Gesundheitspolitische Nachrichten aus der Hauptstadt

Berlin kompakt

Nr. 4 // 14. März 2019

Bundestag beschließt TSVG

Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

14.03.2019
2./3. Lesung Bundestag

12.04.2019
2. Durchgang Bundesrat

Inkrafttreten
am Tag nach der Verkündung

(01.10.2020: Regelungen zur Erhöhung der Festzuschüsse für Zahnersatz

01.01.2022: Ambulante Kodierrichtlinien)

Der Deutsche Bundestag hat am 14.03.2019 das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) in 2./3. Lesung verabschiedet, damit geht ein Gesetzgebungsprozess zu Ende, der allen Beteiligten viel abverlangt hat. Die Vielzahl von Änderungsanträgen zu dem Gesetz machte eine 2. Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages notwendig. Viele Neuregelungen wurden äußerst kontrovers diskutiert, einige verschoben oder auch zurückgezogen. So wird beispielsweise das sehr umstrittene Vorhaben, eine „gestufte und gesteuerte Versorgung" im Bereich der Psychotherapie zu regeln, gestrichen und voraussichtlich im geplanten Psychotherapeutenausbildungsgesetz wieder aufgenommen.

Ärzte werden verpflichtet, freie Termine zu melden

Der Kern des Gesetzes umfasst Regelungen, die den Zugang für gesetzlich Versicherte zur ärztlichen Versorgung verbessern sollen. Die Wartezeiten auf Behandlungstermine in der ambulanten Versorgung sollen verkürzt, die Mindestsprechzeiten von niedergelassenen Ärzten ausgeweitet und die Versorgung in ländlichen Gebieten gesichert werden.
Der Gesetzgeber sieht dazu unter anderem einen Ausbau der Terminservicestellen (TSS) der Kassenärztlichen Vereinigungen vor. Sie sollen rund um die Uhr (24/7) und unter der einheitlichen Telefonnummer 116 117 erreichbar sein. Zudem müssen sie in Zukunft ständig Akutfälle in eine unmittelbare ärztliche Versorgung vermitteln.
Mit einem Änderungsantrag wurde die Frist zur Umsetzung der neu gefassten TSS bis zum 01.01.2020 verlängert. Neu ist auch, dass die Vertragsärzte verpflichtet werden, der TSS freie Termine zu melden. Zur Förderung des Betriebs der TSS sollen zukünftig auch Finanzmittel des Strukturfonds der KV verwendet werden dürfen. Schließlich müssen nun auch termingebundene Kindervorsorgeuntersuchungen von den Servicestellen vermittelt werden.

Weitere finanzielle Anreize für Vertragsärzte

Mit dem TSVG waren ursprünglich für niedergelassene Ärzte finanzielle Anreize in Form von Zuschlägen vorgesehen: wenn sie Neupatienten annehmen, wenn sie ärztliche Leistungen in den verpflichtend werdenden offenen Sprechstunden abrechnen oder wenn Hausärzte Patienten an Fachärzte vermitteln.
Diese extrabudgetären Zuschläge wurden durch einen weiteren Änderungsantrag nochmals verändert: Für Neupatienten und Patienten in der offenen Sprechstunde sind keine Zuschläge mehr vorgesehen. Stattdessen werden bei diesen Patienten alle Leistungen im Behandlungsfall extrabudgetär vergütet. Dabei gilt ein Patient in Zukunft als „neu", wenn er zwei Jahre nicht in der Praxis vorstellig war, bisher lag der Zeitraum bei vier Jahren. Zudem erhalten Ärzte zusätzliche gestaffelte Zuschläge von 20, 30 oder 50 Prozent auf die Versicherten- bzw. Grundpauschale, je nachdem, wie schnell sie die Behandlung von Patienten nach der Vermittlung über die TSS ermöglichen. Auch die Vermittlung von Patienten an Fachärzte wird Hausärzten höher vergütet (10 Euro) als ursprünglich geplant (5 Euro).

Der Ausbau der Terminservicestellen ist ein richtiger Schritt, um den Zugang gesetzlich Versicherter zur vertragsärztlichen Versorgung zu verbessern. Mit der Verpflichtung der Vertragsärzte, ihre freien Termine an die TSS zu melden, wird das Verfahren verbindlicher. Nicht nachvollziehbar ist, warum die Finanzmittel des Strukturfonds zur Förderung der TSS herangezogen werden sollen. Hier werden Mittel des Strukturfonds gebunden, obwohl sie dem eigentlichen Zweck des Strukturfonds nicht dienen. Die mit dem TSVG

BARMER
Abteilung Politik, Ruth Rumke (V.i.S.d.P.)
politik@barmer.de, Tel. 030-23 00 22-012
www.barmer.de/politik

beschlossene Ausweitung der extrabudgetären Vergütung von Vertragsärzten führt zu weitreichenden Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Dabei ist fraglich, ob die zusätzlichen Mittel zu einer Verbesserung der Versorgung von Patienten führen. Vielmehr besteht die Gefahr, dass finanzielle Fehlanreize gesetzt werden.

Kodierrichtlinien werden verpflichtend – Weitergehende Regelungen verschoben

Die im TSVG verankerte Verpflichtung der Vertragsärzte zur Kodierung ambulanter Diagnosen stellt eine wichtige Neuregelung dar (wir berichteten in Berlin kompakt Nr. 8/2018). Einheitliche und verbindliche Regelungen zur Kodierung seien, so der Gesetzgeber, eine Voraussetzung für eine valide Morbiditätsmessung und würden der Manipulation von Diagnosen entgegenwirken. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird beauftragt, bis 30.06.2020 verbindliche und bundeseinheitliche Regelungen und Prüfmaßstäbe für die Vergabe und Dokumentation von ambulanten Diagnosen und Prozeduren zu schaffen. Die neuen Regelungen müssen einheitlich in die zertifizierten Praxisverwaltungssysteme implementiert und sollen bis zum 01.01.2022 wirksam werden.

Ein geplanter Änderungsantrag zum TSVG, mit dem weitergehende Regelungen zur Kodierung im Rahmen von Selektivverträgen eingeführt werden sollten, wurde aus dem Paket der Änderungsanträge entnommen und soll im Rahmen der Gesetzgebung zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) behandelt werden. Ziel des Antrags war es, vertragliche Regelungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen generell zu unterbinden, „in denen bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorgesehen" würden.

Verbindliche ambulante Kodierrichtlinien sind wesentlich, nicht nur für eine richtige Leistungsabrechnung und Honorarbestimmung für die Ärzte, sondern auch für eine valide Morbiditätsbestimmung als Grundlage des Morbi-RSA und damit eines funktionierenden fairen Wettbewerbs unter den gesetzlichen Krankenkassen. Ihre Einführung kann nur unterstützt werden. Besonders wichtig ist, dass die Kodierrichtlinien einheitlich in die Praxissoftware der Leistungserbringer implementiert und damit auch einheitlich angewendet werden.

Änderungen bei Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen

Letzte Änderungen gab es auch beim Thema Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen ärztlicher Leistungen. So wird die geplante Begrenzung der Zufallsauffälligkeitsprüfungen auf höchstens zwei Prozent der Ärzte pro Quartal zurückgenommen.

Die Fristen für die Umsetzung von Maßnahmen im Rahmen der Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung sollen zwar weiterhin von vier auf zwei Jahre verkürzt werden. Es erfolgte allerdings die Klarstellung, dass als Fristbeginn der Erlass des Honorarbescheides gilt.

Es ist nur sachlogisch, dass die Beschränkung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlicher Leistungen auf zwei Prozent der Ärzte zurückgenommen wurde. Da die Zufallsprüfungen zukünftig nur auf Antrag, bei Vorliegen eines begründeten Verdachts der Unwirtschaftlichkeit erfolgen, wäre eine mengenmäßige Beschränkung nicht nachvollziehbar. Gleichwohl ist die Verkürzung der Frist für die Umsetzung von Maßnahmen bei der Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung kritisch und wird der Komplexität der Prüfanträge nicht gerecht. Die Orientierung an dem Erlass des Honorarbescheides ist ebenfalls problematisch, da der Honorarbescheid ohne Beteiligung der Kassen erlassen wird und somit das Datum, also der Fristbeginn, den Kassen nicht bekannt ist.

BARMER
Abteilung Politik, Ruth Rumke (V.i.S.d.P.)
politik@barmer.de, Tel. 030-23 00 22-012
www.barmer.de/politik

Weitere Schritte zur Digitalisierung

Mit dem TSVG werden umfangreiche Maßnahmen zur stärkeren Digitalisierung des Gesundheitswesens ergriffen. Neben den unverändert gebliebenen Vorgaben zur Struktur der gematik und den Verpflichtungen der Krankenkassen zur Einführung der elektronischen Patientenakte (wir berichteten in Berlin Kompakt Nr. 2/2019) wurden weitere, für die Kassen wichtige Veränderungen vom Bundestag verabschiedet.

So wird zum 01.01.2021 nicht nur die Einführung der elektronischen Patientenakte verpflichtend – zum selben Stichtag wird ein verbindliches elektronisches Verfahren zur Übermittlung von Arbeitsunfähigkeitsdaten durch die Ärzte an die Krankenkassen eingeführt.

Weiterhin müssen die Kassen ab dem 01.12.2019 die elektronische Gesundheitskarte (eGK) für ihre Versicherten mit einer kontaktlosen Schnittstelle (NFC) ausstatten. Das dafür ursprünglich vorgesehene eigene Gesetzgebungsvorhaben (15. SGB-V-Änderungsgesetz) wurde in einen Änderungsantrag zum TSVG umgewandelt, um das Verfahren zu beschleunigen. Mit der neuen Technik soll künftig der Datenaustausch zwischen eGK und mobilen Endgeräten, wie beispielsweise Tablet oder Smartphone, ermöglicht werden.

Das Ziel, den Versicherten den Zugriff auf ihre Daten auch mit der eGK zu erleichtern, ist nachvollziehbar. Aufgrund der dafür notwendigen Zulassungsverfahren der gematik und der Sicherheitszertifizierung durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) ist die im Gesetz vorgesehene flächendeckende Einführung bereits im Jahr 2019 ein sehr ambitioniertes Vorhaben.

Förderung der Selbsthilfe auch weiterhin kassenindividuell möglich

Ein Änderungsantrag zur Förderung der Selbsthilfe sah vor, die gesamten finanziellen Mittel für die Selbsthilfeförderung einheitlich und gemeinsam durch die Krankenkassen und ihre Verbände zu verausgaben. Eine individuelle Förderung durch einzelne Kassen wäre damit nicht mehr möglich gewesen.

Das Vorhaben wurde zurückgenommen, gleichzeitig jedoch der Anteil der kassenartübergreifenden Pauschalförderung von aktuell 50 auf zukünftig 70 Prozent erhöht. Demnach verbleibt ein Anteil von 30 Prozent für die kassenindividuelle Projektförderung.

Die nun beschlossene Neuregelung erhält erfreulicherweise weiterhin die Möglichkeit der individuellen Förderung von Selbsthilfeprojekten durch die Krankenkassen, schränkt diese jedoch zugunsten der Pauschalförderung ein. Die Krankenkassen verfügen über die notwendigen Erfahrungen, um individuelle Projekte gemeinsam mit der Selbsthilfe zu planen und zu fördern. Der intensive Austausch zwischen den Förderkassen und den Selbsthilfegruppen hat zu einer Vernetzung geführt, die besonders bei der Umsetzung von Großprojekten und bei Förderschwerpunkten erforderlich ist.

Versicherte sollen an Effizienzgewinnen durch HzV beteiligt werden

Gesetzliche Krankenkassen müssen in Zukunft Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen für Versicherte vorsehen, die an der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) teilnehmen, wenn die zu erwartenden Einsparungen und Effizienzsteigerungen die zu erwartenden Aufwendungen für den Wahltarif übersteigen.

Mindestens 50 Prozent der Einsparungen und Effizienzsteigerungen sollen an die Versicherten zurückfließen. Damit soll die Attraktivität der HzV gesteigert werden.

Da Versicherte die Vergünstigungen von Beginn ihrer Teilnahme an der HzV erhalten sollen, müssen die Kassen die zu erwartenden Einsparungen und Effizienzsteigerungen vorausschauend kalkulieren und diese der Aufsichtsbehörde vorlegen.

BARMER
Abteilung Politik, Ruth Rumke (V.i.S.d.P.)
politik@barmer.de, Tel. 030-23 00 22-012
www.barmer.de/politik

Ergibt die Kalkulation einer Kasse, dass durch die HzV keine Effizienzsteigerungen erwartet werden, die die Aufwendungen der Kasse übersteigen, so muss sie dies gesondert begründen.

Eine starke Stellung des Hausarztes mit einer Lotsenfunktion im Gesundheitswesen ist wichtig für Patienten. Das aktuelle Vorhaben des Gesetzgebers ist jedoch nicht nachvollziehbar. Nach aktueller Gesetzeslage (§ 73b Abs. 9 SGB V) gilt, dass die Kassen die Wirtschaftlichkeit des HzV-Vertrages spätestens vier Jahre nach Abschluss des Vertrages der Aufsichtsbehörde gegenüber nachweisen müssen. Diese Betrachtungsweise soll nunmehr prospektiv erfolgen. Nach welchen Kriterien und Verfahren dies zu geschehen hat, lässt das Gesetz jedoch offen. Eine prospektive Ermittlung möglicher Effizienzgewinne ist auf seriöse Weise nicht durchführbar, die so gewonnenen Ergebnisse nicht belastbar.

Neuregelungen zu Heilmitteln erneut überarbeitet

Die Änderungsanträge zum TSVG, die Neuregelungen für Heilmittelerbringer enthalten (wir berichteten in Berlin kompakt Nr. 1/2019), wurden nochmals überarbeitet. Die wichtigsten Änderungen in Kürze:

Blankoverordnung für Heilmittelerbringer

Die Blankoverordnung wird künftig Bestandteil der Regelversorgung. Im Gesetzentwurf war ursprünglich vorgesehen, dass GKV-Spitzenverband (GKV-SV) sowie die Berufsorganisationen der Leistungserbringer Diagnosen festlegen, die medizinisch-therapeutisch generell für eine Blankoverordnung geeignet sind. Für diese Diagnosen kann der Arzt nun jedoch im Einzelfall auch selbst die Auswahl des Heilmittels treffen und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten festlegen.
Eine weitere Änderung sieht vor, dass der Therapeut im Falle der Blankoverordnung nur unter den in der Heilmittelrichtlinie einer Diagnose zugeordneten Heilmitteln wählen darf. Daneben ist geplant, dass Therapeuten bei einer Blankoverordnung neben der Festlegung des Heilmittels, der Anzahl der Behandlungseinheiten und der Behandlungsfrequenz auch die Dauer der Behandlungseinheiten selbst bestimmen können.

**Mit der Festlegung der Heilmitteltherapie durch den Arzt wird die Behandlungshoheit wieder stärker in dessen Hand gegeben. Die Heilmittelauswahl auf Basis der Heilmittelrichtlinie trägt dazu bei, dass Indikationen zielgerichtet behandelt werden und die Auswahl des Heilmittels nicht an praxisinternen Gegebenheiten ausgerichtet wird.
Kritisch einzuschätzen ist die Festlegung der Behandlungsdauer durch die Therapeuten. Hierdurch können Kostensteigerungen entstehen, ohne zusätzlichen Nutzen für den Patienten. Es besteht die Gefahr, dass aus wirtschaftlicher Motivation heraus medizinisch bedenkliche Behandlungsdauern stattfinden. Deshalb sind vertragliche Maßnahmen zur Vermeidung von nicht zielgerichteten und unwirtschaftlichen Versorgungen erforderlich.**

Zulassung von Heilmittelerbringern

Im Entwurf des TSVG war zunächst vorgesehen, das Zulassungsverfahren von Heilmittelerbringern zur Tätigkeit in der GKV durch ein vereinfachtes Vertragsbeitrittsverfahren zu ersetzen. So war eine standardisierte Überprüfung, ob alle Anforderungen an die Therapeuten erfüllt sind, nicht mehr vorgesehen. Nun soll die Zulassung für Heilmittelerbringer

BARMER
Abteilung Politik, Ruth Rumke (V.i.S.d.P.)
politik@barmer.de, Tel. 030-23 00 22-012
www.barmer.de/politik

erhalten bleiben, jedoch künftig nur noch durch eine Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen für die gesamte GKV erlassen werden.

Es ist im Sinne der Patientensicherheit, dass das Zulassungsverfahren erhalten bleibt.

Transparenz über Therapeutengehälter

Zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Arbeitsentgelte, insbesondere der angestellten Therapeuten, übermittelt die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege dem GKV-SV künftig die Höhe der geleisteten Arbeitsstunden und der gezahlten Arbeitsentgelte. Auf Basis dieser Daten werden die Vergütungsstrukturen für die Arbeitnehmer in den Verträgen zwischen GKV-SV und den Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer vertraglich festgelegt.

Durch die Gesetzgebung der vergangenen Jahre ist es zu erheblichen Ausgabensteigerungen bei den Vergütungen im Heilmittelbereich gekommen. Bislang war jedoch nicht erkennbar, in welcher Höhe insbesondere die angestellten Therapeuten von den Ausgabensteigerungen durch die Krankenkassen tatsächlich profitierten. Die Neuregelung schafft eine dringend notwendige Transparenz über die – insbesondere in Praxen – gezahlten Gehälter für Therapeuten.

Nachrichten aus Europa

EU-Kommission fordert zur Aufhebung der Rx-Preisbindung auf – Folgen für Versandhandel

Die Europäische Kommission hat Deutschland in der vergangenen Woche angemahnt, das deutsche Arzneimittelgesetz an die EU-Vorschriften zum freien Warenverkehr anzupassen. Deshalb soll die Preisbindung bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln in Deutschland für in anderen EU-Ländern ansässige Apotheken aufgehoben werden. In einer Stellungnahme* fordert die EU-Kommission die Bundesregierung auf, innerhalb von zwei Monaten ein Konzept zur Umsetzung des Urteils des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) aus dem Jahr 2016 vorzulegen. Die in Deutschland geltenden Festpreise für verschreibungspflichtige Arzneimittel stellten „einen Verstoß gegen den Grundsatz des freien Warenverkehrs" innerhalb der EU dar, heißt es weiter. Sie schränkten die Möglichkeiten der Apotheken ein, Preisnachlässe zu gewähren und behinderten den Verkauf von Arzneien durch ausländische EU-Apotheken in Deutschland. Desweiteren behält sich die EU-Kommission vor, beim EuGH Klage gegen Deutschland einzureichen.

*gemeint ist eine mit Gründen versehene Stellungnahme

Im Jahr 2016 hatte der EuGH entschieden, dass die deutsche Preisbindung bei verschreibungspflichtigen Fertigarzneimitteln gegen das europäische Recht verstößt. Bereits zuvor, im Jahr 2013, hatte die EU-Kommission ein Vertragsverletzungsverfahren gegen Deutschland in dieser Sache eingeleitet.

Die Ermahnung durch die EU wird Auswirkungen auf die Gestaltung des Versandhandels mit Arzneimitteln in Deutschland haben. Die beteiligten Akteure auf Bundesebene beraten derzeit über Vorschläge für eine Weiterentwicklung der Medikamentenversorgung. Erste Eckpunkte dazu hatte das Bundesgesundheitsministerium Ende des letzten Jahres vorgelegt.

BARMER
Abteilung Politik, Ruth Rumke (V.i.S.d.P.)
politik@barmer.de, Tel. 030-23 00 22-012
www.barmer.de/politik

Die erneute Initiative der EU-Kommission erhöht den Druck auf die deutschen Gesundheitspolitiker, die Arzneimittelpreisverordnung europarechtskonform anzupassen. Der Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln sollte als sinnvolle Ergänzung für eine hochwertige und wirtschaftliche Arzneimittelversorgung erhalten bleiben.

HTA auf der Agenda der rumänischen Ratspräsidentschaft

Am 01.01.2019 hat Rumänien den Vorsitz der EU-Ratspräsidentschaft von Österreich übernommen. Laut der rumänischen Gesundheitsministerin Sorina Pintea sei die Fortführung der Verhandlungen zum Verordnungsentwurf über die Bewertung von Gesundheitstechnologien (Health Technology Assessment – HTA) eine der Prioritäten auf der gesundheitspolitischen Agenda. Den Schwerpunkt der Verhandlungen werde man in den kommenden Monaten darauf legen, Fortschritte bei den technischen Fragen des Vorschlags zu erzielen. Hierzu seien eine Reihe von Arbeitssitzungen im ersten Halbjahr 2019 geplant. Hinsichtlich einer stärkeren Zusammenarbeit bei der Bewertung von Gesundheitstechnologien gebe es unterschiedliche Auffassungen zwischen den Mitgliedsstaaten, so die Ministerin bei einem Meinungsaustausch im federführenden Gesundheitsausschuss des Europäischen Parlaments. Einige Länder lehnen eine verpflichtende klinische Bewertung von Arzneimitteln und Medizinprodukten auf europäischer Ebene ab. Auch Deutschland hatte gemeinsam mit Frankreich in einem „Non-Paper" im vergangenen Jahr substanzielle Änderungen an dem Verordnungsentwurf gefordert.
Auf dem Ministerratstreffen der EU-Gesundheitsminister Mitte Juni 2019 in Luxemburg wird die HTA-Verordnung der einzige Legislativvorschlag auf der Agenda sein. Weitere Themen der rumänischen Ratspräsidentschaft sind Antibiotikaresistenzen, Impfungen und Zugang zu Arzneimitteln sowie Patientenmobilität und eHealth.

Vor dem Hintergrund der hohen deutschen Standards der Nutzenbewertung müssen die Kompetenzen und Unterschiedlichkeiten der Gesundheitssysteme der EU-Länder bei der Bewertung von Gesundheitstechnologien berücksichtigt werden. Diese Maßgabe muss Kern bei der Suche nach einem Kompromiss zwischen Befürwortern und Gegnern einer verpflichtenden Bewertung sein. Unter rumänischer Ratspräsidentschaft stehen die technischen Regelungen des Verordnungsentwurfs im Vordergrund – der zentrale Diskussionspunkt wird damit ausgeklammert und zunächst auf unbestimmte Zeit verschoben.

Zum Download
Tabelle Gesetzgebung

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren

BARMER
Abteilung Politik, Ruth Rumke (V.i.S.d.P.)
politik@barmer.de, Tel. 030-23 00 22-012
www.barmer.de/politik