



BAGP PatientInnenstellen, Astallerstr. 14, 80339 München

Deutscher Bundestag  
Ausschuss für Gesundheit / PA 14  
Platz der Republik 1  
10117 Berlin

München, 15.01.2019

**Stellungnahme der  
Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen  
und –Initiativen (BAGP) zur Anhörung des Gesundheitsausschusses am  
16.01.2019 zum Kabinettsentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine  
und bessere Versorgung-  
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)  
Bundestagsdrucksache 19/6337 vom 07.12.2018**

**Kontakt:**

Geschäftsstelle der BAGP  
c/o Gesundheitsladen München e.V.  
Astallerstr. 14, 80339 München

[mail@bagp.de](mailto:mail@bagp.de)

Verantwortlich:

Gregor Bornes & Carola Sraier, SprecherIn der BAGP<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Seit 1989 bündeln PatientInnenstellen und -Initiativen ihre Kompetenzen in der BAGP, um über gemeinsame Lobbyarbeit, Veröffentlichung von Informationen und Stellungnahmen, gesundheitspolitische Beteiligung, Erfahrungsaustausch und Fortbildung die Stellung der PatientInnen im Gesundheitssystem zu verbessern. Als unabhängige und neutrale Einrichtung der Patienten und Verbraucherberatung ist die BAGP eine der nach §140f SGB V anerkannten Patientenvertreterorganisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss.

Diese Stellungnahme greift u. a. auf die Erfahrungen zurück, die die BAGP im Rahmen ihrer Beratungsarbeit und als maßgebliche Organisation der Patientenvertretung nach § 140 f SGB V in den vergangenen Jahren im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gesammelt hat.

Vor diesem Hintergrund begrüßt die BAGP grundsätzlich die gesetzgeberische Initiative, die Zugänge zur ambulanten Versorgung für die Patienten organisatorisch zu unterstützen.

Die extrabudgetäre Vergütung für konkrete Patientenunterstützung in Bezug auf Vermittlung von Patienten durch Hausärzte an Fachärzte begrüßen wir als Steuerungsinstrument und Würdigung des Aufwandes des „gatekeepers“.

Die BAGP kann die gesetzgeberische Initiative der Terminservicestellen nachvollziehen, weil das parallele Versicherungs- und Vergütungssystem der privaten Krankenversicherung oft zur Bevorzugung von Privatpatienten bei der Terminvergabe durch niedergelassene Behandler und Diagnostiker führt.

Wir fordern hier eine unbedingte Gleichbehandlung von PKV und GKV Patient\*innen<sup>2</sup> bei der Terminvergabe, die allein an der Dringlichkeit der Behandlung oder notwendigen Diagnostik ausgerichtet sein muss und nicht am Versichertenstatus orientiert sein darf. Dies ist nicht abschließend mit dem TSVG gelöst.

Es ist nicht nachweisbar, dass die Forderung nach Erweiterung um fünf Stunden der verpflichtenden Praxisöffnungszeiten und der offenen Sprechstunde für GKV Patienten zum erhofften Effekt der notwendigen zeitnahen Terminvergabe v. a. in unterversorgten Gebieten führen wird. Die leichtere Auffindbarkeit einer Praxis durch eine Terminservicestelle ist für einige Patient\*innen eine sinnvolle Unterstützung, löst aber keine strukturellen Probleme wie die der Nichtversorgung bei nicht besetzten Arztsitzen. Wichtig bei der Vermittlung der Patienten ist unbedingt auch die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Praxisbegebenheiten in Bezug auf die Zugangswege und die Barrierefreiheit, damit Menschen mit Behinderungen passgenau verwiesen werden können.

Als besonders unbefriedigend wird von der BAGP angesehen, dass bis heute nur unzureichend Anstrengungen zur Patientenunterstützung und Steuerung im hausärztlichen / allgemeinärztlichen Bereich unternommen wurden, obwohl die Lotsenfunktion seit Jahren gefordert wird und auch der Fehl- und Überversorgung gegen steuern kann. Eine gut vernetzte Hausärztin sollte für ihre Patienten Ansprechpartnerin und für alle Fragen zur Gesunderhaltung, Vorsorge und Behandlung von Krankheiten zuständig sein. Darüber hinaus sollte sie die Terminvergabe zu Fachkolleg\*innen aktiv und auf der Basis einer medizinischen Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit in die Wege leiten.

---

<sup>2</sup> Die BAGP nutzt in ihren Texten wechselnde Schreibweisen zur Verdeutlichung der Genderproblematik in der deutschen Sprache. Grundsätzlich sind immer alle Menschen gemeint, es sei denn es wird ausdrücklich darauf hingewiesen.

Die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung muss eingebettet sein, in strukturelle Rahmenbedingungen, wie Zugang zu öffentlichen Verkehrsmitteln mit kostengünstiger Beförderung, da Fahrten zur ambulanten Behandlung nicht über Fahrtkosten im Sinne des SGB V unterstützt werden. Hier sind Verzahnungen von Selbstverwaltung, Kommunalpolitik, Sozialpolitik notwendig.

Damit das Gesundheitssystem sinnvoll genutzt werden kann, braucht es auf der Seite der Patienten mehr Gesundheitskompetenz vermittelt durch Schulungen für Patienten, welche Fragen klärt wie: Wann ist ein Arztbesuch notwendig? Was ist ein Notfall und wo wende ich mich hin? Wo werden Arbeits-/ Schulunfälle versorgt? u. v. m.

Hier brauchen wir nicht nur digitale Lösungen oder qualitätsgesicherte Informationsportale, sondern „menschliche“ Lotsen mit sehr guter regionaler Versorgungskennntnis, ohne Eigeninteresse an Vermittlung, mit Systemkennntnis und medizinischem Grundverständnis, welche empathisch auf die Versorgungsnöte und Patientenfragen eingehen können, so wie das die (wirklich) unabhängige Patientenberatung vielerorts geleistet hat.

**Im Einzelnen:****Zu Punkt 13: kieferorthopädische Behandlung / Kostenerstattungsverfahren:**

Die BAGP sieht die Definition von Mehr- und Zusatzleistungen grundsätzlich kritisch, weil sie die Etablierung eines unkontrollierten und nicht evidenzbasierten Gesundheitsmarktes neben der GKV- Leistung unterstützt und gleichzeitig die so erbrachten Leistungen z. B. der Qualitätssicherung entzieht und dadurch sowohl der Umfang als auch die Qualität der mit GKV- Mitteln erbrachten Leistungen in weiten Teilen intransparent macht. So verfügt die GKV derzeit über keine Informationen, wie viele Füllungen auf Mehrkostenbasis erbracht werden und auch nicht, welche Materialien dafür benutzt werden. Das Gleiche gilt für den Zahnersatz. Hier müsste im Sinne von Transparenz und Qualität dringend nachgesteuert werden.

Dazu kommt, dass die von den PatientInnen zu erbringenden Mehrkosten nach der privaten Gebührenordnung abgerechnet werden und die Korrektheit der Rechnung von keiner Instanz geprüft wird, sodass die PatientInnen hier auf sich alleine gestellt sind.

Die aktuelle Leistungserbringung ist zudem im Bereich der Kieferorthopädie (KFO) extrem uneinheitlich, weil verschiedene gesetzliche Krankenkassen bereits Mehrkostenregelungen mit einzelnen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV'en) haben. Somit gibt es bei weitem keine einheitliche Versorgungssituation für gesetzlich Versicherte.

Die BAGP begrüßt vor dem Hintergrund dieser grundsätzlichen Haltung eine Regelung im Bereich der Mehrkosten für Kieferorthopädische Leistungen, da sie das Potential hat, die bisher vollkommen intransparente und ungerechte Leistungserbringung im Bereich der KFO zu regulieren.

Zudem gibt es nach Kenntnis der BAGP ganze Versorgungsregionen, in denen eine rein GKV-basierte kieferorthopädische Versorgung ohne Mehrleistungen für Versicherte nicht zur Verfügung steht, weil alle Kieferorthopäden der Region entsprechende Absprachen getroffen haben. Darüber gibt es aber auch keine auswertbaren Daten aus der Versorgung.

Die Definition von Mehrleistungen könnte der Schaffung von Transparenz in der tatsächlichen Leistungserbringung dienen. Dies gelingt mit den vorgesehenen Regelungen nicht, da die Gesetzgeberin nicht ausreichend definiert, was Mehrleistungen sind und trifft keine ausreichenden Regelungen zur Transparenz und zur Qualität von Mehrleistungen und schafft auch keine ausreichenden Überprüfungsanlässe zur korrekten Erstellung der Mehrkostenvereinbarungen.

Die BAGP fordert weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Aufklärung, Information und der Versorgung der Patienten in Bereich KFO. Medizinisch notwendige Behandlungen müssen allen Versicherten auch ohne private Zuzahlungen gewährt werden können.

Außerdem wird die Patientenvertretung nicht bei der Ausarbeitung der Mehrleistungsregelungen beteiligt, was für uns nicht nachvollziehbar ist.

## Die BAGP fordert den Gesetzgeber auf

### 1. Die Mehrleistungen klar zu definieren:

Nur wenn tatsächlich mehr geleistet wird, darf auch eine Mehrleistung abgerechnet werden. Üblicherweise werden Mehrleistungen als Honorar im Rahmen der deutlich teureren privaten Gebührenordnung (GOZ) abgerechnet. Auslöser für den Wechsel der Gebührenordnung ist im Bereich der Füllungen, des Zahnersatzes oder der KFO oft schlicht ein Materialwechsel, der in vielen Fällen kaum oder wenig Mehraufwand beim Zahnarzt auslöst. Dies widerspricht aus Sicht der BAGP aber dem Grundgedanken einer MEHR- Leistung.

Im Bereich der KFO sind z. B. bei den heute fast standardmäßig eingesetzten sog. selbstligierenden Brackets und Umformungsbögen aus Titan bei festsitzenden Apparaturen zwar evtl. die Materialkosten etwas erhöht. Dem Zahnarzt erleichtern diese Materialien aber die Arbeit, sodass hier eher von einer MINDER- Leistung zu sprechen ist. Einen Grund, hier in die GOZ zu wechseln sieht die BAGP nicht.

### 2. PatientInneninformationen sicherstellen

PatientInnen brauchen eine verständliche und von den wirtschaftlichen Interessen des Zahnarztes losgelöste Beratung und Information über Versorgungsalternativen, deren Vor- und Nachteile, den Kosten und ggf. zusätzlichen privat zu tragenden Kosten. Ziel dieser Beratung muss eine übersichtliche und verständliche Versorgungs- und Kostentransparenz sein. Diese Beratung muss von den Zahnärzten persönlich und in einem Gespräch vorgenommen werden. Besonderes Augenmerk gebührt hier Menschen mit Verständnisschwierigkeiten (aus den verschiedensten Gründen). Diese bekommen derzeit häufig Privatleistungen angeboten, ohne eine für sie nachvollziehbare und verstehbare Information durch den Behandler. Eine Unterschrift auf einer privaten Behandlungsvereinbarung wird leider oft unter Druck im Vertrauen, dass der Zahnarzt im Patienteninteresse handelt, gegeben. Schützend für Versicherte wäre eine zeitlich einzuhaltende Bedenkzeit zwischen Beratung und Einwilligung / Unterschrift für eine Behandlung mit Mehrkosten, wie wir es seit Jahren für alle Individuellen Gesundheitsleistungen fordern. Auch der Hinweis auf einer Mehrkostenvereinbarung, über unabhängige Beratungsangebote und die Möglichkeit einer Zweitmeinung würden Verbraucher und Patienten besser informieren.

### 3. Patientenvertretung beteiligen:

Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, dass die hierfür notwendigen Abgrenzungen zwischen GKV- Leistung und sog. Mehrleistung lediglich von den sog. Vertragspartnern und nicht mit Beteiligung der Patientenvertretung nach §140f SGB V erfolgt. Damit ist der entscheidende Player bei diesen Vereinbarungen nicht beteiligt. Es besteht die Gefahr, dass hier „Geschäfte zu Lasten Dritter“ gemacht werden. Aus Sicht der BAGP

sollte die Abgrenzung zwischen GKV- Leistungen und Mehr- oder Zusatzleistungen im G-BA erfolgen.

Hilfsweise sollte die Patientenvertretung berechtigt werden, an diesen Verhandlungen analog den Regelungen nach § 140f teilzunehmen.

Gleichlautend sollten die Regelungen zur Entwicklung des Aufklärungsbogens zu Mehr- bzw. Zusatzleistungen gestaltet werden.

4. Transparenz in der Leistungserbringung erhöhen:

Der behandelnde Zahnarzt wird verpflichtet, die Krankenkasse mit dem Antrag auf Bewilligung der Behandlung über die Tatsache, ob Mehr- oder Zusatzleistungen vereinbart wurden sowie über Art und Umfang der vereinbarten Mehr- bzw. Zusatzleistungen, zu informieren.

Die gesetzlichen Krankenkassen werden verpflichtet, diese Informationen auszuwerten und dem Gemeinsamen Bundesausschuss darüber jährlich zu berichten.

5. Qualität der Kieferorthopädischen Versorgung verbessern:

Der gemeinsame Bundesausschuss wird verpflichtet, innerhalb von zwei Jahren ein Verfahren zur Überprüfung der Qualität der vollständig erbrachten GKV- Leistungen nach § 136 SGB V zu etablieren. Dabei werden sowohl reine GKV- Leistungen als auch Mehrleistungen überprüft.

6. Anlassbezogene Überprüfung der Mehrleistungen:

Die KZV'en erhalten von den Zahnärzten, die KFO- Leistungen erbringen, eine Information über den Abschluss von Mehrkostenvereinbarungen in diesem Bereich. Sie überprüfen anlassbezogen die im Zusammenhang mit §29 Abs. 5 Satz 4 und 5 erstellten Vereinbarungen. Anlässe sind

1.: wenn Versicherte sich über die unvollständige Aufklärung im Zusammenhang mit Mehr- oder Zusatzleistungen bei der zuständigen KZV beschweren

2.: wenn der Zahnarzt bei mehr als 30% seiner Behandlungen Vereinbarungen über Mehr- oder Zusatzkosten abschließt.

Über den aktuellen Stand und die Ergebnisse dieser Überprüfungen berichten die KZV'en der KZBV einheitlich bis zum 31.3. jeden Jahres über das abgelaufene Kalenderjahr. Die KZBV fügt die Berichte zusammen und berichtet über die Gesamtergebnisse dem Gemeinsamen Bundesausschuss bis zum 30.6. des jeweiligen Jahres.

## **Zu Punkt 18: Krankenhausentlassmanagement**

Die Einrichtung des Rechtsanspruches auf ein Krankenhausentlassmanagement haben wir mit dem HHVG 2017 begrüßt, da die Patientenversorgung an den Übergängen nicht regelhaft funktioniert.

Allein der Rechtsanspruch ist allerdings nicht ausreichend für die Sicherstellung der kontinuierlichen Behandlung der PatientInnen an den Schnittstellen der Sektoren, da der ausgehandelte Regelungsumfang nicht konsequent genug sektorenübergreifend gedacht ist und nicht entsprechend des Aufwandes vergütet wird. So erhalten Patienten nicht gesichert und bedarfsgerecht Krankenhausentlassung eine Verordnung für Arzneimittel oder eine AU-Bescheinigung, v. a. dann nicht, wenn die Entlassung am Samstag erfolgt. Dies führt in der Praxis zu unnötigen Arztkontakten nach stationärem Aufenthalt allein für die Sicherstellung der formalen Bedingungen der Krankschreibung. Auch die Verordnung der kleinsten Arzneipackung zur weiteren Behandlung führt zu unnötigem Stress nach der Entlassung – vor allem für schwer kranke und alleinlebende Menschen. Trotz Rechtsanspruch auf Entlassmanagement gibt es noch immer bei der Versorgung mit Hilfsmitteln Bewilligungs- / Bereitstellungsprobleme.

Zudem sind die für das Entlassmanagement zuständigen Sozialdienste mit den Aufgaben überfordert, sei es durch fehlende Kompetenz, Personalmangel, schlechte Kommunikation im Krankenhaus oder ungenügende Vernetzung mit dem ambulanten Versorgungssystem.

Die BAGP fordert daher eine qualitative Beschreibung durch den Gesetzgeber für die Qualifizierung des ausführenden Personals. Das anspruchsvolle Entlassmanagement muss einen an der Bettenzahl / am Versorgungsgrad bezogenen Stellenschlüssel haben.

Hintergrund hierzu ist die Tatsache, dass die Krankenhäuser selbst entscheiden können, wie der Sozialdienst ausgestattet und wie er qualifiziert sein muss. Einige Häuser beschäftigen für mehrere Standorte eine Sozialarbeiterin in Teilzeit ergänzt um Pflegepersonal. So können die komplexen Aufgaben des Entlassmanagement aus unserer Sicht nicht patientenorientiert bearbeitet werden. Nach unseren Rückmeldungen sind die wenigen Mitarbeiter des Entlassmanagement in den Kliniken nicht in der Lage die Entlassung sektorenübergreifend, patientenorientiert und versorgungsoptimiert zu gewährleisten.

**Zu Punkt 22: § 44 SGB V Krankengeld**

Die Wahlmöglichkeit für Selbständige und die Klarstellungen der Fristen sind nachvollziehbar. Die BAGP unterstützt die hier geplante Regelung.

**Zu Punkt 23: § 46 SGB V Krankengeld Lückenproblematik**

Diese Regelung ist formal gut, weil sie die soziale Härte des Krankengeldbezugsendes durch unverschuldete Lücke in der AU Bescheinigung schließt. Wir hoffen sehr, dass damit Lückenproblematik beendet wird und Patienten nicht unnötigerweise zu Sozialhilfebeziehern werden müssen. Verschiebebahnhöfe und Zuständigkeitswechsel der Kostenträger sind für Patienten im akuten Krankheitsprozess sozial und gesundheitlich gefährlich.

**Zu Punkt 26: § 51 SGB V Teilrente / Aufforderung der KK**

Wir erleben im Zusammenhang mit Trägerwechsel bzw. Zuständigkeitsübertragungen der Sozialversicherungsträger immer häufiger Unstimmigkeiten / bzw. Schnittstellenproblematiken.

So wird nach einer Reha- Entlassung des RVT bei Feststellung einer geminderten Erwerbsleistung sofort das Arbeitslosengeld auf die im Reha- Entlassungsbericht genannte Stundenzahl gekürzt, ohne das zeitgleich eine Teilrente angeboten oder gezahlt wird. Das führt zu sozialen Härten und Patientinnen müssen evtl. Sozialhilfe beantragen, obwohl sie die eigentlich über die Sozialversicherungsträger der Krankenversicherung und der Rentenversicherung abgesichert wären.

Im Zusammenspiel mit den arbeitsmarktpolitischen Problemen wie dem Fachkräftemangel und dem Rückholen von Altersrentnern ins Erwerbsleben dürfen Arbeitnehmer im Krankenstand nicht anders behandelt werden, als „normale Arbeitnehmer“.

Die BAGP macht in ihren Beratungsangeboten die Erfahrung, dass Patienten immer schneller aufgrund einer Diagnose aufgefordert werden einen Rentenantrag zu stellen, ohne die individuellen Verläufe zu betrachten. Es muss wie bei der Wiedereingliederung viel mehr im Einvernehmen Patientin, des Ärztin und Arbeitgeberin ausgehandelt werden, ob ein Arbeitsverhältnis bei Krankheit weitergeführt werden kann oder nicht.

**Zu § 53 SGB V Wahltarif der Krankenkassen**

Die BAGP kann die Aufhebung des Wahltarifes zur Übernahme der Kosten für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen nachvollziehen, da das Kosten-Nutzen-Verhältnis für die Patienten nicht stimmig ist.

Generell halten wir Wahltarife in der GKV für unpassend.



**Zu Punkt 27: § 55 SGB V Zahnersatz**

Die Regelung wird begrüßt, alle Folgeänderungen sind logisch. Das Inkrafttreten dieser Regelung sollte aber unbedingt vorverlegt werden auf den 1.1.2019.

Dies geplanten Änderungen an den §§ 55 und 57 lösen die systematische Fehldefinition des Festzuschussystems nicht:

Versicherte, die sich für die Regelversorgung entscheiden, sollten einen Festpreis entsprechend ihrer sonstigen Bonus- und Einkommensverhältnisse bezahlen. Die GKV als solidarische Krankenversicherung sollte die Schwankungen, die durch die individuelle Erbringung von Regelversorgungsleistungen entstehen, als Versichertengemeinschaft auffangen. Dabei würde sie je nach Fall etwas mehr und manchmal etwas weniger dazu bezahlen und hätte gleichzeitig wieder die volle Information über die Fälle, in denen reine Regelversorgungsleistungen erbracht werden.

Versicherte, die sich für gleich- oder andersartige Versorgungen entschließen, erhalten einen Festzuschuss in Höhe des Festpreises für die jeweilige Regelversorgung.

Zum Hintergrund: Die Patientenvertretung hatte 2015 im G-BA einen Antrag auf Neuberechnung der Festzuschüsse gestellt. Die für die Berechnung zugrunde gelegten Häufigkeiten der einzelnen Abrechnungsziffern für den jeweiligen Festzuschuss waren auf geringer Datengrundlage im Jahr 2004 beschlossen und seitdem nicht mehr überprüft worden. Im Verlauf der Neuberechnungen stellte sich heraus, dass z.T. sehr erhebliche Abweichungen errechnet wurden. Diese Abweichungen wurden von 2005 bis 2017 allein von den PatientInnen getragen, da die GKV immer nur den Festzuschuss zahlte. Der GKV SV hatte während der Diskussionen immer wieder deutlich gemacht, dass er keine eigenen Daten und damit auch keine Möglichkeiten gehabt habe, auf eine wirtschaftlichere Leistungserbringung bei Regelversorgungsfällen hinzuwirken. Durch die vorgeschlagene Änderung bekäme die GKV wieder vollen Zugriff auf die Abrechnungsdaten und könnte alle Regelversorgungsfälle prüfen. Eine Formulierung des § 55, welche die Patientenbelange passgenauer beschreibt ist von der BAGP an die Politik gereicht worden.

**Zu Punkt 34: § 74 SGB V Stufenweise Wiedereingliederung**

Die Stufenweise Wiedereingliederung von Menschen mit schwerer Erkrankung ist ein gutes Instrument zur Belastungserprobung und Rückgewinnung der Autonomie.

Wir halten es für nicht gerechtfertigt, dem Arzt vorzuschreiben, dass eine Wiedereingliederung ins Arbeitsleben direkt nach Ende der Lohnfortzahlung zu erfolgen hat. Diese Regelung hat nicht die Genesung des Patienten, sondern die Vermeidung des Krankengeldanspruches im Blick. Aus Patientensicht sollte die Empfehlung zur

Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit allein unter medizinischen Aspekten erfolgen. Unsere Erfahrung aus der Beratung ist, dass Zeit zur Heilung und Regeneration immer häufiger nicht zur Verfügung gestellt wird. Stufenweise Wiedereingliederung muss medizinisch sinnvoll sein und nicht dem Genesungsprozess im Wege stehen oder den bisherigen Behandlungserfolg gefährden.

**Zu Punkt 35: § 75 SGB V Terminservicestellen (TSS) & § 92 SGB V**

Terminservicestellen können PatientInnen unterstützen einen Arztkontakt herzustellen, wenn sie eigenständige Suchmöglichkeiten nicht umsetzen können und über den Überweiser keine Vermittlung zu Stande kommt. Im Sinne der qualitativen Patientenversorgung ist aber unbedingt eine eher kleinräumige wohnortnahe Versorgung zu bevorzugen, besonders wenn Behandlungen, über einen einmaligen Kontakt bzw. reine Diagnostik hinausgehen. Hier wäre die Unterstützung von Praxisnetzen durch Haus- und Fachärzte incl. einer Unterstützung durch geeignete Case Manager / Patientenlotsen sinnvoll – v. a. bei schweren Erkrankungen und besonders bei vulnerablen Patientengruppen.

Soll das Instrument der Terminservicestelle versorgungsrelevant sein, dann ist es so zu gestalten, dass es sektorenübergreifend, trägerübergreifend (heißt incl. BG / RVT) und patientensteuernd im Sinne von „am richtigen Platz“ die passgenaue Versorgung unterstützt, was leider das Gesetz nicht vorsieht.

Die Patientenrückmeldungen in unserer Beratung in Bezug auf die Kontakte mit der Koordinierungsstelle für Psychotherapieplatzvermittlung machen deutlich, dass eine reine Nennung freier Kapazitäten nicht hilfreich ist. Gerade Patienten mit dem Therapieerfordernis Psychotherapie benötigen mehr als diese Art der Vermittlung.

In diesem Zusammenhang ist die geplante Richtlinie zur gestuften und gesteuerten Versorgung in der Psychotherapie zwar formal nachvollziehbar, um den Mangel an Plätzen zu begegnen, die Ausgestaltung ist aber aus Patientensicht abzulehnen.

Der Vorschlag einer Vorbegutachtung durch einen für den Patienten unbekanntem „Gutachter“ zur Beurteilung der Behandlungsnotwendigkeit ist abzulehnen. Es würden zusätzliche Hürden für die Inanspruchnahme von Psychotherapie eingebaut und den Anschein erwecken könnten, dass ein ausgebildeter Psychotherapeut nicht in der Lage wäre selbst zu beurteilen, ob Behandlungsnotwendigkeit vorliegt.

Für besondere Bereiche der Versorgung, wie Traumatherapie oder die Versorgung von Patienten, welche aus der stationären Akutbehandlung kommen, müssen dringend vereinfacht / übergeleitet werden.

Darüber hinaus fehlt im aktuellen Gesetzesentwurf bisher eine Anforderung nach Evaluierung des Angebotes der TSS. Ist diese mit § 95 (alt) SGB V erfasst?

Die BAGP fordert einen Nachweis der Wirksamkeit und des Kosten-Nutzen Verhältnisses.

Außerdem gibt es keine bundesweite Erhebung der tatsächlichen Wartezeiten für medizinisch notwendige Behandlungen, welche Basis für weitere Planungen im ambulanten Setting und der

stationären Versorgung sein müssten. Bisher liegen laut unserer Kenntnis nur Ergebnisse der Versichertenbefragung der KBV vor, mit dem Ergebnis, dass die Unterschiede der Wartezeiten zwischen GKV und PKV Versicherten grundsätzlich gering ist. Auch die Anzahl der Patienten, welche aufgrund sehr langer Wartezeiten auf den Arztkontakt haben verzichten müssen, läge nur bei 4,4 % (KBV 2017).

#### **Zu Punkt 40: § 87 SGB V Gutachterverfahren Zahnersatz / Kieferorthopädie / Parodontopathien**

Die BAGP hält die unabhängige Unterstützung / Unabhängige Beratung der PatientInnen bei den genannten Verfahren für notwendig, da sie die medizinisch sinnvollen Möglichkeiten oft nicht richtig einschätzen können Gerade bei den genannten Versorgungsbereichen bestehen oft Unklarheiten, Fehldiagnosen und Überversorgung. Außerdem werden den PatientInnen oft zusätzlich private Angebote gemacht, deren Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit schwer einzuschätzen ist. Das ist für GKV Versicherte in der anderen Versorgungsbereichen nicht üblich und führt zu Überforderungen mit erheblichen wirtschaftlichen Risiken.

Die Schaffung einer weiteren Begutachtungsmöglichkeit, die in der Regel bei den KZV'en angesiedelt sein wird, geht aus Sicht der BAGP am eigentlichen Problem vorbei. Es werden zu wenige Pläne begutachtet, die Versicherten werden bei privaten Angeboten unzureichend unterstützt und die Begutachtungen werden nicht systematisch ausgewertet und kommuniziert.

Aus Sicht der BAGP sollte die GKV daher verpflichtend einen bestimmten Anteil (z. B. 10%) aller Anträge auf Par, KFO und ZE inklusive geplanten Implantat- Versorgungen ohne Ausnahmeindikation begutachten lassen und außerdem anlassbezogen bei Auffälligkeiten bestimmter Leistungserbringer häufiger prüfen.

Zum Hintergrund:

Zudem sind die Heil- und Kostenpläne und die Rechnungen häufig intransparent, werden von den behandelnden Ärzten oft nicht ausreichend und laienverständlich erläutert und werden hinsichtlich der Angemessenheit der Versorgung auch von keiner anderen Stelle kontrolliert. So wird beispielsweise hochaltrigen Menschen eine Versorgung mit Implantaten angeboten, ohne sie darüber zu informieren wie aufwendig die anschließende Zahnhygiene ist. Das wird den Betroffenen spätestens dann zum Verhängnis, wenn sie pflegebedürftig werden, und die notwendige Zahnhygiene weder von ihnen selbst noch durch die Pflegeperson ausgeführt werden kann. Auch bei der kieferorthopädischen Versorgung haben die PatientInnen (bzw. Eltern) bislang keine Möglichkeit sich von unabhängiger Stelle über den Nutzen der angebotenen Selbstzahlerleistungen, geschweige denn den Kosten beraten zu lassen. Hier ist ein regelrechter Wildwuchs entstanden. Behandlungen im Rahmen der GKV Leistungen

werden von den Behandlern kaum noch angeboten. Gleiches gilt für den Bereich der Wurzelbehandlungen, welche den Patienten regelhaft als Privatleistung verkauft werden.

Daher ist aus unserer Sicht unbedingt das Patientenrechtegesetz hier so zu verändern, dass auch ZahnärztInnen vor der Behandlung schriftlich über die Höhe der anzufallenden Kosten zu informieren haben und nicht nur „können“. Zudem bedarf es besonders hier eines unabhängigen, regionalen Beratungsangebotes und Kontrollen durch die Zahn-/Ärztekammern.

Darüber hinaus ist die ernsthaftere und konsequentere Unterstützung der Patienten bei Verdacht auf Behandlungsfehler dringend notwendig. Es ist völlig unzureichend, dass die Gutachten nur der Frage dienen, ob der durch die GKV finanzierte Festzuschuss richtlinienkonform eingesetzt wurde. Patienten bräuchten aber einen Automatismus in der Form, dass bei Rückzahlungsanspruch der Kasse auch die Patientin ihren Eigenanteil zurück erhält ohne privatrechtlich vorgehen zu müssen.

Die durch insuffizienten Zahnersatz erlittenen Beschwerden und Leiden der PatientInnen sind erheblich und die Prüfung und Unterstützung im Rahmen der Begutachtung sind viel zu langwierig. Hier braucht es eine einheitliche Regelung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zur Patientenunterstützung oder einer unabhängigen, mischfinanzierten

Begutachtungsstelle mit kurzen Bearbeitungszeiten. Nachbesserungen, Prüfverfahren und Begutachtungen, die sich über mehr als 6 Monate hinziehen müssen unbedingt Einzelfälle sein, da der Leidensdruck und Krankheitswert durch insuffizienten Zahnersatz immens ist.

Auch die Freiwilligkeit der Teilnahme an Schlichtungsverfahren von Seiten der ZahnärztInnen zur Klärung der Patientenfragen bei Behandlungsfehlerverdacht und Kostenabweichungen von Planung und Rechnung sollte dahingehend verändert werden, dass BehandlerInnen plausibel aufzeigen müssen, warum sie das Schlichtungsverfahren ablehnen. Bei unplausibler Ablehnung durch den Verursacher / Behandler sollte der Patient entschädigt werden können und kostenlosen Rechtsbeistand erhalten. Das Schlichtungsverfahren sollte für Hilfebedürftige kostenfrei zugänglich sein. Derzeit zahlen Versicherte z. B. in Bayern eine „Eintrittsgebühr“ von 400€.

#### **Zu Punkt 46: § 89a SGB V Sektorübergreifendes Schiedsgremium &**

#### **Zu Punkt 58: § 116 b SGB V**

Die BAGP begrüßt die Schaffung des Gremiums. Für die Optimierung der Patientenversorgung sollte das Antrags- und Entscheidungsverfahren vereinfacht und entbürokratisiert werden, sowie ein bundeseinheitliches Verfahren festgelegt werden. Es ist uns nicht nachvollziehbar, wieso die ASV Versorgung in den Bundesländern so unterschiedlich gestaltet sein kann, bei gleicher Krankheitslast der Bevölkerung.

## Bedarfsplanung

### **Zu Punkt 48: § 96 SGB V (S. 22) Recht zur Beantragung von Zulassung in Ländlichen Gebieten bei Zulassungsbeschränkung durch Sozialversicherungsträger Landesbehörden**

Die BAGP begrüßt grundsätzlich eine Einbeziehung der oberen Planungsbehörden in die Bedarfsplanung und fordern darüber hinaus ein eigenes Antragsrecht im Zulassungsausschuss.

Die Beantragung zusätzlicher Arztsitze in ländlichen Gebieten in gesperrten Planungsbereichen muss aber korrespondieren mit Handlungen zur Sicherstellung durch die KV'n und den Aktionen des Landesgremiums und sollte daher dort und nicht in den Zulassungsausschüssen erfolgen, sondern z. B. in den Landesgremien nach § 90a SGB V und Rechtsverbindlichkeit erhalten.

### **Zu Punkt 50: § 103 SGB V Aussetzen von Zulassungsbeschränkungen für best. Facharztgruppen**

Die BAGP begrüßt diese Übergangsregelung unbedingt, da die PatientInnen bei den genannten Facharztgruppen der Kinderärzte, Rheumatologen und Psychiater dann hoffentlich wieder leichter Zugang zur Versorgung erhalten. Die Überlastung der Facharztgruppen ist in der Versorgung durch erhebliche Wartezeiten spürbar.

Die BAGP regt an, die Regelung auch auf die Gruppe der Neurologen auszuweiten, da Erkrankungen im dem Bereich zunehmen.

### **Zu Punkt 51: § 105 SGB V**

Die BAGP begrüßt die Bildung von Strukturfonds zur Sicherstellung in unterversorgten Gebieten oder Regionen. Die geplanten Regelungen gehen aber nicht weit genug.

Die KV'en sollten aber verpflichtet werden, einen solchen Fonds einzurichten. Er sollte vor allem eingesetzt werden zum Abbau von Überversorgung. Der Gesetzgeber sollte eine Regelung erlassen, die in überversorgten Gebieten eine Nachfolgebesetzung unmöglich macht. Eine angemessene Entschädigung der Sitzinhaber aus dem Strukturfonds sollte im Rahmen einer Übergangsregelung geschaffen werden, für solche Ärzte, die nachweislich ihre Ruhestandsfinanzierung darauf aufgebaut haben. Das Vererben und Verkaufen von Arztsitzen muss aber perspektivisch endlich abgeschafft werden, es behindert wesentlich eine rationale Versorgungsplanung für die Bevölkerung im Rahmen der Daseinsvorsorge.

### **Mitglieds- und Beitragsrecht**

#### **Zu Punkt 76: § 228 Abs. 2 SGB V Beitragsnachzahlungen aus Renten**

Anfügung sinnvoll.

#### **Zu Punkt 78: § 237 SGB V Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtiger Rentner**

Die Beitragsfreistellung unterhaltsersetzender Versorgungsbezüge bei Waisenrentnern ist eine Verbesserung für die Bezieher dieser Leistungen. Allerdings stellt sich die Frage, warum die Einnahmen nicht in Analogie zu § 10 SGB V Familienversicherung gewertet werden und damit eine Vereinfachung durch Mitversicherung beim hinterbliebenen Elternteil umgesetzt werden kann.

## Digitalisierung

### **Zu Punkt 83: § 291a Absatz 5c SGB V Elektronische Gesundheitskarte als Versichertennachweis / Elektronische Patientenakte (ePA) &**

#### **Zu Punkt 89: § 305**

Die anlassbezogene Zusammenführung der Patientendaten auf einem Speichermedium ist nachvollziehbar.

Die Datensicherheit muss hierbei oberste Priorität haben.

Dennoch sind Möglichkeiten zu schaffen, die einen schnellen Austausch – auch in elektronischer Form - von dringend benötigten Behandlungsdaten bzw. -unterlagen für die Leistungserbringer interdisziplinär und sektorenübergreifend ermöglichen z. B. im Bereich der Notfallmedizin oder der Behandlungen nach §116 b SGB V. Ein mobiler Zugriff auf die medizinischen Daten der elektronischen Patientenakte durch ein Smartphone oder Tablet würde ein erhebliches Sicherheitsrisiko für die gesamte Telematik-Infrastruktur darstellen und ist daher aus unserer Sicht zum jetzigen Zeitpunkt abzulehnen.

Die im Absatz 5c geforderte Informationspflicht der Kassen ist unzureichend: es ist „*in allgemein verständlicher Form über deren Funktionsweise, einschließlich der Art der in ihr zu verarbeitenden Daten und über die Zugriffsrechte, zu informieren.*“

Die BAGP hält die reine Information über die Funktionsweise und Auswirkungen der Datenspeicherung / elektronische Patientenakte für die meisten Patienten nicht ausreichend, da hierfür Digital Health Literacy vonnöten ist, die nicht unmittelbar vorausgesetzt werden kann. Hier sind flankierende Bildungs- und Unterstützungsmaßnahmen im Sinne der Erhöhung der Gesundheitskompetenzsteigerung mit zu planen und dafür Mittel einzustellen. Man kann nicht den Patienten zum Entscheider und Datenhalter machen, ohne ihn über die Tragweite der Entscheidungen zu beraten und zu unterstützen.

Generell ist dafür Sorge zu tragen, dass die Versicherten / Patienten in dem fortschreitenden Digitalisierungsprozess aktiv unterstützt werden und ihre Ängste in Bezug auf die Unsicherheiten, die mit zentralen Datenträgern in Zusammenhang stehen, ernst genommen werden und auch Alternativen zur Verfügung gestellt werden. Die Nutzung der elektronischen Möglichkeiten muss für Patienten auf freiwilliger Basis sanktionsfrei stattfinden.

#### **Zu 89:**

Bei der Zulassung von weiteren Anbietern von ePA muss gewährleistet werden, dass die Daten nicht zu anderen Zwecken als der reinen Datenhaltung für die einzelne Patientin genutzt werden dürfen.



**Pflegeversicherung**  
**Artikel 8**  
**Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

**Zu Punkt 5: § 71 Abs. 1a ambulante Betreuungsdienste & §112 a SGB XI**

Die BAGP hält die Qualitätssicherung in der Patientenbetreuung und Unterstützung grundsätzlich für richtig. Allerdings sind ist auch sicher zu stellen, dass die Angebote überhaupt geschaffen bzw. zugänglich sind. Derzeit gibt es in vielen Regionen keine Anbieter.

## Arzneimittel

### Artikel 9, 10

#### Änderung der Arzneimittelpreisverordnung

Die BAGP befürwortet die Klarstellungen im AMG.

Auch die Kostenübernahmeverpflichtung der Kassen für den „zweitgünstigsten Hersteller“ von Impfstoffen ist eine an der Patientensicherheit und der Versorgungsqualität orientierte Regelung.

#### **Artikel 9, Änderung des § 13 AMG:**

Zahnärzte sollten wie Ärzte und Tierärzte als Heilberufler angesehen werden. Die Klarstellung ist gerechtfertigt.

#### **Artikel 10, Änderung im § 2 AMPreisV**

Um die angemessene und flächendeckende Versorgung der Patienten mit Arzneimitteln (AM) sicherzustellen, wurden, zuletzt im AMNOG, genau definierte degressive Zuschläge und ein Festzuschlag festgelegt.

Es wurde nun präzisiert, dass dieser Festzuschlag von 70 Cent nicht mit Rabatten belegt werden darf, wohl aber die degressiven Zuschläge. Dieses sei dem Großhandel zugestanden.

Für die Patienten wäre aber wichtig, dass die **angemessene flächendeckende kontinuierliche Versorgung** sichergestellt wird.

Hier fehlen die Hauptverursacher von Lieferengpässen im AM-Markt, die Pharmafirmen. Sie verknappen wichtige AM, weil sie finanziell nicht mehr die gewünschte Rendite abwerfen.

Gängige Impfstoffe (Masern, Diphtherie-Tetanus) sind manchmal nicht lieferbar.

Ebenso werden die Produktionen von z.B. Antibiotika zurückgefahren, weil nicht genügend Mengen abgesetzt werden können.

Produktionen werden zunehmend ins (billigere) Ausland verlegt mit der Folge, dass immer wieder verunreinigte AM auf dem Markt landen. Dies darf nicht politisch erlaubt sein, da in den genannten Produktionsländern weder deutsche Umweltbedingungen noch Hygienevorschriften zu beachten sind, was ein Skandal ist. Letztlich wurde Valsartan, mit cancerogenen Stoffen verunreinigt, vom Markt genommen. Wichtige Forschungen und Neueinführungen von AM unterbleiben, weil vorauszusehen ist, dass damit nicht viel Geld verdient werden kann. Beispiele: Ebolawirkstoff, HIV- Medikamente für die Behandlung größerer, armer Bevölkerungen, Wirkstoffe für seltene Erkrankungen.

Dagegen werden Scheininnovationen von der Pharmaindustrie kreiert, mit dem Zweck der Verlängerung der Gewinnspanne.

Die BAGP fordert die Politik auf, stärker Verantwortung zu übernehmen und deutsche Sicherheits- und Umweltstandards auch von Herstellerfirmen im nichteuropäischen Ausland zu fordern. Die Umweltbelastungen dort führen letztlich auch in Deutschland zu Antibiotikaresistenzen, hohen Behandlungskosten und vermeidbaren Todesfällen.

**Artikel 12**  
**Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**  
**Zu Punkt § 18a Krankenhausfinanzierungsgesetz**

**Artikel 13**  
**Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)**  
**Mindestsprechzeiten 25 Std/Woche**

**Zu Punkt 2, § 19 a**

Die Mindestsprechzeitenregelung ist grundsätzlich zu begrüßen für jene Praxen, die nicht bereits über das Maß hinaus ihre Sprechzeiten erfüllen.

Allerdings führt die o. g. Regelung nicht zu einer signifikanten Verbesserung der Patientenversorgung. Bei einer Erhebung des ZI der KBV mit Angaben von knapp 4000 Ärzten berichteten nur 8,1 % der Einzelpraxen von einer Praxisbetriebszeit von unter 25 Stunden pro Woche (Bezugsjahr 2015; Leibner et al. 2018).

Auch die Regelung, dass offene Sprechstunden angeboten werden müssen, wird nicht zu einer besseren Patientenversorgung oder einem leichteren Zugang zu einer Praxis führen. Überfüllte Praxen werden dies auch mit dem Zusatzangebot der offenen Sprechstunde sein.

Aus unserer Sicht ist es daher nicht nachweisbar, dass die geforderte Erweiterung der Praxisbetriebszeit incl. der offenen Sprechstunde / Hausbesuche für GKV Patienten zum erhofften Effekt – der besseren und zeitnahen Versorgung führt.

Für Hausbesuche müssen regelmäßig Zeiten außerhalb der offenen Sprechstunde eingeplant werden und verlässlich stattfinden und entsprechend des Mehraufwandes vergütet werden.

Leider wird die Mindestsprechzeitenregelung nicht die grundsätzlichen Probleme der nichtbesetzbaren Arztsitze und der damit verbundenen Versorgungsengpässe auffangen können. Die Veränderungen der gewachsenen Struktur im niedergelassenen Bereich, wie der Wunsch nach Teilzeitarbeit, nach Anstellung statt eigenständiger Praxis, steigender Ambulantisierung der Medizin, zunehmenden Bedarf an Hausbesuchen aufgrund der Morbiditätssteigerungen und demografischen Entwicklung mit steigendem Hilfebedarf u.v.m. müssen mit anderen Mitteln gelöst werden, als Aufstockung der Mindestsprechzeiten.

Bei krankheitsbedingten Ausfallzeiten von ambulant tätigen Ärzten muss es sehr viel schneller möglich zu sein, einen Ersatz für die Versorgung zu gewinnen. Oft halten die freiberuflichen Ärzte zu lange an der Illusion der Rückkehr in die Patientenversorgung fest, was sich in den Nachbesetzungsverfahren zeigt. Sinnvoll könnte hier die Einführung eines Meldesystems für Niedergelassene sein, welches frühzeitig aufzeigt, wenn die Praxen mit dem Patientenstrom

überfordert sind (z. B. durch Krankheitswellen, Neuzuzügen von Bürgern durch Wohngebieterschließung usw.), in der Hoffnung, dass z. B. die KV'n gegensteuern können.

### **BAGP FAZIT zum TSVG**

- Das TSVG führt an einigen Stellen zur Abschwächung von Versorgungshärten ist aber kein Gesetz, welches die Versorgungsrealitäten durch Unter-, Über- und Fehlversorgung grundlegend ändern kann.
- Zur Behandlung für temporäre Krankheitswellen und die Versorgung von besonders vulnerablen Patienten bräuchte es nach unserer Einschätzung eine bundesweit einheitliche Einbindung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, da es vielerorts für Menschen mit Behinderungen keine hinreichenden Behandlungsoptionen im ambulanten Setting gibt (Beispiele: Zahnärzte für Menschen mit geistiger Behinderung oder Anfallsleiden, Impfleistungen, Erstuntersuchungen für Asylbewerber, Diagnostik und Behandlung von Nichtversicherten u.v.m.).
- Wir vermissen eine gesetzgeberische Initiative zur Sicherstellung der Versorgung durch Heilberufe wie Heilmittelerbringer (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden) und der Pflege-/ Betreuungsdienste für Menschen mit Behinderungen und Hilfebedarf. Gerade bei letztgenanntem ist es häufig unmöglich Pflegebedürftige überhaupt unterbringen zu können.
- Die Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind nicht ausreichend und verändern nicht die grundsätzlichen Finanzierungsfragen / - Schieflagen von Krankenhäusern. Die BAGP fordert eine abgestimmte gemeinsame Krankenhausplanung von Bund und Ländern, die in erster Linie die Sicherstellung der qualitätsgesicherten Krankenhausversorgung und das Patientenwohl im Blick hat. Es muss zukünftig dringend vermieden werden können, dass Fehlanreize gesetzt werden und Patienten operativen Eingriffen unterzogen werden, die nicht zwingend medizinisch notwendig sind. Außerdem ist die Qualitätssicherung in den Häusern mit Unterstützung des G-BA weiter voran zu treiben, um Patientensicherheit gewährleisten zu können. Nicht jeder Landkreis braucht ein eigenes Krankenhaus mit Maximalangeboten, sondern sichere Zugangswege über koordinierte Land- und Luftrettung, gut erreichbare Krankenhäuser über das Bundesgebiet hinweg.