priorisierung** bei der Vermittlung unmittelbarer ärztlicher Versorgung in Akutfällen durch Terminservicestellen bzw. deren Mitarbeiter. Es bestehen erhebliche Zweifel, dass hierdurch eine qualitätsgesicherte Versorgung gewährleistet werden kann. Hierzu müsste gesetzlich näher bestimmt werden, nach welchen Kriterien eine sog. Priorisierung zu erfolgen hätte, und welche fachlichen Anforderungen die Mitarbeiter der Terminservicestellen erfüllen müssten, ob der Patient im Akutfall (?) in eine offene Praxis, eine Portal- bzw. Bereitschaftsdienstpraxis oder eine Notfallambulanz vermittelt werden muss. Zumindest müsste gesetzlich geregelt werden, wer für die Vorgaben zur Priorisierung und zur fachlichen Qualifikation der entsprechenden Mitarbeiter der

Terminservicestellen zuständig ist, und bis wann diese Vorgaben vorliegen müssen. In der Regel und soweit möglich sollte in diesen Fällen jedenfalls zunächst eine Vorstellung bei einem Hausarzt erfolgen, um eine unkoordinierte Inanspruchnahme von Fachärzten zu vermeiden.

Regelungen im Bundesmantelvertrag - Ärzte zur Notwendigkeit einer Überweisung (durch wen?) zu einem Haus- oder Kinderarzt erscheinen mit Blick auf die wenigen Einzelfälle, die das Ministerium laut Begründung hier im Blick hat, nicht notwendig.

II. Verbesserung der Sicherstellung der (wohnnahen) Versorgung in strukturschwachen und sog. ländlichen Regionen

a. Art. I Nr. 47 – § 95 i. V. m. Art. 13 – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (§ 95 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 19a Ärzte-ZV) – Sprechstunden

Die gesetzlichen Vorgaben zur Erhöhung der Anzahl der Sprechstunden und zum Angebot sog. offener Sprechstunden – jeweils im Sinne einer Zulassungsvoraussetzung – werden abgelehnt. Auch wenn bereits untergesetzliche Vorgaben zum Vorhalten von (Mindest-)Sprechstunden (§ 17 Abs. 1a BMV-Ä) existieren, erscheint eine weitergehende gesetzliche Regelung des Mindestangebotes von Sprechstunden als unangemessener und unverhältnismäßiger Eingriff in die freiberufliche Tätigkeit und Gestaltungshoheit der Hausärzte. Sie können eigenverantwortlich und in Kenntnis ihrer Praxis- und Patientenstruktur selbst am besten entscheiden, wie sie ihre Praxis und die dortigen Arbeitsabläufe organisieren und durchführen. Dies gilt gleichermaßen für die geplante Verpflichtung zum Angebot sog. offener Sprechstunden mit einem Mindestumfang von fünf Stunden in der Woche. Derartige „Bevormundungen“ sind nicht nur für die praktizierenden Hausärzte unzumutbar, sondern sie senden auch ein negatives Signal an den hausärztlichen Nachwuchs. Ob man den Patienten damit einen Gefallen tut, ist ebenfalls mehr als fraglich. Wenn Patienten trotz längeren Wartens am Ende (der offenen Sprechstunde) dann doch nicht versorgt werden können und sich einen Termin geben lassen müssen, dürfte dies zu einer erheblichen Unzufriedenheit und Frustration der Patienten, aber auch der Hausärzte und Praxismitarbeiter führen und das Arzt-Patienten-Verhältnis belasten. Im ungünstigsten Fall wendet sich der Patient von seinem Hausarzt ab und findet keinen neuen! Hausarztpraxen versorgen in der Regel taggleich und im gesamten Zeitraum der Sprechstunde akute Patienten. Hierfür eine gesonderte Sprechstunde einzuführen entspricht nicht der Versorgungsrealität und -notwendigkeit.

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 hätten, die ihnen die Ausübung des Hausarztberufes verleiden. Vielmehr sollten die zuvor

genannten guten Maßnahmen aus der vorhergehenden Legislaturperiode nun auch auf Ebene der beruflichen Rahmenbedingungen ergänzt und flankiert werden, z. B. durch langfristigen Verzicht auf mengenbegrenzende Maßnahmen bei der Honorarverteilung, der Festschreibung von entsprechenden Vergütungszuschlägen für Akutpatienten, der deutlichen Höherbewertung der (extrabudgetären!) Vergütungen von Hausbesuchen, oder aber durch gänzlichen Verzicht auf Prüfmaßnahmen nach §§ 106 ff. SGB V Hausärzte. Dies alles für die Dauer von mindestens zehn Jahren nach der (ersten) Niederlassung als Hausarzt! Niederlassungswillige Hausärzte brauchen Planungssicherheit!

b. Art. I Nr.47 – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (§ 95 SGBV) – MVZ

Die Regelungen zur Gründungseigenschaft von anerkannten Praxisnetzen sind vor dem Hintergrund der in der Praxis gewählten, unterschiedlichen Rechtsformen (hier: u. a. GbR, Vereine) zu überprüfen.

Gleiches gilt für die Erbringung von Sicherheitsleistungen durch genossenschaftlich organisierte Gründungseinrichtungen.

Die Regelungen zur Gründungseigenschaft der nichtärztlichen Dialyseeinrichtungen sind hinsichtlich der Einschränkung „fachbezogen“ zu konkretisieren, denn diese Vorgabe bezieht sich nach dem Wortlaut der Neuregelung nicht eindeutig nur auf nichtärztliche Dialyseleistungen.

c. Art. I Nr. 50 a) – Zulassungsbeschränkungen (§ 103 SGB V)

Es bestehen erhebliche Bedenken bezüglich der Sinnhaftigkeit der befristeten Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen für bestimmte Arztgruppen, denn so besteht die Gefahr, dass sich die hiervon „betroffenen“ Ärzte in „attraktiven Regionen“ niederlassen und sich die schlechte Versorgungssituation in strukturschwachen und ländlichen Regionen verschärft. Eine solche Regelung ergibt bestenfalls für den ländlichen Raum Sinn, soweit hier überhaupt Zulassungsbeschränkungen bestehen.

III. Weiterentwicklung von Finanzierungs- und Vergütungsregelungen; Wirtschaftlichkeitsprüfungen

a. Art. I Nr. 40, 41 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte (§ 87 SGB) u. Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

aa. Art. I Nr. 40 b) – Überprüfung und Aktualisierung der Bewertung

Die Neuregelungen zur Überprüfung und regelmäßigen Aktualisierung von Technikleistungen zugunsten von sog. zuwendungsorientierten Leistungen („sprechende Medizin“) sind im Ansatz zu begrüßen. Vermisst wird jedoch eine eindeutige Regelung, wonach etwaige Rationalisierungsreserven zugunsten (auch) der **hausärztlichen Versorgung** verwendet werden sollen, so wie dies im Koalitionsvertrag (4. Gesundheit und Pflege – Ambulante Versorgung) zugesagt wurde. Lediglich der Hinweis auf die sog. sprechende Medizin in der Gesetzesbegründung ist nicht ausreichend und wird am Ende wieder zu erheblichen Diskussionen bei der Verteilung freigewordener Mittel führen.

Gleichzeitig muss aber durch entsprechende Vorgaben für die Ausgestaltung des EBM sichergestellt werden, dass sich die Investitionen für die Anschaffung und das Vorhalten von technischen Geräten, die für eine qualitativ hochwertige hausärztliche Versorgung notwendig sind (z. B. Ultraschallgeräte) amortisieren, und zwar auch dann, wenn der Einsatz dieser Geräte jeweils nach Maßgabe der Versorgungserfordernisse nur gelegentlich erfolgt.

Art. I Nr. 40 d) cc) – Vergütungen außerhalb der MGV/Bereinigung des Behandlungsbedarfs

Die (extrabudgetäre) Vergütung der erfolgreichen Vermittlung eines Facharzttermins nach § 73 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 SGB V–E ist nur im Ansatz zu begrüßen.

Die geplante Neureglung scheint nämlich nicht zu Ende gedacht: Solange Fachärzte für ihre Leistungen aufgrund der Vermittlung durch Terminservicestellen besser (extrabudgetär) vergütet werden, wird die erfolgreiche Terminvermittlung durch Hausärzte vielfach ins Leere laufen. Damit verbunden sind ein kaum kalkulierbares Kostenrisiko und eine insoweit „steuerbare“ Mittelverschiebung extrabudgetären Geldes in den fachärztlichen Versorgungsbereich, ganz zu schweigen von einer Verunsicherung der Patienten. § 87a Abs. 3 S. 5 SGB V–E ist deshalb dahingehend zu ergänzen, dass Fachärzte auch für Leistungen aufgrund der Vermittlung von Hausärzten (§ 73 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 SGB V–E) ihre Leistungen extrabudgetär vergütet bekommen. Dadurch werden die Steuerungs- und Koordinationsfunktion der Hausärzte gestärkt und es wird – zumindest teilweise – vermieden, dass neue Patienten (Erstkontakte) mit der Erwartung der geförderten sekundären Zuweisung durch Terminservicestellen zunächst abgewiesen werden. Ohne eine solche Regelung kann die in vielen Bereichen vorhandene gute Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten empfindlich gestört werden.

Die direkte hausärztlich-gebietsärztliche Kontaktaufnahme zur Terminvermittlung bzw. Terminvereinbarung wird für Akutfälle in der Versorgungspraxis überwiegend erfolgreich durchgeführt; diese Zusatzleistung stellt aber mit Blick auf die Auslastung der hausärztlichen Praxen immer wieder eine organisatorische Herausforderung dar und bindet ärztliche und nichtärztliche Kapazitäten! Es wird angeregt über diese – im Ansatz richtige – Zusatzleistung

von Hausärzten noch einmal nachzudenken: Sinnvoll erscheint hier, dass die Terminvermittlung flankiert wird durch eine adäquate Vergütung des zusätzlichen Aufwandes mit mindestens 25,00 €, wobei diese Leistung neben der reinen Terminvermittlung mit teilweise aufwendigen Rundrufaktionen und ggf. telefonischer Erstinformation des Facharztes durch den Hausarzt zusätzlich einen begleitenden strukturierten Arztbrief mit Angaben zur spezifischen Fragestellung bzw. Überweisungsauftrag, relevanten Begleit- und Vorerkrankungen, bereits im Kontext erhobenen Befunden, Unverträglichkeiten, Medikation und weiteren Maßnahmen sowie ggf. Hinweise zum psychosozialen Hintergrund und sonstige relevante Informationen enthalten sollte. Unabhängig davon ist festzustellen, dass die Überlegung, den zusätzlichen Aufwand für die reine Terminvermittlung – die als isolierte Leistung nach dem o. g. keinen Sinn macht – mit 2,00 € zu vergüten, abwegig ist und eine massive Geringschätzung der hausärztlichen Versorgung darstellt: ein fatales Signal für den hausärztlichen Nachwuchs.

Art. I Nr. 41 – Regionale Euro-Gebührenordnung, MGV, Behandlungsbedarf

Soweit zusätzliche Leistungen und Aufwände der Hausärzte außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen mit Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden sollen, ist darauf zu achten, dass die zusätzlichen Mittel auch tatsächlich bei den Vertragsärzten ankommen und nicht durch Bereinigungen des Behandlungsbedarfs im Rahmen der MGV (vgl. die Begründung zu Art. I Nr. 41, S. 104) „versickern“. Um dies zu vermeiden sollte eine gesetzliche Klarstellung erfolgen, für welche Leistungen nach § 87a Abs. 3 S. 5 SGB V–E eine Bereinigung zulässig ist. Wenn am Ende lediglich Geld von der MGV in die EGV verschoben wird, läuft die Idee, insbesondere im hausärztlichen Bereich, ins Leere, da zumindest ein Teil der hier in Rede stehenden Leistungen in vielen KV-Bezirken bereits ohne eine wesentliche Abstaffelung vergütet wird.

Ferner wird angeregt, die Leistungen der Hausärzte bei der **Neuaufnahme eines Patienten** – und zwar nicht nur bei solchen, die aufgrund der Unterstützung der Terminservicestellen ihren Hausarzt wählen (§ 76 SGB V) – gesondert und extrabudgetär zu vergüten. Die Neuaufnahme eines Patienten zur dauerhaften Betreuung und Versorgung ist zum einen wesentlich aufwendiger als die „Erstkontaktversorgung“ i. S. v. § 87 Abs. 2c S. 2 SGB V–E. Mit anderen Worten: die „Erstkontaktversorgung“, die bei einem Hausarzt zu einer Neuaufnahme eines Patienten zur dauerhaften Betreuung und Versorgung führt, ist gänzlich anders zu bewerten als der „krankheitsbezogene Erstkontakt“. Eine umfassende Anamnese, die Abklärung der familiären Situation, die Erfassung der Medikation, der Vorerkrankungen, die Neueinstellung bei chronisch Kranken, etc. ist derart umfassend und aufwendig, dass hier eine gesonderte und adäquate Vergütung erfolgen muss, und dies außerhalb der MGV.

Die extrabudgetäre Vergütung von fachärztlichen Leistungen (Grundpauschale) für Patienten, die erstmals in der Facharztpraxis diagnostiziert und behandelt werden, sollte im Sinne einer

qualitätsgesicherten Patientensteuerung auf Fälle beschränkt sein, in denen eine Überweisung nach den Vorgaben des Bundesmantelvertrages-Ärzte vorliegt.

IV. Weiterentwicklung digitaler Lösungen

Art. I Nr. 83 – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur (§ 291a SGB V)

Die vorgeschlagenen Änderungen werden begrüßt, laufen aber ohne zusätzliche Maßnahmen ins Leere:

- Zusammenführung/Vereinfachung des Aktenkonzepts (§ 291a, Abs. 3 S. 1 SGB V–E):

Es 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.

- Vereinfachte Zustimmungsverfahren auch losgelöst von der eGK und HBA (§ 291a, Abs. 3. S. 4-6 SGB V–E):

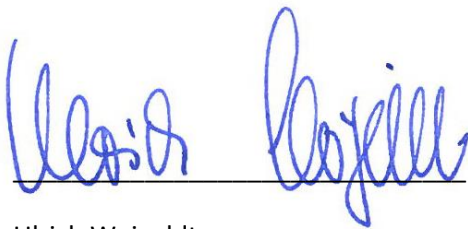
Die Vereinfachungen in Gestalt der Aufhebung von § 291a Abs. 3 S. 4-6 SGB V sollten dem Grundsatz nach auch für die Anwendungen nach § 291a, Abs. 2, S. 1 SGB V gelten, da die eGK bis auf Weiteres nur einen Teil der ärztlichen Verordnungen erfasst und nicht im EU-Ausland lesbar sein wird.

Art. I Nr. 84 – Gesellschaft für Telematik – § 291b SGB V

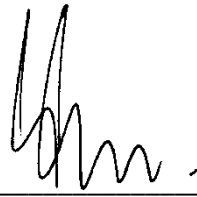
Die Übertragung von Zulassungsbefugnissen vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnologie (BSI) auf die gematik (§ 291b Abs. 1a S. 13 und 14 SGB V–E) erleichtert theoretisch den Zulassungsprozess für die Anbieter. Dies gilt allerdings nur dann, wenn die gematik und ihre Gesellschafter, anders 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.

Eine Ergänzung der Stellungnahme – insbesondere im Rahmen des Erörterungstermins am 22. August 2018 – bleibt ausdrücklich vorbehalten.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde im Text die männliche Form gewählt, nichtsdestoweniger beziehen sich die Angaben auf Angehörige beider Geschlechter.



Ulrich Weigelt
Bundesvorsitzender



Joachim Schütz
Geschäftsführer und Justitiar