



Verband der Privaten
Krankenversicherung

Stellungnahme

zum

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit
**Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung
(Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG)**

17. August 2018

- Der Referentenentwurf zielt in erster Linie darauf ab, für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) den Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung zu verbessern. Er reagiert damit auf eine gesundheitspolitische Debatte, die Wartezeiten auf einen Arzttermin sowie Wartezeitenunterschiede zwischen GKV- und PKV-Versicherten in der Regel unverhältnismäßig dramatisiert. Das Vorhaben lenkt von der Tatsache ab, dass die Wartezeiten in Deutschland für alle Versicherten zu den kürzesten weltweit gehören.
- Ein wesentlicher Grund für die Verschiebung von Sprechstunden in das nächste Quartal sind die Honorarbudgets der GKV. Insofern der Entwurf an diesen festhält, wird er kaum eine Änderung von Wartezeiten für GKV-Versicherte bewirken. Auch die Maßnahmen im ländlichen Raum stoßen an Grenzen, weil Vergütungsfragen nicht das wesentliche Motiv für Ärzte sind, sich in städtischen Räumen anzusiedeln.
- Die Leistungsausweitungen in der zahnmedizinischen Versorgung der GKV sind ein Eingriff in das Verhältnis von Eigenverantwortung und Solidarität, zumal die Absicherung der bestehenden Lücke im GKV-Leistungskatalog über einen funktionierenden privatwirtschaftlichen Zusatzversicherungsmarkt gewährleistet wird.

I. Allgemein

Der Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (TSVG) zielt in erster Linie darauf ab, für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) den Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung zu verbessern. Der Gesetzgeber reagiert damit auf die mediale und gesundheitspolitische Debatte über Wartezeiten von GKV-Versicherten und den Ärztemangel auf dem Land. So sind insbesondere folgende Regelungsbereiche Inhalt des TSVG:

- die Verkürzung von Wartezeiten auf Behandlungstermine;
- die Erweiterung des Sprechstundenangebots;
- die Verbesserung der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen;
- die Verbesserung der Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen, indem die Grundlagen der Bedarfsplanung weiterentwickelt und die Förder- und Sicherstellungsinstrumente der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) erweitert werden;
- eine Erweiterung von Leistungsansprüchen der GKV-Versicherten in einzelnen Bereichen der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung;
- die Verpflichtung der Krankenkassen, bis 2021 die elektronische Patientenakte einzuführen.

Im Gesetzentwurf sind keine Regelungen enthalten, die die Private Krankenversicherung (PKV) explizit betreffen. Der Prüfdienst des PKV-Verbandes wird in einer Neuregelung im SGB XI in die Qualitätssicherung bei ambulanten Betreuungsdiensten einbezogen.

II. Zu den Maßnahmen im Einzelnen

1. Verbesserter Zugang für GKV-Versicherte (§ 19a SGB V, § 75 SGB V sowie § 87 SGB V)

Vorgeschlagene Regelungen

Der Zugang zur ärztlichen Versorgung für GKV-Versicherte soll durch unterschiedliche Maßnahmen verbessert werden. Um das Angebot der Terminvermittlung auszubauen und die Erreichbarkeit der Terminservicestellen in allen Bundesländern für alle Patienten sicherzustellen, werden die Terminservicestellen zu neuen Servicestellen mit zusätzlichen Aufgaben weiterentwickelt.

Die Mindestsprechstundenzeit der Vertragsärzte für die Versorgung von GKV-Versicherten wird von 20 auf 25 Stunden erhöht. Darüber hinaus müssen grundversorgende Ärzte (z.B. Hausärzte, Kinderärzte, konservativ tätige Augenärzte, Frauenärzte, Orthopäden, HNO-Ärzte) mindestens fünf Stunden in der Woche als offene Sprechstunden anbieten, womit der Zugang ohne vorherige Terminvereinbarung erleichtert werden soll. Die KVen müssen künf-

tig die Einhaltung der neuen Mindestsprechstundenzeiten mittels eines bundesweit zwischen allen KVen abgestimmten einheitlichen Verfahrens kontrollieren.

Die Leistungen und der Zugang zur haus- und fachärztlichen Versorgung für GKV-Versicherte sollen weiterhin mit Vergütungsanreizen verbessert und gefördert werden. So soll es beispielsweise für Patienten, die über die Terminservicestelle vermittelt werden, eine extrabudgetäre Vergütung geben.

Bewertung

Wartezeiten auf ambulante Arzttermine sind seit Jahren ein wiederkehrendes Thema in der gesundheitspolitischen Debatte sowie in den Medien: Insbesondere die Wartezeitenunterschiede zwischen GKV- und PKV-Versicherten wurden in der öffentlichen Debatte immer wieder thematisiert und in der Regel unverhältnismäßig dramatisiert. Die KBV-Versichertenbefragung 2017 belegte, dass die Differenzen zwischen GKV- und PKV-Versicherten nicht stark ausgeprägt sind: 91 Prozent der PKV- und 88 Prozent der GKV-Versicherten erhielten innerhalb von einer Woche einen Termin bei einem Hausarzt, bei Fachärzten waren es 60 Prozent (PKV) und 40 Prozent (GKV). In den vergangenen Jahren haben sich die Unterschiede bei den Wartezeiten nach Versichertenstatus sogar leicht angeglichen.

Es gibt zudem keinen Anhaltspunkt dafür, dass es bei akutem Behandlungsbedarf überhaupt Wartezeitunterschiede zwischen GKV- und PKV-Versicherten gibt. Dass nicht vorrangig der Versichertenstatus, sondern vielmehr diverse andere Einflussfaktoren die Wartezeit bestimmen, zeigt auch eine Studie vom Dezember 2017.¹

Dabei spielt vor allem das strukturelle „Quartalsphänomen“ eine Rolle. Wissenschaftler der Universität Hamburg haben den Zusammenhang zwischen Quartalbudgets und Wartezeiten auf Basis der Daten der Techniker Krankenkasse erstmals empirisch ausgewertet. Das Ergebnis: Haus- und Fachärzte nehmen immer am Ende eines Quartals weniger Patienten für einen Termin an. Hautärzte und Augenärzte reduzieren ihre Terminangebote zum Quartalsende um rund 14 Prozent, Orthopäden und Hals-Nasen-Ohren Ärzte um knapp 10 Prozent.²

Insofern der Entwurf an diesen Quartalsbudgets festhält, wird er kaum eine Änderung von Wartezeiten für GKV-Versicherte bewirken. In der Konsequenz müsste dieses strukturelle „Quartalsphänomen“ behoben werden, um signifikante Verbesserungen herbeizuführen.

¹ Vgl. Finkenstädt (2017): Wartezeiten auf Arzttermine - Eine methodische und empirische Kritik der Debatte, WIP-Diskussionspapier 3/2017, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln.

² Vgl. Kifmann, Himmel, Schneider (2017): Ambulatory Care at the End of a Billing Period, Hamburg Center of Health Economics, 2017.

2. Verbesserung der Versorgung in strukturschwachen Regionen (§ 105 SGB V)

Vorgeschlagene Regelungen

Der Referentenentwurf zielt auf eine Verbesserung der Versorgung insbesondere in unterversorgten ländlichen und strukturschwachen Gebieten ab. Hierzu sieht der Gesetzesentwurf obligatorische Zuschläge für Ärzte auf dem Land oder die Verpflichtung der KVen, bei drohender Unterversorgung eigene Praxen oder Versorgungsalternativen anzubieten, vor. Darüber hinaus wird die Bildung eines Strukturfonds, aus dem ein Teil des Einkommens der Ärzte in unterversorgten Regionen finanziert wird, künftig für alle KVen verpflichtend. Die von den KVen jeweils bereit zu stellenden Mittel des Strukturfonds müssen bis zu 0,2 % der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen betragen und werden damit verdoppelt. Schließlich wird die Bedarfsplanung zur Verteilung der Arztsitze kleinräumiger, bedarfsge rechter und flexibler gestaltet.

Bewertung

Diese Regelungen sind eine Reaktion auf den – teilweise bereits eingetretenen, teils zukünftig absehbaren – Ärztemangel in strukturschwachen und ländlichen Regionen. Ob die Maßnahmen des TSVG tatsächlich dazu führen werden, den Ärztemangel auf dem Land zu beheben, ist bei Betrachtung der wissenschaftlichen Studienlage fraglich: Eine Studie vom Oktober 2017 zeigt, dass eine höhere Ärztedichte in Ballungsräumen und weniger Ärzte im ländlichen Raum in allen Industriestaaten vorzufinden sind. Die Niederlassungsentscheidung von Ärzten ist vor allem von den regionalen Jobmöglichkeiten für den Partner, von Bildungs- bzw. Betreuungsangeboten für die Kinder, einer guten Verkehrsinfrastruktur sowie attraktiven Freizeitangeboten abhängig. Ärzte sind überall ungleich verteilt und dies ist offensichtlich unabhängig davon, wie die Gesundheitssysteme finanziert werden oder wie die Ärztevergütung ausgestaltet ist.³

Auch nach der 2016 veröffentlichten Studie von Vogt (TU Berlin) „The contribution of locational factors to regional variations in office-based physicians in Germany“ existieren für Ärzte viele Faktoren unabhängig von der Vergütung, die die Entscheidung über die Region einer Niederlassung beeinflussen, wie etwa Arbeits- und Bildungsmöglichkeiten oder Freizeitangebote. Weitere Studien und Befragungen stützen die Ergebnisse von Vogt.⁴ Finanzielle Anreize dürften auch deshalb wenig bewirken, weil heute schon die Landarztpraxis infolge hoher Fallzahlen gute Umsätze generiert.

³ Vgl. Arentz (2017): Regionale Verteilung von Ärzten in Deutschland und anderen ausgewählten OECD-Ländern, WIP-Diskussionspapier 2/2017, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln.

⁴ Siehe unter anderem die beiden im Jahr 2012 veröffentlichten Studien von Roick et al. sowie von Schmidt et al., die das Umfeld für die Familie als wichtigsten Faktor für eine ärztliche Standortwahl identifizierten.

3. Anpassungen des Leistungsumfangs in der zahnmedizinischen Versorgung (§ 55 SGB V sowie § 85 SGB V)

Vorgeschlagene Regelungen

Im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung sieht der Referentenentwurf eine Ausweitung des Leistungsanspruchs der GKV-Versicherten ab dem 01.01.2021 vor:

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

Zudem soll die Punktwertdegression für vertragszahnärztliche Leistungen abgeschafft werden, um Hemmnisse bei der Niederlassung in strukturschwachen Gebieten zu beseitigen. Die Punktwertdegression führt dazu, dass ab einer bestimmten Anzahl von erbrachten zahnärztlichen Leistungen das zahnärztliche Honorar stufenweise gekürzt wird.

Bewertung

Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GKV-GMG) aus dem Jahr 2004 führte unter anderem zu massiven Leistungsanpassungen in der zahnmedizinischen Versorgung der GKV-Versicherten. Die Stärkung der Eigenverantwortung der GKV-Versicherten bei der Absicherung bestimmter Risiken war ein zentrales Element des GKV-GMG, um einen Ausgabenanstieg der GKV bei anhaltendem medizinischem Fortschritt und einer zunehmenden Zahl älterer Versicherter zu verhindern. So wurde im damaligen Gesetzesentwurf ausgeführt: „Diese Finanzierungslücke kann nicht durch weitere Beitragssatzsteigerungen finanziert werden, denn dies erhöht die Arbeitskosten und trägt zu einer steigenden Arbeitslosigkeit bei. (...) Ziel ist es vielmehr, ein hohes Versorgungsniveau bei angemessenen Beitragssätzen auch in Zukunft zu gewährleisten.“⁵

In anderen EU-Ländern wird in der zahnmedizinischen Versorgung noch deutlich stärker auf die Eigenverantwortung der Versicherten gesetzt als in Deutschland: So werden die Kosten zahnmedizinischer Leistungen in 10 europäischen Ländern gar nicht übernommen, in den übrigen europäischen Ländern müssen teils deutlich höhere Eigenanteile als in Deutschland geleistet werden.⁶

Diese Regelungen stellen einen problematischen Eingriff in das Verhältnis von Eigenverantwortung und Solidarität dar: Es handelt sich um eine massive Leistungsausweitung in einem Leistungsbereich, in dem die Absicherung der bestehenden Lücke im GKV-Leistungskatalog

⁵ Vgl. Bundestagsdrucksache 15/1525.

⁶ Vgl. Finkenstädt, Verena (2017): Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung – Ein europäischer Überblick, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln.

über einen funktionierenden privatwirtschaftlichen Zusatzversicherungsmarkt gewährleistet wird. Dies belegen die hohen Versichertenzahlen in diesem Bereich. Im Jahr 2016 verfügten rund 15,4 Millionen GKV-Versicherte über eine private Zahnzusatzversicherung.

4. Schaffung eines Leistungsanspruchs im Bereich Präexpositionsprophylaxe – PrEP (§ 20j SGB V)

Vorgeschlagene Regelungen

GKV-Versicherten mit erhöhtem HIV-Infektionsrisiko soll ein Anspruch auf ärztliche Beratung und Versorgung mit Arzneimitteln zur Präexpositionsprophylaxe (PrEP) auf Krankenkassenkosten eingeräumt werden. Zur Überprüfung der Wirksamkeit von PrEP sowie zur Kontrolle möglicher Nebenwirkungen müssen regelmäßige Begleituntersuchungen sowie risikoadaptierte Diagnostik durchgeführt werden. Deshalb soll weiterhin ein Anspruch auf diese Leistungen für Versicherte mit erhöhtem HIV-Infektionsrisiko eingeräumt werden. Der Anspruch auf Versorgung mit dem verschreibungspflichtigen Arzneimittel wird dabei an die vorherige Inanspruchnahme der ärztlichen Beratung gekoppelt. Die Bundesmantelvertragspartner werden verpflichtet, den konkreten Kreis der Anspruchsberechtigten zu vereinbaren. Das Bundesministerium für Gesundheit soll die Wirkungen der ärztlichen Verordnung der PrEP auf das Infektionsgeschehen nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards bis Ende 2020 evaluieren. Gleichzeitig soll in den Blick genommen werden, ob weitere Personengruppen, wie z.B. Mitarbeiter im Gesundheitswesen, einer solchen Prophylaxe bedürfen.

Bewertung

Der PKV-Verband begrüßt die grundsätzliche Zielsetzung des BMG, die Zahl der HIV-Neuinfektionen zu verringern. Der Verband der Privaten Krankenversicherung unterstützt daher auch unter anderem die Deutsche AIDS-Stiftung sowie Projekte der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur HIV-Prävention.

Bisher ist die PrEP in GKV und PKV nicht erstattungsfähig. Der Gesetzentwurf schafft nun für GKV-Versicherte einen neuen Leistungsanspruch, obwohl die Leistung versicherungsfremd ist. Es handelt sich bei der Prophylaxe um eine Medikamentengabe an Gesunde. Eine Krankenversicherung sollte indes die Kosten für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung übernehmen. Diese liegt bei einem Gesunden naturgemäß nicht vor. Unter Präventionsaspekten ist die Erstattung von PrEP sogar fragwürdig: So kann PrEP bestimmte Zielgruppen (u.a. Personen mit riskantem Sexualverhalten) in ihrem Verzicht auf weitere Präventionsmaßnahmen bestärken (z.B. Kondome) und somit das Infektionsrisiko für andere sexuell übertragbare Krankheiten erhöhen (z.B. Hepatitis, Lues, Gonorrhoe).

Um das gesamtgesellschaftliche Interesse der Reduzierung der Neuinfektionen mit HIV umzusetzen, wäre allenfalls eine Verankerung der PrEP im Infektionsschutzgesetz (IfSG) die zielführende und ordnungspolitisch richtige Maßnahme. Schon jetzt bietet § 19 IfSG bei sexuell übertragbaren Erkrankungen (also auch HIV) und Tuberkulose die Beratung und Unter-

suchung an, ggf. auch die Behandlung. Dazu können Gesundheitsämter auch auf die Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen zurückgreifen. Für die PrEP könnte die Finanzierung durch Steuermittel des Bundes bereitgestellt werden und auf den Erstattungsanspruch gegenüber einem Kostenträger verzichtet werden. Über diesen Versorgungsweg kann auch die bislang nach IfSG bestehende Möglichkeit der anonymen Inanspruchnahme für die PrEP gewährleistet werden. Damit wird einer Stigmatisierung dieser Personen, die eine solche Prophylaxe in Anspruch nehmen, entgegengewirkt. Darüber hinaus erreicht das Angebot auch Personen, die sich ohne Krankenversicherung in einem Risikobereich bewegen (z.B. Sexarbeiter).

Weiterhin könnte die Wirksamkeit der Maßnahme auch in diesem Zusammenhang besser evaluiert werden als bei der Bereitstellung über die GKV. Dort kann zwar die Zahl der finanzierten Leistungen gemessen werden. Ein Zusammenhang zu möglichen HIV-Infektion könnte aber nur erfasst werden, wenn die Behandlungsdaten der PrEP mit späteren HIV-Infektionsdiagnosen verknüpft würden. Ob diese Weitergabe von Behandlungsdaten eines Versicherten durch das SGB V gedeckt ist, erscheint zumindest sehr fraglich.

5. Digitalisierung (§ 291a SGB V)

Vorgeschlagene Regelungen

Die gesetzlichen Krankenkassen sollen im Rahmen des vorliegenden Referentenentwurfes verpflichtet werden, ihren Versicherten spätestens ab 2021 eine elektronische Patientenakte zur Verfügung zu stellen. Einheitliche Standards zur Ausgestaltung dieser elektronischen Patientenakten sowie zur Interoperabilität werden von der Gesellschaft für Telematik (Gematik) festgelegt und sind von allen Krankenkassen zu erfüllen. Den GKV-Versicherten wird ein zusätzlicher technischer Zugriffsweg (über Smartphone und Tablet) ohne Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte auf die Daten ihrer elektronischen Patientenakte eröffnet.

Bewertung

Mit dieser Regelung zeichnet sich ein GKV-einheitlicher Standard für die elektronische Patientenakte ab. Dieser soll zwar auf die bislang entwickelten Ansätze für elektronische Patientenakten Rücksicht nehmen, zugleich wird er aber normative Entscheidungen treffen, die die bisherigen Ansätze für elektronische Patientenakten unterschiedlich unter Anpassungsdruck setzen dürften. Auf der Grundlage von § 68 SGB V existieren mittlerweile verschiedene Versorgungsangebote, beispielsweise der AOK Nordost sowie der Techniker Krankenkasse oder auch ein Angebot verschiedener gesetzlicher Krankenkassen und privater Krankenversicherungen über eine gemeinsame Plattform, mit dem bis zu 25 Millionen Versicherte von GKV und PKV erreicht werden können. Werden neue, einheitliche Standards gesetzt, muss die Anschlussfähigkeit dieser bisherigen Systeme gewährleistet werden. Ebenso müssen für bereits vorhandene Systeme gegebenenfalls angemessene Übergangslösungen zur Anpassung an neue Vorgaben der Gematik sichergestellt werden.

6. Prüfung von Betreuungsdiensten (Änderung des SGB XI)

Vorgeschlagene Regelungen

Betreuungsdienste sollen künftig Betreuungsleistungen und hauswirtschaftliche Dienste als Sachleistungen der Pflegeversicherung abrechnen können, also bis zu 1.995,00 EUR monatlich je Pflegebedürftigen. Sie haben damit die gleiche Stellung wie Pflegedienste, arbeiten in der Regel jedoch nicht mit Pflegefachkräften. Die Betreuungsdienste können damit einen Teil der Nachfrage nach Betreuungsleistungen abdecken und dadurch die Pflegedienste entlasten.

Bewertung

Der PKV-Verband befürwortet diese Entwicklung, tritt aber auch zugleich dafür ein, dass die Betreuungsdienste ebenso wie Pflegedienste in die Qualitätsprüfungen einbezogen werden. Ein gewisser Mehraufwand ist dafür vertretbar, er sollte jedoch deutlich unter dem Aufwand für die Prüfung von Pflegediensten liegen.