

BKK Bundesverband

Büro Berlin
Albrechtstr. 10c
10117 Berlin
T:030-22312-124
F:030-22312-119
politik@bkk-bv.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0188(42)
gel. VB zur öAnhörung am 19.10.
11_VStG
13.10.2011



Stellungnahme des BKK Bundesverbandes

vom 13. Oktober 2011

zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)

Inhaltsverzeichnis

I Vorbemerkungen (Seite 2)

II Kernaussagen (Seite 3)

III Stellungnahme zu den Änderungsanträgen der Regierungskoalition (Seite 11)

IV Detailkommentierungen (Seite 19)

I Vorbemerkungen

Das deutsche Gesundheitswesen bietet den gesetzlich Versicherten eine medizinische Versorgung auf sehr hohem Niveau. Unsere Ärztinnen und Ärzte sind hoch qualifiziert und der Zugang zu medizinischen Leistungen für jedermann ist nach wie vor umfassend gewährleistet. Dass es in Deutschland insgesamt ausreichend viele Ärztinnen und Ärzte gibt, zeigt der Blick auf die Fakten: Noch nie zuvor gab es eine so hohe Arztdichte wie heute. Vor allem in Ballungsgebieten sind oftmals sogar deutlich zu viele Mediziner angesiedelt. Hier gibt es Überkapazitäten, die letztlich die Beitragszahler teuer zu stehen kommen.

Trotz diesem Überangebot an Ärzten herrscht jedoch in weiten Teilen der Bevölkerung der Eindruck vor, dass es hierzulande eine Versorgungsknappheit gäbe. Die Gründe für diese „gefühlte Unterversorgung“ sind nur partiell darauf zurückzuführen, dass es in einigen dünnbesiedelten Regionen an niedergelassenen Ärzten oder Psychotherapeuten mangelt. Oftmals sind die Versicherten schlichtweg unzufrieden, weil sie – selbst in Gebieten mit hoher Arztdichte – sehr lange auf einen Termin bei einem Facharzt warten müssen. Auch das von vielen Betriebskrankenkassen erfolgreich angebotene Terminmanagement kann diese Unzufriedenheit nicht kompensieren.

Statistisch nachweisbare Überversorgung bei gesellschaftlich empfundener Unterversorgung – dieses Paradox zeigt: Das Problem liegt in der Verteilung und Organisation. Eine Reform der ärztlichen Bedarfsplanung muss hier mit einem ausgewogenen Maßnahmenbündel gegensteuern. Diesem Anspruch wird der von der Bundesregierung vorgelegte Gesetzentwurf zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung nur in Teilen gerecht. Während zahlreiche Instrumente gegen eine in der Zukunft im ländlichen Raum drohende Unterversorgung eingeführt werden, bleiben Maßnahmen zum Abbau der derzeit bestehenden Überversorgung gänzlich aus.

Die Betriebskrankenkassen erkennen das Ziel der Bundesregierung an, mit dem Versorgungsstrukturgesetz den Versorgungsalltag der Patientinnen und Patienten zu verbessern. Die neuen Regelungen dürfen insgesamt aber nicht dazu führen, dass die Krankenkassen und ihre Versicherten finanziell noch stärker belastet werden. Die geplante Reform der ärztlichen Honorierung sehen die Betriebskrankenkassen deshalb sehr kritisch. Sie drängen außerdem darauf, dass bei einer Reform der Bedarfsplanung bestehende Überkapazitäten stärker berücksichtigt werden.

Dass die Bundesregierung im Versorgungsstrukturgesetz plant, die Wettbewerbsmöglichkeiten der Krankenkassen auf Leistungsseite zu stärken, ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen ein grundsätzlich richtiger Ansatz. Konsequenterweise müsste der Wettbewerb im Vertragsbereich angesiedelt werden.

II Kernaussagen

Zu den zentralen Anliegen des Gesetzentwurfs nimmt der BKK Bundesverband folgende Grundsatzpositionen ein, die in den Detailkommentierungen ab Seite 19 vertiefend erläutert werden:

Reform der Bedarfsplanung

Die Betriebskrankenkassen begrüßen, dass die Bundesregierung einen Gesetzentwurf vorgelegt hat, mit dem die Zielgenauigkeit der ärztlichen Bedarfsplanung verbessert werden soll. Insbesondere die Möglichkeit, in der Bedarfsplanung künftig stärker zwischen primärärztlicher, allgemeiner fachärztlicher und spezialisierter fachärztlicher Versorgung unterscheiden zu können, birgt große Chancen, tatsächliche Verbesserungen in der ärztlichen Versorgung zu erreichen. So sollte z. B. für Hausärzte ein höheres Maß an Flächendeckung notwendig sein als für Fachärzte. Dafür muss allerdings auch ein Umverteilungsmechanismus gefunden werden, der die Hausärzte regional gerechter verteilt, ohne dass dabei die bestehende Überversorgung ausgebaut wird. Gerade bei der fachärztlichen Versorgung muss die Bedarfsplanung hingegen künftig viel stärker als heute dazu beitragen, die Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu überwinden und vorhandene Überversorgung bzw. Doppelstrukturen abzubauen.

Die Betriebskrankenkassen halten es daher für ein wichtiges Anliegen, in die **Bedarfsplanung der Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen** auch die Kapazitäten der Krankenhausversorgung miteinzubeziehen. Dafür sollten die bestehenden Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 SGB V für die sektorenübergreifende spezialärztliche Bedarfsplanung um Vertreter aus dem stationären Bereich erweitert werden – bei Wahrung der Parität zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen. Zur Vermeidung von Doppelstrukturen ist dabei wichtig, dass – neben den Leistungen im Rahmen der persönlichen und institutionellen Ermächtigungen – alle einschlägigen Leistungsbereiche aus der Krankenhausversorgung mit in die Bedarfsplanung einbezogen werden. Dazu gehören vor allem die ambulanten Operationen in Krankenhäusern, Leistungen der sozialpädiatrischen Zentren und psychiatrischen Institutsambulanzen, die hochspezialisierten Leistungen nach § 116b SGB V, die vor- und nachstationären Behandlungen im Krankenhaus, die Stunden- und Tagesfälle (Ein-Tages-DRGs) sowie die teilstationären Leistungen.

Kritisch sehen die Betriebskrankenkassen die Regelungen des Versorgungsstrukturgesetzes zur **ambulanten spezialärztlichen Versorgung**. Da sowohl Mengenbegrenzungen und Bedarfsplanung als auch funktionierende Bereinigungsregelungen insbesondere für den stationären Sektor fehlen, drohen hier massive Ausgabensteigerungen zu Lasten der Versicherten. Das Motto „Jeder, der kann, darf“ wird einer sachgerechten Weiterentwick-

lung der Versorgungsstrukturen nicht gerecht. In jedem Fall sind zwingend verbindliche und im Ergebnis ausgabenneutrale Bereinigungsvorschriften sowohl im ambulanten Bereich als auch im stationären Budget (im einzelnen Krankenhaus oder im Landesbasisfallwert) vorzusehen. Darüber hinaus sollten zumindest die quantitativ bedeutendsten Indikationen aus dem neuen § 116b herausgenommen werden, um die finanziellen Risiken der gesetzlichen Neuordnung abzumildern. Hierzu gehören insbesondere onkologische Erkrankungen und HIV/AIDS sowie v. a. die nach Abs. 5 vorgesehene Integration der ambulanten Operationen und stationersetzenden Eingriffe.

Dass mit dem Versorgungsstrukturgesetz ein größerer Gestaltungsspielraum für die **Orientierung der Bedarfsplanung an regionalen Besonderheiten** ermöglicht wird, wird von den Betriebskrankenkassen grundsätzlich begrüßt. Allerdings birgt die im Versorgungsstrukturgesetz vorgesehene Regelung die Gefahr, dass Unterversorgung auch ungerechtfertigter Weise festgestellt werden kann. So kann eine kleinräumigere Bedarfsplanung dazu führen, dass eine künstliche Unterversorgung geschaffen wird. Die Steuerung in gravierend unterversorgte Gebiete im ländlichen Raum wird erschwert, wenn auch in städtischen Regionen neue Niederlassungsmöglichkeiten eröffnet werden. Es zeigt sich bereits mit der Einführung des Demographiefaktors in die Bedarfsplanung, dass auch neue Niederlassungsmöglichkeiten in größeren Städten entstehen. Insofern kommt diese – auch von Ärzteseite seit längerem geforderte – Änderung der bestehenden Planungsbezirke allenfalls zur Behebung von Unterversorgung insbesondere bei der hausärztlichen Versorgung in strukturschwachen ländlichen Gebieten in Betracht.

Auch der Schaffung eines **regionalen Strukturfonds** zur Finanzierung monetärer Anreize zur Niederlassung in unterversorgten Gebieten aus der Gesamtvergütung stehen die Betriebskrankenkassen grundsätzlich positiv gegenüber. Von entscheidender Bedeutung ist aber, dass der Strukturfonds tatsächlich aufwandsneutral umgesetzt wird. Dies ist mit der im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelung, die die Krankenkassen zu einer zusätzlichen Zahlung von 0,1 Prozent der Gesamtvergütung in den Strukturfonds verpflichtet, jedoch nicht gewährleistet. So entsteht die Gefahr der Doppelfinanzierung. Um den Strukturfonds vor jeglicher Zweckentfremdung effektiv zu schützen, plädieren die Betriebskrankenkassen zudem dafür, dass die Entscheidungen darüber, nach welchen Kriterien die regionalen Mittel verteilt werden, nicht allein von der KV, sondern von einem selbstverwalteten Gremium mit paritätischer Besetzung (analog zur Zusammensetzung der Landesausschüsse nach § 90 SGB V) getroffen werden.

Viel wichtiger ist es jedoch, Unterversorgung mit **innovativen Versorgungskonzepten** zu begegnen. So können ärztliche Leistungen delegiert (wie z. B. Schwester AGNES), Praxen örtlich flexibler organisiert oder Medizinische Versorgungszentren (MVZ) ausgebaut werden.

Die **Beteiligung der Länder in den Landesausschüssen** entspricht dem politischen Willen, den Ländern insgesamt mehr Gestaltungsmöglichkeiten einzuräumen. Die Zuständigkeit der Länder gegenüber den Landesausschüssen im Sinne der Rechtsaufsicht nach § 90 Abs. 4 SGB V ist allerdings aus Sicht der Betriebskrankenkassen hinreichend. Im Übrigen ist es heute schon gelebte Praxis, dass die Länder zu den Sitzungen des Landesausschusses hinzugeladen werden können (Regelung über die Geschäftsordnungen der Landesausschüsse). Dass den Ländern die Möglichkeit eingeräumt werden soll, auf Landesebene ein **neues sektorenübergreifendes Gremium** mit Vertretern unterschiedlichster Interessen einzurichten, wird kritisch gesehen. Anstatt ein neues zusätzliches Gremium zu schaffen, dessen Beschlüsse nur empfehlenden Charakter haben, sollte das erprobte und erfolgreiche Modell der Selbstverwaltung in Form grundsätzlich unveränderter Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen (§ 90 SGB V) wie bisher erhalten bleiben. Diese sollten allerdings für die sektorenübergreifende spezialärztliche Bedarfsplanung um Vertreter aus dem stationären Bereich erweitert werden, (s. o.). Im Versorgungsstrukturgesetz ist zudem vorgesehen, dass die Bundesländer die Möglichkeit bekommen sollen, „zur Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung“ Versorgungsverträge der Krankenkassen nach § 73b, § 73c und § 140a Abs. 1 anzuregen. Auch wenn die Anregungen der Bundesländer keinen rechtsverbindlichen Charakter haben, sehen die Betriebskrankenkassen mit Sorge, dass durch diese gesetzliche Neuregelung politischer Druck auf die Krankenkassen ausgeübt wird, Leistungen anzubieten, die nicht finanzierbar sind. An der Erweiterung der gesundheitspolitischen Kompetenzen der Landesgesundheitsministerien durch das Versorgungsstrukturgesetz ist insgesamt kritisch zu bewerten, dass diese nicht mit einer Finanzverantwortung der Bundesländer einhergeht.

Ärztliche Honorarreform

Trotz der erheblichen Honorarsteigerungen der letzten Jahre für die niedergelassenen Ärzte – allein in den Jahren 2007 bis 2010 hat es einen Zuwachs von 17 Prozent bzw. 4,7 Milliarden Euro gegeben – haben sich paradoxerweise die öffentlichen Klagen der Ärzte darüber, finanziell zu schlecht ausgestattet zu sein, sogar noch verstärkt. Die objektiv messbare finanzielle Besserstellung der Ärzte hat aber die ärztliche Versorgung für Patienten nicht spürbar verbessert. Die Betriebskrankenkassen fordern daher: Wenn die Politik im Zuge der Neugestaltung der Bedarfsplanung zum wiederholten Male auch eine Reform der Ärztehonorare angehen möchte, darf dies nicht zu erneuten finanziellen Mehrbelastungen der Krankenkassen und damit der Versicherten führen. Zusätzliches Geld schafft in der Ärzteschaft offensichtlich keinen Frieden. Verteilungsprobleme lassen sich nicht durch Honorarsteigerungen lösen. Die Versicherten brauchen eine besser organisierte, ortsnahe Versorgung. Sie zu diesem Zweck noch stärker als bisher zur Kasse zu bitten, wäre der falsche Ansatz. Die Mittel für die Ärzte sind da – sie müssen nur besser verteilt werden!

Im Hinblick auf die **Abschaffung der Ambulanten Kodierrichtlinien** (vgl. § 295 Abs. 3) lehnen die Betriebskrankenkassen die Weiterentwicklung der Gesamtvergütung auf Basis der von den Ärzten selbst kodierten Diagnosen ab. Stattdessen sollte dies ausschließlich auf Basis der Demografiefaktoren erfolgen. Ein Patientenklassifikationssystem eignet sich im Übrigen allenfalls zur Verteilung der Vergütung, nicht jedoch für die Zahlung der Vergütung durch die Krankenkasse („*Slize the pie, don't size the pie*“).

Dass die Kassenärztlichen Vereinigungen künftig die **Honorarverteilung** allein – lediglich **im Benehmen mit den Krankenkassen** – festlegen können, bedeutet einen anachronistischen Rückschritt. Damit haben die KVen freie Hand bei der Bestimmung der Honorarbegrenzung – für die Krankenkassen fehlt hingegen jegliche Transparenz. Ab 2013 wird es daher erhebliche Steigerungen bei der Mengen- bzw. Ausgabenentwicklung geben. Die Finanzverantwortung der Krankenkassen muss weiterhin einhergehen mit einem Mitspracherecht bei der Honorarverteilung.

Im Gesetzentwurf ist zudem vorgesehen, die Kompetenz des Bewertungsausschusses zu Gunsten regionaler Abweichungsspielräume bei den Vergütungsvereinbarungen abzuschwächen. Die Stärkung der regionalen Vertragskompetenz ist zwar unter Versorgungsgesichtspunkten durchaus nachvollziehbar. Sie geht allerdings zu Lasten einer bundeseinheitlichen Umsetzung.

Vergütungsreform der Vertragszahnärzte (§ 85 SGB V)

Die Betriebskrankenkassen lehnen die im Versorgungsstrukturgesetz vorgesehene **Abschaffung der Budgetierung** mit strikter Grundlohnsummenanbindung für die vertragszahnärztliche Versorgung ab. Die Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) betragen 2009 für zahnärztliche Leistungen 8,5 Milliarden Euro (ohne Ausgaben für Zahnersatz). Der moderate Anstieg der Leistungsausgaben im budgetierten Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung in den vergangenen Jahren war auf die strikte Ausgabenbegrenzung in Form der Grundlohnsummenanbindung zurückzuführen. Zu Versorgungsengpässen ist es nicht gekommen. Mit dem Wegfall der Budgetierung sind nun einer unkontrollierten Mengenausweitung und daraus resultierenden Kostensteigerungen Tür und Tor geöffnet. Insbesondere die Primärkassen werden in diesem Zusammenhang überdurchschnittlich belastet. Der Gesetzgeber beziffert die Mehrausgaben im Bereich der vertragszahnärztlichen Vergütung durch die Neujustierung der Honorarstrukturen für 2013 auf 120 Millionen Euro. Nicht berücksichtigt ist dabei jedoch, dass aufgrund der zurückhaltenden Kostenentwicklung der letzten Jahre ein „Nachholeffekt“ zu befürchten ist.

Auch die von der Bundesregierung geplante ***Angleichung der Vergütungsstrukturen*** zahnärztlicher Leistungen zwischen Primär- und Ersatzkassen wird von den Betriebskrankenkassen strikt abgelehnt. Die Angleichung der Punktwerte auf Landesdurchschnitt führt zu einer Anhebung der Primärkassenpunktwerte und einer Absenkung der Ersatzkassenpunktwerte, die ausschließlich zu Lasten der Primärkassen geht und sich allenfalls auf GKV-Ebene in der Summe kostenneutral darstellt. Diese Angleichung ist ein ungerechtfertigter Eingriff in den Wettbewerb. Sie kommt letztlich allein den Zahnärzten zu Gute: Vor dem Hintergrund, dass das erst Anfang 2011 in Kraft getretene GKV-Finanzierungsgesetz im Zuge der Ost-West-Angleichung die Zahnärzte bereits einseitig begünstigt hat, wird durch den Wegfall der Budgetierung die Versichertengemeinschaft nun doppelt zur Kasse gebeten, da die Vergütungsneujustierung auf dem Ergebnis der Ost-West-Angleichung basieren soll. Zumindest müsste hier noch nachträglich ein Ausgleich geschaffen werden.

Die gesetzlichen Neuregelungen eröffnen den regionalen Vertragspartnern größere Verhandlungsspielräume für ***die Vereinbarungen der Gesamtvergütungen unter Berücksichtigung neuer Kriterien***. Die gleichberechtigte Berücksichtigung von Kriterien wie die Morbidität und die Zahl und Struktur der Versicherten zur Ermittlung der vertragszahnärztlichen Vergütung führt letztlich dazu, dass kostensteigernde Elemente stärker Berücksichtigung finden. Aus diesem Grund sprechen sich die Betriebskrankenkassen dafür aus, dass der Vorrang der Beitragssatzstabilität als ausgabenbegrenzendes Element beibehalten wird. In der Vergangenheit hat dieser eine ausgewogene Vergütungshöhe gewährleistet. Durch die Umstellung vom Mitgliederbezug auf den Versichertenbezug als Berechnungsbasis soll der unterschiedliche Behandlungsbedarf der verschiedenen Altersgruppen der Versicherten berücksichtigt werden. Der Übergang des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen wird durch diese Änderung deutlich, weil bei der Ermittlung der Gesamtvergütung unmittelbar die geänderte Versichertenstruktur einfließt. Vorteile hätten u. a. Krankenkassen, deren neu gewonnene Mitglieder einer Altersgruppe angehören, die einen geringeren Behandlungsbedarf erfordert, und die keine mitversicherten Familienangehörigen haben. Aus diesem Grund lehnen die Betriebskrankenkassen die Umstellung auf den Versichertenbezug ab.

Reform des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Im Versorgungsstrukturgesetz sollen die Strukturen des G-BA reformiert werden. Der BKK Bundesverband wertet dieses Vorhaben als Schwächung der Selbstverwaltung und als bedenkliche Politisierung des bewährten Entscheidungsgremiums.

Besonders kritisch zu sehen ist, dass die Unparteiischen künftig durch den Ausschuss für Gesundheit des Bundestages bestätigt werden müssen bzw. abgelehnt werden können. Hier wird die Selbstverwaltung durch eine unnötige Einflussnahme der Politik ausgehöhlt. Auch die im Gesetzentwurf enthaltene Regelung, dass bestimmte Beschlüsse einer Zweidrittelmehrheit bedürfen, lehnt der BKK Bundesverband ab, da sie die Handlungsfähigkeit

des G-BA maßgeblich einschränkt. Die Beschlussfassung des G-BA muss sektorübergreifend bleiben.

Die Bundesregierung verspricht sich von ihrer Reform des G-BA eine höhere Transparenz seiner Entscheidungen. Diesem Anspruch werden die im Gesetzesentwurf anvisierten Umstrukturierungen nicht gerecht. Vielmehr schaffen diese allein eine Erleichterung für Leistungserbringer. Insbesondere Medizinproduktehersteller können ihre Produkte künftig leichter zu Lasten der GKV in den Markt einführen. Der Ausschluss von Leistungen aus dem Leistungskatalog wird durch die Einführung von Mindestquoten erschwert.

Desweiteren plant die Bundesregierung, dass Methoden im Rahmen einer Krankenhausbehandlung nur dann nicht mehr zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen, wenn sie sich bei einer Überprüfung als schädlich oder unwirksam herausstellen. Grundsätzlich sollte für Methoden und Verfahren gelten, dass sie nur bei nachgewiesenem Nutzen angewendet werden dürfen (sowohl ambulant als auch stationär). Es ist nicht zweckmäßig, Methoden nur bei nachgewiesener Schädlichkeit oder Unwirksamkeit ausschließen zu können. Dies ist besonders unter dem Aspekt der Patientensicherheit kritisch zu sehen, da Methoden solange stationär zu Lasten der Krankenkassen angewendet werden dürften, bis ausreichend Patienten geschädigt oder unwirksam behandelt wurden, um diesen Sachverhalt statistisch nachzuweisen.

Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)

Die Bundesregierung plant, sowohl die medizinischen Inhalte als auch die Anforderungen an die Durchführung der Strukturierten Behandlungsprogramme nicht mehr per Rechtsverordnung, sondern durch G-BA-Richtlinien festlegen zu lassen. Die Betriebskrankenkassen kritisieren dieses Vorhaben als weitere Schwächung der gesetzlichen Krankenversicherung innerhalb der Selbstverwaltung. Die Leistungserbringer erhalten über den G-BA zum einen direkten Einfluss auf ein Wettbewerbsinstrument der Krankenkasse, bei dem sie bisher „nur“ als Vertragspartner eingebunden waren. Zum anderen können über die neuen DMP-Richtlinien Leistungsinhalte formuliert werden, die bisher durch Richtlinien nach § 92 SGB V oder das allgemeine Leistungsrecht des SGB V ausgeschlossen waren. Zukünftig stehen so unterschiedliche Richtlinien miteinander in Konkurrenz, wobei die Richtlinien zu DMP nicht eindeutig innerhalb der Regelungen zu den übrigen G-BA-Richtlinien im SGB V verortet sind. Die Regulierung durch eine neutrale Institution fehlt.

Mit den neu zu formulierenden Richtlinien zu den Anforderungen an ein DMP wird das Ziel einer Entbürokratisierung nicht erreicht. Da auch die Inhalte der Anforderungen an die Durchführung der Programme geändert werden sollen, werden die Kassen durch die inhalt-

lich neu definierten Vorgaben gezwungen, insgesamt über 11.000 Programme und Verträge anzupassen. Das BVA muss diese Anpassungen zur Aufrechterhaltung der Programmzulassung prüfen. Bei den über 6.5 Millionen Versicherten, die an Programmen teilnehmen, dürften die Änderungen der Programme für erhebliche Verwirrung sorgen.

Rechtlich ist zudem fraglich, ob eine G-BA-Richtlinie eine ausreichende Rechtsgrundlage zur Veränderung der Verteilungswirkung innerhalb des Morbi-RSA sein kann.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen hingegen, dass die Bundesregierung plant, eine unbefristete Zulassung der Programme einzuführen und die Anpassungsfristen für die zur Durchführung notwendigen Verträge anzugleichen. Diese Maßnahmen tragen zum Abbau von Bürokratie bei.

Stärkerer Wettbewerb der Krankenkassen über Satzungsleistungen

Dass mit dem Versorgungsstrukturgesetz Schritte unternommen werden, die den Krankenkassen erweiterte Wettbewerbsmöglichkeiten über Satzungsleistungen ermöglichen, ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen grundsätzlich sinnvoll. Allerdings ist der dazu neugeschaffene § 11 Abs. 6 SGB V mit vielen Einschränkungen, aber auch offenen Fragen verbunden. So ist bei der geplanten Neuregelung unklar, ob zu den „zusätzlichen Leistungen“ auch Leistungsausweitungen gehören, wie z. B. mehr als drei Versuche zur Herbeiführung einer Schwangerschaft durch künstliche Befruchtung (§ 27a SGB V). Ferner ist darauf hinzuweisen, dass Leistungsbereiche aufgeführt sind, in denen auch bisher schon zusätzliche Leistungen durch Satzungsregelungen möglich waren, wie häusliche Krankenpflege (§ 37) oder Haushaltshilfe (§ 38). Dagegen wäre es sinnvoll, Prävention und Selbsthilfe (§§ 20, 20a und 22) in diesen neuen Paragraphen aufzunehmen.

Unschärf ist die Formulierung der „fachlich gebotenen Qualität“ der Leistungserbringung. Hier stellt sich die Frage, ob darunter lediglich die berufsgruppenspezifische Zuordnung der Leistungserbringer zu verstehen ist oder aber auch das Qualitätsgebot des § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V, nach dem Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen haben. Blicke hier Interpretationsspielraum, könnten Krankenkassen auf diesem Wege auch bisher noch nicht vom G-BA bewertete Leistungen in ihren Leistungskatalog aufnehmen, was aufgrund der nicht abschätzbaren Behandlungsrisiken für die Versicherten abzulehnen ist.

Auch muss für die praktische Umsetzbarkeit der Neuregelung noch geklärt werden, ob für diese Leistungen die Kostenerstattungsregelungen gelten oder die Krankenkassen mit den Leistungsanbietern für die benannten Satzungsleistungen Preisvereinbarungen treffen müssen. Im Hinblick auf die Möglichkeit, über die Satzung Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern anzubieten, wird kritisch gesehen, dass in diesem Fall weder Begrenzungs-, Bedarfsplanungs- noch Qualitätssicherungsregeln gelten würden.

Begründet wird die Ausweitung der Satzungsleistungen im Gesetzestext mit dem Ziel, den Wettbewerb auf der Leistungsseite zu stärken – diesem Anspruch wird die vorgelegte gesetzliche Neuerung jedoch nicht gerecht. Konsequenterweise müsste der Wettbewerb im Vertragsbereich angesiedelt werden. Tatsächliche neue Wettbewerbsmöglichkeiten um Qualität in der Versorgung werden aber mit dem Versorgungsstrukturgesetz nicht geschaffen. Grundvoraussetzung für diesen Wettbewerb wäre allerdings auch, den Krankenkassen wieder mehr tatsächliche Beitragsautonomie zu ermöglichen. Denn nach wie vor ist der Preiswettbewerb über Zusatzbeiträge – zumindest in der nun schon seit längerem andauernden Übergangsphase bis zu deren flächendeckender Einführung – für die GKV insgesamt ruinös und kann kaum dazu beitragen, den Wettbewerb um innovative und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung zu gewährleisten.

Schließung von Krankenkassen – Stärkung der Wahlfreiheit der Versicherten

Die Betriebskrankenkassen begrüßen, dass die Bundesregierung als Reaktion auf die Versuche einiger Krankenkassen, bestimmte Versicherte der schließenden CITY BKK abzuweisen, am Grundsatz des freien Wahlrechts des einzelnen Versicherten festhält und diesen für den Fall einer Krankenkassenschließung auch weiter stärkt. Zuweisungen der Versicherten über deren Köpfe hinweg sind hingegen der falsche Weg – auch wenn eine Krankenkasse geschlossen wird. Die Betriebskrankenkassen begrüßen auch, dass die Bundesregierung mit dem Versorgungsstrukturgesetz Maßnahmen unternimmt, um den lückenlosen Versicherungsschutz für Versicherte, die bis zum Zeitpunkt der Schließung ihrer Krankenkasse keine neue Krankenkasse gewählt haben, in Zukunft noch besser zu gewährleisten.

Die frühzeitige Identifikation von finanziellen Schieflagen einer Krankenkasse durch ihren Haftungsverbund muss in Zukunft gewährleistet sein. Derzeit sind jedoch keine rechtlichen Einwirkungs- und Informationsmöglichkeiten der für die Schließungskosten zunächst haftenden Krankenkassen vorhanden. Die Betriebskrankenkassen begrüßen daher, dass im Versorgungsstrukturgesetz Schritte unternommen werden, die auf eine Stärkung der Informationsmöglichkeiten der Haftungsverbände zielen.

III Stellungnahme zu den Änderungsanträgen der Regierungskoalition

Änderungsanträge der Regierungskoalition vom 4. Oktober 2011 - Ausschuss-Drs. 17 (14) 0190 (neu)

1. Versorgungsmanagement und Wartezeiten (Änderungsanträge 2 und 14)

Die Intention der Änderungsanträge, die sektorenübergreifende Versorgung durch Versorgungsmanagement zu verbessern, wird von den Betriebskrankenkassen begrüßt. Dies gilt zum einen für die Bewältigung der Problematik unterschiedlich langer Wartezeiten bei der Vergabe von Behandlungsterminen insbesondere bei Fachärzten (Änderungsantrag 2). Zum anderen gilt dies auch für die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Bereitstellung eines Entlassungsmanagements für die Versicherten (Änderungsantrag 14). Festgelegt wird dort auch, dass der Leistungsanspruch des Versicherten auf Versorgungsmanagement explizit für Fälle des Übergangs von der Krankenhausbehandlung in die fachärztliche Versorgung gilt. Dadurch soll die Pflicht des Leistungserbringers, für eine zeitnahe Anschlussbehandlung des Patienten beim Facharzt Sorge zu tragen, konkretisiert werden.

Kritisch ist jedoch zu bewerten, dass beiden Vorschlägen jegliche Möglichkeit zur Sanktionierung fehlt. Genau hieran krankte schon die bereits seit 2007 bestehende Verpflichtung der Krankenhäuser zum Versorgungsmanagement, die bislang insgesamt ins Leere lief. Dass die nun vorgeschlagenen Änderungen an dieser Situation etwas verbessern werden, ist daher höchst unwahrscheinlich.

Ein besserer Ansatz wäre es vielmehr, den Krankenkassen neue Möglichkeiten zu eröffnen, die Versorgung direkt zu beeinflussen – etwa in dem sie Optionen zur Vertragsumsetzung gegenüber den Leistungserbringern erhalten. Die Möglichkeit, einen mit Blick auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit besseren Anbieter bei der Versorgung anzuordnen zu können, ist eine wichtige Voraussetzung für einen funktionsfähigen Wettbewerb. Für die Krankenkasse ist dies aber nur dann möglich, wenn sie die Möglichkeit hat, den Versicherten bei der Inanspruchnahme aktiv zu beraten. Deshalb müssen die Möglichkeiten der Krankenkassen erweitert werden, ihren Versicherten Wahloptionen und Beratungen anzubieten und die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen und poststationären Leistungen mitsteuern zu können selbstverständlich auf freiwilliger Basis und immer nur mit Zustimmung des Versicherten. Dies gilt auch mit Blick auf die einweisenden Ärzte. Den Versicherten werden dadurch letztlich größere Wahlmöglichkeiten eröffnet.

In der Regel können Aktivitäten der Krankenkassen in diesem Sinne wettbewerbsrechtlich als Eingriff in fremden Wettbewerb unterbunden werden oder weil den Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts die sozialrechtliche Legitimationsgrundlage fehlt.

Die Krankenkassen haben weiterhin keinen expliziten Rechtsanspruch auf den Zugang zum Versicherten während der stationären Behandlung, um den stationären Versorgungsbedarf zu klären und sicherzustellen. Sie sind heute hierbei zwingend auf die Zustimmung des Krankenhauses angewiesen. Die Krankenkassen können außerdem die Versicherten nicht aktiv beraten, weil dies nur „auf Verlangen“ des Versicherten erfolgen darf (§ 305 Abs. 3 SGB V). Letztlich ist die Rechtsgrundlage für das Versorgungsmanagement nicht direkt auf die Krankenkassen, sondern primär auf die Leistungserbringer ausgerichtet (§ 11 Abs. 4 SGB V). Hier müsste eine entsprechende Rechtsgrundlage geschaffen werden.

2. Stärkung der Transparenz der Krankenkassenfinanzen

2.1. Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse (Änderungsantrag 52)

Mit den vorgeschlagenen Regelungen sollen die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet werden, künftig jährlich bis zum 1. September des Folgejahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung zu erstellen und im Internet zu veröffentlichen. Der BKK Bundesverband begrüßt diese neuen Veröffentlichungspflichten. Eine stärkere Transparenz der Finanzergebnisse der Krankenkassen kann dazu dienen, den Versicherten bei der Wahl einer Krankenkasse zusätzliche Entscheidungsinformationen zu liefern. Sie hilft aber auch, drohende finanzielle Schieflagen von Krankenkassen so frühzeitig zu identifizieren, dass Schließungen vermieden bzw. das Haftungsrisiko der übrigen Krankenkassen und letztlich für die gesamte GKV reduziert werden kann.

Kritisch wird jedoch gesehen, dass die Jahresrechnung allein keine hinreichenden Informationen über die Wirtschaftlichkeit einer Krankenkasse enthält. Will man den Versicherten eine „brauchbare“ Entscheidungshilfe zur Kassenwahl zur Verfügung stellen, müssten außer den vorgesehenen stichtags- und vergangenheitsbezogenen Daten auch aktuellere und belastbare Kassenwerte in den standardisierten Bericht aufgenommen werden.

Zusätzlich sieht der Änderungsantrag 52 vor, den GKV-SV zu verpflichten, die endgültigen Jahresrechnungsergebnisse nach der Statistik KJ1 für jede Einzelkasse mit allen Positionen der Meldungen in seinem Internetangebot zu veröffentlichen. Aus BKK Sicht ist jedoch anzuregen, dass nicht der GKV-SV, sondern das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit dieser Aufgabe betraut werden sollte. Bereits heute erstellt das BMG jährlich eine kassenartenbezogene Übersicht über die gesamten Geschäfts- und Rechnungsergebnisse des abgeschlossenen Geschäftsjahres. Sinnvoll wäre es daher, die Kassenarten- und Einzelkassenergebnisse gebündelt vom BMG veröffentlichen zu lassen. So könnte verhindert werden, dass die Daten unsystematisch und unabhängig voneinander von zwei verschiedenen Stellen der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden.

Zur Vereinheitlichung der Rechnungslegung und der damit zusammenhängenden Vergleichbarkeit der Jahresrechnungen ist es zudem aber auch zwingend erforderlich, die

Buchführungs- und Rechnungslegungsvorschriften zu präzisieren und für verbindlich zu erklären. Vorrangig ist hier der Kontenrahmen für die Träger der GKV zu nennen.

2.2. Testierung durch Wirtschaftsprüfer (Änderungsantrag 55)

In Änderungsantrag 55 ist vorgesehen, den § 77 SGB IV um die Vorgabe zu erweitern, dass die Jahresrechnungen der Krankenkassen von einem Wirtschaftsprüfer oder einem vereidigten Buchprüfer zu prüfen und zu testieren ist. Die Intention des Gesetzgebers, einheitliche Standards in der Rechnungslegung zu erreichen, wird vom BKK Bundesverband uneingeschränkt begrüßt. Die ausschließliche Festlegung auf Wirtschaftsprüfer und vereidigte Buchprüfer wird hingegen kritisch gesehen, zumal damit Landesprüfdienste bzw. Landesprüfungsämter und sonstige sachverständige Prüfinstanzen künftig für Prüfungen der Jahresrechnungen ausgeschlossen werden. Die Prüfungen der Jahresrechnung durch Wirtschaftsprüfer oder vereidigte Buchprüfer wäre zudem bei der überwiegenden Zahl der Krankenkassen mit erheblichen Mehrkosten gegenüber dem Status quo verbunden. Dies ist gerade unter dem Gesichtspunkt bedenklich, dass die Verwaltungskosten der Krankenkassen seit dem Geschäftsjahr 2011 budgetiert und Ausnahmetatbestände nicht zugelassen sind. Gerade kleine und mittlere Krankenkassen würden damit einen erheblichen Wettbewerbsnachteil erfahren.

Änderungsvorschlag

Der Änderungsantrag sollte wie folgt gefasst werden:

Dem § 77 Abs. 1a SGB IV wird folgender Satz angefügt:

„Die Krankenkassen haben mit der Prüfung der Jahresrechnung externe Prüfer zu beauftragen.“

3. Satzungsregelungen für Haushaltshilfe (Änderungsantrag 9)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die erweiterten Wettbewerbsmöglichkeiten über Satzungsregelungen. Bisher schon waren im Bereich der Haushaltshilfe zusätzliche Leistungen durch Satzungsregelungen möglich. Durch die Änderung von einer Kann- in eine Soll-Regelung wird aus einer bisher freiwilligen Satzungsregelung eine „Pflicht“-Satzungsregelung. Dies widerspricht dem Wettbewerbsgedanken. Die bisherige Regelung im § 38 Abs. 2 Satz 1 SGB V reicht aus Sicht der BKK aus, um die im Änderungsantrag beschriebenen Ziele zu erreichen.

4. RSA-Datenmeldungen (Änderungsanträge 45, 46, 47, 48 und 53)

Das BKK System begrüßt die Intention der Änderungsanträge, das Korrekturverfahren zum Alt-Risikostrukturausgleich (Alt-RSA) und dem Risikopool zu verändern. Dies insbesonde-

re, weil der Aufwand des bisherigen Korrekturverfahrens in keinem richtigen Verhältnis zu dessen Nutzen steht. Die nun vorgesehenen Änderungen, insbesondere zum Alt-RSA-Korrekturverfahren, bedeuten nun für die einzelnen Krankenkassen eine Senkung des Verwaltungsaufwandes.

5. Disease Management Programme (DMP) (Änderungsanträge 54 und 32)

5.1. Einbeziehung des BVA in das Stellungnahmeverfahren bei DMP-Richtlinien (Änderungsantrag 32)

Die im Änderungsantrag 32 vorgesehene Regelung ist zu begrüßen. Sie erfüllt zumindest im Ansatz die vom BKK Bundesverband erhobene Forderung zur Einbeziehung des Bundesversicherungsamtes in die Erstellung der Richtlinie zu DMP (vgl. hierzu die Detailkommentierung zu Artikel 1 Nr. 57 Seite 48 ff.). Allerdings greift die vorgesehene Regelung zu kurz. Eine Einbindung des BVAs sollte in Form einer aktiven Teilnahme an den Beratungen der Arbeitsgruppen weitergeführt werden. Dies hat sich bereits bei der bisherigen Erstellung der Empfehlungen des G-BA zu DMP bewährt. Durch die direkte Einbeziehung können Fragen der möglichen Auswirkungen der Beratungsergebnisse auf die Programminhalte und deren Zulassungen im Vorhinein abgeschätzt und ungewollte Auswirkungen vermieden werden. Erhält das BVA lediglich das nun vorgesehene Stellungnahmerecht, geht dieser Vorteil verloren.

5.2. Zulassungsanforderungen der DMP in der RSAV

Mit Änderungsantrag 54 wird sichergestellt, dass die bisherigen Zulassungsanforderungen der RSAV an die bis zur Fertigstellung der neu zu fassenden Richtlinien des G-BA weiter Bestand haben. Diese Regelung ist grundsätzlich zu begrüßen. Weiterhin unregelt bleibt allerdings der Umgang mit den bereits durch den G-BA beschlossenen und dem BMG übermittelten Empfehlungen zur Überarbeitung der Anforderungen an die DMP Brustkrebs, Asthma bronchiale und COPD. Da eine Überführung der Anforderungen nach der Geschäftsordnung des G-BA erst nach Fertigstellung der neuen Geschäftsordnung und der sich daran anschließenden Erstellung der Verfahrensordnung und somit mit erheblichen Zeitverzug erfolgen kann, sollte folgende weitere Ergänzung aufgenommen werden:

„Die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des GKV-VStG gefassten Beschlüsse des G-BA zu den Empfehlungen nach § 137f (alte Fassung), die bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des GKV-VStG noch nicht in eine Rechtsverordnung umgesetzt wurden, können auch vor Umsetzung der erforderlichen Anpassungen der Verfahrensordnung im Sinne des § 91 Abs.4 in eine Richtlinie nach § 137f (neue Fassung) überführt werden.“ (vgl. hierzu auch die Detailkommentierung zu Artikel 1, Ziffer 84).

5.3. Beibehaltung der Erstdokumentation als Voraussetzung für DMP-Einschreibung (Änderungsantrag 57)

Die im Änderungsantrag 57 Buchstabe c aufgeführte Beibehaltung der Erstdokumentation als Voraussetzung für die Einschreibung in ein DMP entspricht in Teilen der Auffassung des BKK Bundesverbandes und wird daher ausdrücklich unterstützt. Um die mit der Einschreibung in eine DMP verbundene Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds rechts- und prüfsicher zu halten, sollte jedoch auch die Unterschriftenverfahren für Erstdokumentationen beibehalten werden (vgl. Detailkommentierung zu Artikel 11).

Änderungsanträge der Regierungskoalition vom 10. Oktober 2011 - Ausschuss-Drs. 17 (14) 0192

1. Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) (Änderungsantrag 1)

Mit der gesetzlichen Neuregelung beabsichtigt die Regierungskoalition die Krankenkassen zu verpflichten, den im Jahr 2011 begonnenen Prozess der Ausgabe elektronischer Gesundheitskarten an ihre Versicherten fortzusetzen. Hierzu sollen die Krankenkassen, die im Jahr 2012 nicht mindestens an 70 Prozent ihrer Versicherten die eGK ausgegeben haben, sanktioniert werden, indem ihre Verwaltungskosten 2013 auf dem Niveau von 2012 budgetiert werden.

Die Betriebskrankenkassen lehnen diese Sanktionsmaßnahmen zur Erfüllung der Ausgabequoten als nicht sachgerecht ab. Aller Voraussicht nach werden alle Krankenkassen im Jahr 2012 an mindestens 70 Prozent ihrer Versicherten elektronische Gesundheitskarten ausgegeben haben. Die Krankenkassen bemühen sich derzeit in Abstimmung mit den mit der Herstellung beauftragten Unternehmen die Produktion und Ausgabe der Karten so zu planen, dass dieses Ziel erreicht werden kann. Allerdings gibt es in der Produktionskette eine Reihe von Faktoren, die die Kassen nicht beeinflussen können. Dazu gehört einerseits die relativ geringe Anzahl der Kartenhersteller, aber auch die hohe Auslastung der eGK-Personalisierer. Auch können die Kassen nicht vorhersehen, ob die Versicherten ihre Lichtbilder fristgerecht abgeben. So kann es sowohl Kassen geben, die die geforderte Quote ohne eigenes Verschulden nicht erfüllen, als auch Kassen, die in der Lage sind, die Karten frühzeitig an alle Versicherten auszuteilen. Im Übrigen ist es für die Krankenkassen äußerst kostspielig, wenn sie ihre Versicherten gleichzeitig mit elektronischen Gesundheitskarten und herkömmlichen Krankenversicherungskarten versorgen müssen.

Die Betriebskrankenkassen fordern daher die Streichung der im Änderungsantrag 1 vorgesehenen Regelung.

2. Ermittlung des Behandlungsbedarfs im Jahr 2012 (Änderungsantrag 8)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen, dass mit dem Änderungsantrag 8 ein redaktionelles Versehen im Artikel 1, Nr. 26 (§ 87d SGB V) korrigiert wird. Würde die ursprüngliche Fassung des § 87d laut Regierungsentwurf Bestand haben, hätte dies bedeutet, dass Veränderungen der Versichertenzahl bei der Ermittlung des Behandlungsbedarfs im Jahr 2012 nicht berücksichtigt würden, was zu Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen geführt hätte (vgl. hierzu die Detailkommentierung zu Artikel 1 Nr. 26).

3. Kooperationen zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten bei ambulanten Operationen im Krankenhaus (Änderungsantrag 10)

Der Änderungsantrag sieht vor, dass der Vertrag zum Ambulanten Operieren (dreiseitige Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband, Deutscher Krankenhausgesellschaft und Kassenärztlicher Bundesvereinigung) künftig auch Leistungen umfassen soll, die auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit (Kooperation) des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht werden. Neben angestellten Ärzten des Krankenhauses und Belegärzten sollen künftig auch niedergelassene Vertragsärzte ambulante Operationen gemäß § 115 b SGB V im Krankenhaus durchführen.

Für diese Neuregelung gibt es keinen Handlungsbedarf; nach Auffassung der Betriebskrankenkassen führt die Regelung vielmehr zu einer Intransparenz bei der Abrechnung von AOP. Diese Kooperationsform zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten ist auch nicht durch die BSG- Entscheidung vom 23.03.2011 (Az. B 6 KA 11/10 R) abgedeckt.

Es ist außerdem zu befürchten, dass es dadurch zu nicht gewollten Mengensteigerungen kommen wird. Die Betriebskrankenkassen fordern daher eine Streichung des Änderungsantrages.

4. Mindestzeitraum bei Kassenschließungen (Änderungsanträge 12, 13, 15 und 16)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen das Vorhaben, für die Aufsichtsbehörden einen Mindestzeitraum zwischen Ankündigung und Wirksamwerden einer Krankenkassenschließung festzulegen. Bezweifelt wird jedoch, ob ein Mindestzeitraum von acht Wochen – wie in den Änderungsanträgen vorgesehen – ausreichend ist, um im Falle der Schließung einer Krankenkasse den reibungslosen Mitglieder- und Leistungsübergang zu gewährleisten. Der organisatorische Aufwand könnte sowohl für die aufnehmenden Krankenkassen als auch für die schließende Krankenkasse besser bewältigbar gestaltet werden, wenn der Mindestzeitraum drei Monate betragen würde. Alternativ zu diesem dreimonatigen Mindestzeitraum könnte auch eine Lösung darin gefunden werden, Krankenkassenschließungen immer nur zum Ende des Quartals zu ermöglichen. § 153 Satz 2 müsste demnach wie folgt gefasst werden:

„Die Schließung wird mit dem Ende des folgenden Kalendervierteljahres wirksam, wobei zwischen diesem Zeitpunkt und der Zustellung des Schließungsbescheides mindestens acht Wochen liegen müssen.“

5. Rücklagenbildung bei Krankenkassen (Änderungsantrag 20)

Mit dem Änderungsantrag 20 soll Satz 2 des § 261 Abs. 4 SGB V gestrichen werden. Die derzeitige gesetzliche Regelung soll verhindern, dass bei Unterschreiten des Rücklagesolls allein wegen der Auffüllung der Rücklage die Erhöhung eines Zusatzbeitrages nach § 242 erforderlich würde. Die Streichung dieser Ausnahmeregelung zur Bereithaltung der Mindestrücklage führt in Zeiten, in denen der Zusatzbeitrag nur von einzelnen Krankenkassen erhoben werden muss, zu einer besonderen Problemsituation für die Kassen, die bereits erhebliche Mitgliederverluste verzeichnen mussten. Die vollständige Streichung hat zur Folge, dass selbst bei geringfügigen Unterschreitungen des Rücklagesolls ggf. der Zusatzbeitrag angehoben werden muss oder ein Zusatzbeitrag erstmalig erhoben werden muss und damit ein Sonderkündigungsrecht ausgelöst wird.

Mit der Einfügung der Wörter „im Regelfall“ in Satz 1 des § 261 Abs. 4 SGB V sollen „nur“ nach der Begründung des Änderungsantrages die v.g. Effekte evtl. durch eine Ermessensausübung der Aufsichtsbehörden vermieden werden. Dass eine bundesweit **einheitliche** Ermessensausübung der einzelnen Aufsichtsbehörden gewährleistet ist, darf bezweifelt werden. Es würden somit weitreichende aufsichtsrechtliche Entscheidungen für Kassen getroffen werden, die bedeutsame wettbewerbliche Auswirkungen auf die Einzelkasse haben könnten. Dies soll **nicht** auf eine Gesetzesvorschrift, sondern nur auf die Gesetzesbegründung gestützt werden und kann daher unterschiedlich ausgelegt werden.

Aus diesen Gründen wird der Änderungsantrag 20 abgelehnt.

VI Detailkommentierungen

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
Artikel 1	Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	
Artikel 1 Nr. 1 § 2 Nr. 1a (neu)	Leistungsrecht Versicherte haben in Fällen lebensbedrohlicher oder regelmäßig tödlich verlaufender oder vergleichbarer Erkrankungen einen Anspruch auf nicht allgemein anerkannte Behandlungsmethoden , wenn eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht und eine nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder spürbar positive Entwicklung auf den Krankheitsverlauf besteht.	Die Neuregelung ist abzulehnen, da im sogenannten „Nikolaus-Urteil“ des Bundesverfassungsgerichts vom 6. Dezember 2005 geregelt ist, dass auch nicht zugelassene Leistungen im Einzelfall durch die Krankenkasse geprüft werden müssen. Die Vorgaben dieses Urteils sind bereits hinreichend in die Praxis umgesetzt. Die geplante Regelung birgt die Gefahr, dass nichtzugelassene Arzneimittel oder gesetzlich ausgeschlossene Arzneimittel vermehrt in den Markt gedrückt werden. Krankenkassen sollten weiterhin im Einzelfall prüfen, ob Versicherte in Fällen lebensbedrohlicher Erkrankungen einen Anspruch auf nicht allgemein anerkannte Behandlungsmethoden haben.
Artikel 1 Nr. 2 b § 11 Abs. 6 (neu)	Satzungsleistungen der Krankenkassen Die Angebotsmöglichkeiten für Satzungsleistungen der Krankenkassen werden ausgeweitet . Die dafür in Frage kommenden Leistungsbereiche sind abschließend genannt – Leistungen dürfen nicht vom G-BA ausgeschlossen sein und müssen getrennt ausgewiesen werden. Art, Umfang und Dauer der zusätzlichen Leistung müssen in der Satzung festgelegt werden.	Dass die mit der Neuregelung den Krankenkassen erweiterte Wettbewerbsmöglichkeiten über Satzungsleistungen gegeben werden, ist grundsätzlich sinnvoll. Allerdings ist der dazu neugeschaffene § 11 Abs. 6 SGB V mit vielen Einschränkungen, aber auch offenen Fragen verbunden. So ist bei der geplanten Neuregelung unklar, ob zu den „zusätzlichen Leistungen“ auch Leistungsausweitungen gehören, wie z. B. mehr als drei Versuche zur Herbeiführung einer Schwangerschaft durch künstliche Befruchtung (§ 27a SGB V).

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
		<p>Ferner ist darauf hinzuweisen, dass Leistungsbereiche aufgeführt sind, in denen auch bisher schon zusätzliche Leistungen durch Satzungsregelungen möglich waren, wie häusliche Krankenpflege (§ 37) oder Haushaltshilfe (§ 38). Dagegen wäre es sinnvoll, Prävention und Selbsthilfe (§§ 20, 20a und 22) in diesen neuen Paragraphen aufzunehmen.</p> <p>Unschärf ist die Formulierung der „fachlich gebotenen Qualität“ der Leistungserbringung. Hier stellt sich die Frage, ob darunter lediglich die berufsgruppenspezifische Zuordnung der Leistungserbringer zu verstehen ist oder aber auch das Qualitätsgebot des § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V, nach dem Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen haben. Blicke hier Interpretationsspielraum, könnten Krankenkassen auf diesem Wege auch bisher noch nicht vom G-BA bewertete Leistungen in ihren Leistungskatalog aufnehmen, was aufgrund der schwer abschätzbaren Behandlungsrisiken für die Versicherten differenziert zu betrachten ist.</p> <p>In Bezug auf Arzneimittel sollte zudem eine Klarstellung erfolgen, ob Arzneimittel, die durch die Arzneimittelrichtlinie ausgeschlossen sind oder bereits als Ausnahme Gegenstand des Leistungskatalogs sind, Bestandteil einer Satzungsregelung sein können.</p> <p>Geklärt werden muss auch, ob die Kostenerstattungsregelungen gelten oder die Kassen mit den Leistungsanbietern Preisvereinbarungen treffen müssen. Bezüglich der Einbeziehung von nicht zugelassenen Leistungserbringern ist problematisch, dass keine Begrenzungsregelungen, keine Bedarfsplanung und keine QS-Regelungen gelten. Insgesamt bedeutet das zum einen eine Aufweichung des Sachleistungsprinzips und dürfte zum anderen mit Mehrausgaben für die Krankenkassen verbunden sein. Hierbei ist auch zu beachten, dass die Kassen gemäß § 270 Abs. 1 Satz 1 SGB V für die Leistungen nach § 11 Abs. 6 keine Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhalten.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
<p>Artikel 1 Nr. 3</p> <p>§ 19 Abs. 1a (neu)</p>	<p>Leistungsentscheidung einer geschlossenen Krankenkasse</p> <p>Geregelt wird, dass Leistungsentscheidungen bei Ende der Mitgliedschaft durch Kassenschließung oder -insolvenz fortgelten.</p>	<p>Die Regelung ist zur Versorgung der Versicherten zu begrüßen. Es geht um die Sicherstellung einer nahtlosen Leistungsgewährung. Die aufnehmende Kasse soll an die Leistungsentscheidungen der geschlossenen Krankenkasse gebunden werden.</p> <p>Im Sinne dieser Intention des Gesetzgebers ist aber klarzustellen, dass die aufnehmende Kasse die Leistungsentscheidung der geschlossenen Kasse gegen sich gelten lassen muss bzw. die die Leistungsentscheidungen nur unter Beachtung der §§ 44-48 SGB X aufgehoben werden dürfen. Mit dem Schließungszeitpunkt soll eine taggenaue Trennung der Zuständigkeit der Krankenkassen festgelegt werden. Die Versicherten haben für die Leistungsansprüche aus der GKV nach der Schließung somit nur noch einen Ansprechpartner: die aufnehmende Krankenkasse. Von welcher Krankenkasse sie die Leistungen erhalten, dürfte für sie im Hintergrund stehen. Da ohnehin ca. 95 v.H. der Leistungen gesetzlich vorgeschrieben sind und bei Satzungsleistungen oftmals vergleichbare Regelung bestehen dürften, sollte die nahtlose Versorgung der Versicherten „aus einer Hand“ Vorrang gegenüber der Tatsache haben, dass die aufnehmende Kasse die Leistung (ggf. der Höhe nach) nicht in ihrer Satzung verankert hat. Zumal sie die Möglichkeit hat, die Leistungsentscheidung mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben. § 19 Abs. 1a SGB V i.E. ist wie folgt zu ergänzen:</p> <p>„Endet die Mitgliedschaft durch die Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse, gelten die Leistungsentscheidungen der geschlossenen Krankenkasse gegenüber der das Mitglied aufnehmenden Krankenkasse fort. Die Rücknahme von Leistungsentscheidungen ist nur unter den Voraussetzungen der §§ 44 bis 48 des Zehnten Buches zulässig.“</p> <p>Die Gesetzesbegründung ist entsprechend anzupassen.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
		<p>Flankierend hierzu ist für Fälle, in denen die geschlossene Kasse ausnahmsweise zur Sicherstellung der nahtlosen Versorgung der Versicherten noch Leistungen nach dem Schließungszeitpunkt erbracht hat bzw. Leistungserbringer noch abgerechnet haben sollten, klarzustellen, dass der der schließenden Krankenkasse hieraus resultierende Erstattungsanspruch durch die aufnehmende Kasse zu befriedigen ist. Im Kontext mit der Regelung des § 19 Abs. 1a SGB V i.E. ist in diesen Fällen eine vollumfängliche Erstattung sachgerecht.</p> <p>Eine entsprechende Regelung müsste ebenfalls rückwirkend zum 1. Mai 2011 in Kraft treten.</p> <p>Änderungsvorschlag</p> <p>Artikel 3 (Änderung des Zehntes Buches Sozialgesetzbuch) ist somit wie folgt zu ändern:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die bisherige Regelung wird Nummer 1. 2. Einfügung einer neuen Nummer 2: <ul style="list-style-type: none"> „Dem § 102 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt: Dies gilt entsprechend, wenn eine geschlossene Krankenkasse noch Leistungen vorläufig erbracht hat.“ <p>Artikel 13 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten) ist somit wie folgt zu ändern:</p> <p>Abs.2: Artikel 1 Nummer 3, Artikel 3 Nr. 2 und Artikel 4 Nummer 1 treten rückwirkend zum 1. Mai 2011 in Kraft .</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
<p>Artikel 1 Nr. 4</p> <p>§ 28 Abs. 1</p>	<p>Delegation von ärztlichen Leistungen</p> <p>Die Partner der Bundesmantelverträge erhalten den Auftrag, innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes festzulegen, in welchen Fällen die Delegation von ärztlichen Leistungen möglich ist und welche Anforderungen an die Aufsichtspflicht des Arztes und an die Qualifikation der Hilfspersonen zu stellen sind.</p>	<p>Diese Regelung wird befürwortet.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 5</p> <p>§ 32</p>	<p>Genehmigung von Heilmitteln bei längerfristigem Behandlungsbedarf</p> <p>Die Neuregelung sieht vor, dass Krankenkassen bei einem langfristigen Behandlungsbedarf Heilmittel innerhalb von vier Wochen genehmigen müssen.</p>	<p>Ein langfristiges Genehmigungsverfahren ist abzulehnen.</p> <p>Die meisten Heilmittel-Verordnungen sind als sog. Regelfall-Verordnungen entweder nicht genehmigungspflichtig, oder aber die Krankenkassen verzichten auf ein Genehmigungsverfahren für Verordnungen außerhalb des Regelfalls.</p> <p>Im Ergebnis würde die geplante Neufassung dieser Vorschrift zu einem erheblichen Bürokratieaufbau bei den Krankenkassen führen, die sowohl ihren Prüfungsaufwand für viele neue Heilmittelverordnungen ausdehnen als auch zusätzliche Verwaltungsakte (und ggf. Widerspruchs- erlassen bzw. auch Klageverfahren verwalten) erlassen müssten.</p> <p>Die Versicherten, die bislang ohne bürokratischen Zeitverzug mit ihrer Behandlung beginnen konnten, wären nun gezwungen, bis zu vier Wochen auf Bescheidung ihres Antrages zu warten.</p> <p>Dem gegenüber ist kein Nutzen für die Behandlung an sich erkennbar. Die Behandlungskontinuität ließe sich eher durch den Genehmigungsverzicht in diesen Fällen begründen.</p> <p>Die Regelung der Genehmigungsvoraussetzungen sollte den Krankenkassen nach wie vor vorbehalten bleiben.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
		<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Die vorgesehene Neuregelung sollte gestrichen werden.</p> <p>Ersatzweise sollte den Krankenkassen ermöglicht werden, auf die Genehmigung in diesen Fällen zu verzichten. Dies sollte in § 32 Abs. 1 a eingefügt werden. Denkbar wäre auch die vorgesehene gebundene Entscheidung in eine Ermessensentscheidung umzuformulieren.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 6</p> <p>§ 33</p>	<p>Mehrkostenregelung bei dem Einsatz von Intraokularlin- sen</p>	<p>Durch diese Regelung wird das Sachkostenprinzip ausgehebelt. Sinnvoller wäre eine Regelung über den EBM.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 7</p> <p>§ 35c</p>	<p>Zulassungsüberschreitende Anwendung von Arzneimit- teln</p> <p>Einrichtung einer ständigen Expertengruppe und Klarstellung zur Arbeit der Expertengruppe (Geschäftsordnung)</p>	<p>Die Absicht, über eine ständige Expertengruppe, die flexibel um notwendige Experten erweiterbar ist, das Spektrum der bewerteten Therapien zu erweitern, ist positiv zu bewerten. Die direkte Beauftragung auch durch das BMG birgt allerdings die Gefahr, dass die Industrie zu starke Einflussmöglichkeiten erhält.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 8</p> <p>§ 39 Abs. 1</p>	<p>Krankenhausbehandlung/Entlassmanagement</p> <p>Neu aufgenommen wird in § 39 die Regelung, dass die Krankenhausbehandlung auch ein Entlassmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die ambulante Versorgung nach der Krankenhausbehandlung umfasst.</p>	<p>Die Neugestaltung der Regelung geht in die richtige Richtung, ist aber nicht hinreichend. Denn weder die Verankerung des Entlassmanagements als Leistungsanspruch (der sich gegen die Krankenkassen richtet), noch die korrespondierenden Regelungen in § 112 SGB V (Verpflichtung der Vertragsparteien auf Landesebene das Nähere zum Entlassungsmanagement</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
		<p>zu regeln) noch die korrespondierenden Regelungen im KHEntgG bzw. der BPfIV (Legaldefinition des Entlassmanagements als Bestandteil der allgemeinen Krankenhausleistung) schaffen eine grundsätzlich neue Situation.</p> <p>Die bisherige Problematik der mangelnden Umsetzung hat ihre Ursache in der fehlenden Motivation auf der Krankenhausseite und den mangelnden rechtlichen Grundlagen auf der Krankenkassenseite. Hieran ändern die vorgesehenen Regelungen nichts.</p> <p>Stattdessen sollten die Krankenkassen in die Lage versetzt werden, proaktiv ihre Versicherten während des Krankenhausaufenthaltes zu beraten. Hierzu benötigen sie einen expliziten Rechtsanspruch auf den Zugang zum Versicherten während der stationären Behandlung, um den poststationären Versorgungsbedarf (in enger Abstimmung mit dem behandelnden Krankenhausarzt, Hausarzt, weiteren involvierten Leistungserbringern und den Angehörigen) klären und sicherstellen zu können. Die Krankenkassen können diese proaktive Beratungstätigkeit auch deshalb nicht erfüllen, weil die Beratung nach geltendem Recht nur „auf Verlangen“ des Versicherten erfolgen darf.</p> <p>Daher müsste § 305 Abs. 3 SGB V entsprechend geändert werden.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 11</p> <p>§ 71 Abs. 4</p>	<p>Vorlagepflicht für Selektivverträge bei den Aufsichtsbehörden der Länder</p> <p>Die Verträge der Krankenkassen nach § 73 c Abs. 3 und § 140 a Abs. 1 sind der für die Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen. Die Verträge der bundesweiten Krankenkassen sind der betreffenden Länder-Aufsichtsbehörde vorzulegen.</p> <p>Die Aufsichtsbehörde wird an der Prüfung der Verträge betei-</p>	<p>Die Regelung führt zu einem erheblichen Abstimmungsprozess zwischen den Aufsichten für bundesweite Krankenkassen.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
	<p>ligt. Auch die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung sind der Länder-Aufsichtsbehörde vorzulegen.</p>	
<p>Artikel 1 Nr. 11</p> <p>§ 71 Abs. 6</p>	<p>Initiativrechte der Länder-Aufsichtsbehörden für Selektivverträge der Krankenkassen</p> <p>Die Länder-Aufsichtsbehörden können Versorgungsverträge der Krankenkassen nach § 73 b, 73 c und § 140 a Abs. 1 zur Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung anregen.</p> <p>Die Krankenkassen sind an entsprechende Vorschläge nicht gebunden.</p>	<p>Die Regelung birgt die Gefahr, dass die Aufsichten auf Initiative von einzelnen Leistungserbringern Selektivverträge empfehlen und somit politischen Druck aufbauen.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 12</p> <p>§ 73 Abs. 7</p>	<p>Zuweisung von Patienten</p> <p>Es ist den Vertragsärzten nicht gestattet, für die Zuweisung von Patienten ein Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile sich versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren.</p>	<p>Das Zuweisungsverbot ist zu begrüßen.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 13</p> <p>§ 73 b Abs. 4a</p>	<p>Hausarztzentrierte Versorgung/Schiedsverfahren</p> <p>Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts sind nicht gegen die Schiedsperson, sondern gegen eine der beiden Vertragsparteien zu richten.</p>	<p>Es ist widersprüchlich, dass die Klage gegen eine der beiden Vertragsparteien zu richten ist, die ja gerade durch die Entscheidung der Schiedsperson betroffen ist.</p> <p>Wenn es darum geht, die Schiedsperson zu schützen, sollte stattdessen das Schiedsamtverfahren gemäß § 89 SGB V oder das Schiedsstellenverfahren gemäß § 18 KHG eingeführt werden.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
		Grundsätzlich gilt weiterhin die Forderung, den in § 73 b vorgeschriebenen Kontrahierungszwang mit dem Hausärzterverband abzuschaffen.
Artikel 1 Nr. 14 § 75 Abs. 1	Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) Die KVen können den Notdienst auch durch Kooperationen und eine organisatorische Verknüpfung mit Krankenhäusern sicherstellen.	Diese Regelung wird befürwortet.
Artikel 1 Nr. 19 § 84 Abs. 8	Praxisbesonderheiten für die Verordnung von Heilmitteln Die KBV und der GKV-Spitzenverband erhalten den Auftrag, auf Bundesebene mit verbindlicher Wirkung für die Prüfungsstellen anzuerkennende Praxisbesonderheiten für die Verordnung von Heilmitteln zu bestimmen. Die auf anzuerkennende Praxisbesonderheiten entfallenden Kosten verordneter Heilmittel sind ggf. bei der Vereinbarung von Richtgrößen zu berücksichtigen.	Eine bundeseinheitliche Regelung bezüglich Praxisbesonderheiten wird zwar vom Grundsatz her begrüßt, allerdings muss gewährleistet sein, dass bei den Praxisbesonderheiten nur wirtschaftliche anerkannt werden, z. B. wirtschaftliche Verordnungsmenge von Heilmitteln bei bestimmten Indikationen.
Artikel 1 Nr. 20 § 85 Abs. 2 Satz 7	Gesamtvergütung/Zahnärzte Der Vorrang des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität und die strikte Anbindung an die Grundlohnsummenentwicklung bei der Anpassung der Gesamtvergütung werden aufgegeben. Mit der Streichung der Wörter „sowie eine Regelung zur Vermeidung der Überschreitung dieses Beitrages zu treffen“ sieht der Gesetzgeber eine Abschaffung der Budgetierung im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung vor. Infolge dieser Neuregelung sind die Gesamtvertragspartner nicht mehr gezwungen, das nach Satz 7 zu bestimmende Ausgabenvolumen als feste Obergrenze für die Ge-	Die geplanten Änderungen werden abgelehnt, weil sie unkalkulierbare Risiken hinsichtlich der Ausgabensteigerung für die GKV - insbesondere für die Primärkassen - beinhalten, ohne dass es in der Vergangenheit zu Versorgungsengpässen gekommen ist. Hier wird weiteren Leistungserbringern einseitig ein Einnahmezuwachs zugestanden, der vielfach aus Zusatzbeiträgen zu finanzieren sein wird. Alternativ zum Wegfall der Budgetierung könnte eine Absenkung der Degressionsgrenzen nach § 85 Abs. 4 b SGB V eine mengensteuernde Funktion entfalten.

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
	<p>samtvergütung zu vereinbaren. Es bleibt vielmehr den Gesamtvertragspartnern überlassen, ob und welche Folgen für den Fall der Überschreitung vorgesehen werden.</p>	
<p>Artikel 1 Nr. 20</p> <p>§ 85 Abs. 2 a (neu)</p>	<p>Gesamtvergütung/Zahnärzte</p> <p>Die Neuregelung sieht eine einmalige Ermittlung landesdurchschnittlicher Punktwerte für das Jahr 2012 und Berücksichtigung dieser Punktwerte als Ausgangsbasis bei Vergütungsvereinbarungen für das Jahr 2013 vor. Die Ersatzkassen haben historisch bedingt im Bereich der zahnärztlichen Behandlung ohne Zahnersatz höhere Punktwerte und damit verbunden auch höhere Gesamtvergütungen als die übrigen Krankenkassen. Durch die Angleichung der Punktwerte auf Landesdurchschnitt sollen Belastungsunterschiede bei den verschiedenen Krankenkassen und Kassenarten abgebaut und Chancengleichheit im Wettbewerb hergestellt werden.</p>	<p>Eine Angleichung der Vergütungsstrukturen zwischen den Ersatzkassen und den Primärkassen führt zu einer erheblichen Zusatzbelastung der Primärkassen und einer deutlichen Entlastung der Ersatzkassen. Die unterschiedlich hohen Vergütungen haben sich historisch entwickelt und sind Ausdruck der unterschiedlichen Marktstrategien. Die seitens des Gesetzgebers vorgesehene Angleichung der Vergütungsstrukturen geht ausschließlich zu Lasten der Primärkassen und kann sich allenfalls auf GKV-Ebene in der Summe kostenneutral darstellen. Die Angleichung führt zu einem Eingriff in den Wettbewerb, der letztlich allein den Zahnärzten zugute kommt.</p> <p>Ein einheitliches GKV-Niveau der Vergütung wird die Krankenkassen unterschiedlich stark belasten, dabei ist der reine Blick auf die Punktwerte zu kurz gegriffen, da die in den Vergütungsvereinbarungen der Gesamtvertragspartner vereinbarten Honorarobergrenzen entscheidenden Einfluss auf die Höhe der Ausgaben der Krankenkassen haben.</p> <p>Der Gesetzgeber sieht eine erste Angleichung auf Landesebene bei der Ermittlung eines Ausgangspunktwertes vor, dabei wird die technische Umsetzung der bereits im vergangenen Jahr vorgesehenen Vergütungssteigerung für die Zahnärzte berücksichtigt.</p> <p>Vor dem Hintergrund, dass mit dem zuletzt in Kraft getretenen GKV-Finanzierungsgesetz die Ost-West-Angleichung die Zahnärzte bereits einseitig begünstigt hat, wird durch den Wegfall der Budgetierung die Versicherungsgemeinschaft doppelt zur Kasse gebeten, da die Vergütungsneuejustierung auf dem Ergebnis der Ost-West-Angleichung aufsetzt. Zumindest müsste hier noch nachträglich ein Ausgleich geschaffen werden.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
		<p>Im Übrigen wurde bereits in der Vergangenheit auf Ebene der Gesamtvertragspartner dem Ansatz einer morbiditätsorientierten Vergütung/Steigerung vermehrt Rechnung getragen.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 20</p> <p>§ 85 Abs. 3 (neu)</p>	<p>Gesamtvergütung/Zahnärzte</p> <p>In der vertragszahnärztlichen Versorgung werden den regionalen Vertragsparteien größere Verhandlungsspielräume für die Vereinbarungen der Gesamtvergütungen unter Berücksichtigung der Zahl und Struktur der Versicherten, der Morbiditätsentwicklung, der Kosten- und Versorgungsstruktur, der für die vertragszahnärztliche Tätigkeit aufzuwendenden Arbeitszeit sowie der Art und des Umfangs der zahnärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs beruhen, eröffnet.</p>	<p>Die gesetzlichen Neuregelungen zur Berücksichtigung weiterer Parameter zur Vereinbarung der Gesamtvergütung führen im Ergebnis zu einer Ausgabensteigerung bei den gesetzlichen Krankenkassen – insbesondere bei den Primärkassen. Der Vorrang der Beitragssatzstabilität hat in der Vergangenheit eine ausgewogene Vergütungshöhe gewährleistet. Besonderheiten aufgrund der Morbidität und die Struktur der Versicherten bei einzelnen Kassen bzw. Kassenarten wurden von den Gesamtvertragspartnern bereits auf freiwilliger Basis berücksichtigt und sind somit schon in den bisherigen Gesamtvergütungen enthalten. Die gleichberechtigte Berücksichtigung der Parameter zur Ermittlung der vertragszahnärztlichen Vergütung führt letztlich dazu, dass kostensteigernde Elemente stärkere Berücksichtigung finden. Aus diesem Grunde sollte der Vorrang der Beitragssatzstabilität als ausgabenbegrenzendes Element beibehalten werden.</p> <p>Die neuen gesetzlichen Bestimmungen sehen darüber hinaus eine Umstellung vom Mitgliederbezug auf den Versichertenbezug als Berechnungsbasis vor. Damit soll nunmehr der unterschiedliche Behandlungsbedarf der verschiedenen Altersgruppen der Versicherten (KM 6) bei der Berechnung der Gesamtvergütung berücksichtigt werden. Der Übergang des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen wird durch diese Änderung deutlich, weil bei der Ermittlung der Gesamtvergütung unmittelbar die geänderte Versichertenstruktur einfließt. Vorteile hätten u. a. Krankenkassen, deren neu gewonnene Mitglieder einer Altersgruppe angehören, die einen geringeren Behandlungsbedarf erfordern, und keine mitversicherten Familienangehörigen haben.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
<p>Artikel 1 Nr. 20</p> <p>§ 85 Abs. 4 (neu)</p>	<p>Gesamtvergütung/Zahnärzte</p> <p>Mit der Neuregelung wird der vor dem 1. Juli 2004 bestehende Rechtszustand wieder hergestellt, dass die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen den Honorarverteilungsmaßstab in eigener Verantwortung als Satzung zu beschließen und das Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen herzustellen haben.</p>	<p>Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen haben die Landesverbände der Krankenkassen bei der Bildung des Honorarverteilungsmaßstab lediglich ins Benehmen zu setzen. Damit sind die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen wieder für die Honorarverteilung allein verantwortlich. Diese Regelung ist abzulehnen, weil sie ein verwaltungsaufwendiges, zeitintensives und weniger flexibles Verfahren bedeutet.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 22</p> <p>§ 87 Abs. 2 a</p>	<p>Vergütung der Ärzte: Telemedizinische Leistungen</p> <p>Der Bewertungsausschuss erhält den Auftrag, bis zum 31. Oktober 2012 zu prüfen und bis spätestens 31. März 2013 festzulegen, in welchem Umfang ärztliche Leistungen ambulant telemedizinisch erbracht werden können und inwieweit der Bewertungsmaßstab anzupassen ist.</p>	<p>Hierzu sind flankierende Qualitätssicherungsregelungen ggf. durch G-BA notwendig.</p> <p>Es stellt sich zudem die Frage, ob es eines besonderen gesetzlichen Auftrags bedarf.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 22</p> <p>§ 87 Abs. 2 b</p>	<p>Vergütung der Ärzte: Rückführung des Pauschalierung in der Hausärzteversorgung</p> <p>Der Grad der Pauschalierung im hausärztlichen Versorgungsbereich soll mit dem Ziel der Stärkung förderungswürdiger Einzelleistungen und Leistungskomplexe zurückgeführt werden. Dabei sollen insbesondere versorgungsrelevante Leistungsbereiche berücksichtigt werden (z. B. Gesprächsleistungen, Telemedizin).</p>	<p>Grundsätzlich ist bei einer Einzelleistungsvergütung zwar die Zuordnung und Prüfung der Leistungen besser durchführbar, jedoch wäre die Zurückführung der Pauschalierung de facto ein Rückschritt. Im Zusammenhang mit einer fehlenden Mengenbegrenzung wirkt die Regelung ausgabensteigernd.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
<p>Artikel 1 Nr. 22</p> <p>§ 87 Abs. 2 c</p>	<p>Vergütung der Ärzte: Berücksichtigung telemedizinischer Leistungen</p> <p>Die Berücksichtigung ambulanter telemedizinischer Leistungen soll auch im fachärztlichen Versorgungsbereich erfolgen. Zur Vereinfachung des Vergütungssystems werden Fristen für die Arbeit des Bewertungsausschusses gestrichen und ein verbindlicher Auftrag in eine Handlungsoption umgewandelt.</p>	<p>Siehe Abs. 2b</p>
<p>Artikel 1 Nr. 22</p> <p>§ 87 Abs. 2 e</p>	<p>Vergütung der Ärzte: Zu- und Abschläge auf den Orientierungswert</p> <p>Auf die Anwendung von Sonderpreisen bei Über- und Unterversorgung wird verzichtet.</p>	<p>Die Streichung wird vor dem Hintergrund, dass andere Maßnahmen im Rahmen der Bedarfsplanung ergriffen werden können, akzeptiert. Außerdem zeigte sich in der Vergangenheit, dass Punktwertabschläge bei Überversorgung ohnehin kaum umsetzbar waren.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 22</p> <p>§ 87 Abs. 2 d</p>	<p>Vergütung der Ärzte: Dokumentationspflicht</p> <p>Bei dem Hinweis auf die Dokumentationspflichten der Ärzte wird die Streichung der ambulanten Kodierrichtlinien berücksichtigt.</p>	<p>Vgl. § 295 Abs. 3 Satz 2</p>
<p>Artikel 1 Nr. 22</p> <p>§ 87 Abs. 3 a</p>	<p>Vergütung der Ärzte: Informationspflicht des Bewertungsausschusses an den Bundestag entfällt</p> <p>Die öffentliche Transparenz zum Vergütungs- und Versorgungsgeschehen im ärztlichen Bereich, bis hin zu Berichten</p>	<p>Diese Regelung überträgt der KBV die Datenhoheit, eine bundesweite kasernenartenübergreifende Analyse wird im Zusammenhang mit der Regionali-</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
	an den Deutschen Bundestag, entfällt.	sierung für die Kassenseite ungleich schwieriger. Deshalb ist eine datenzusammenführende Stelle auf Kassenseite zwingend erforderlich. Die Berichtspflicht der KBV (vgl. § 87c neu) ist nicht ausreichend.
Artikel 1 Nr. 22 § 87 Abs. 7 bis 9	Vergütung der Ärzte: Konvergenzregelung Die Konvergenzregelung gemäß § 87 Abs.9 wird aufgehoben. Die Aufhebung von Abs. 7 ist eine Folgeregelung von Abs. 2g. Die Aufhebung von Abs. 8 erfolgt im Hinblick auf den Wegfall der Berichtspflicht.	Die Aufhebung wird befürwortet.
Artikel 1 Nr. 23 § 87 a Abs. 2	Vergütung der Ärzte: Preiszuschläge für förderungswürdige Leistungen Auf der regionalen Ebene können künftig Preiszuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen sowie Leistungen von besonders förderungswürdigen Leistungserbringern vereinbart werden (mit ausgabenwirksamer Erhöhung der Gesamtvergütungen).	Diese Regelung wird abgelehnt. Sie bedeutet eine ausgabenwirksame Erhöhung der Gesamtvergütung. Eine Förderung bestimmter Leistungserbringer kann im Übrigen auch im Rahmen des § 136 Abs. 4 erfolgen. Dabei besteht gleichzeitig ein Anreiz zur Qualitätsverbesserung.
Artikel 1 Nr. 23 § 87 a Abs. 3 Satz 4	Zusätzliche Berücksichtigung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs	Zusätzlicher Änderungsvorschlag Die zusätzliche Berücksichtigung eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs sollte gestrichen werden. So wird verhindert, dass durch die breite Auslegung des Begriffs „nicht vorhersehbar“ ggf. unbegründete Mengenausweitungen begründet werden.

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
<p>Artikel 1 Nr. 23</p> <p>§ 87 a Abs. 4</p>	<p>Vergütung der Ärzte: Bezugsgrößen zur Berücksichtigung der Versichertenzahl und Morbiditätsstruktur</p> <p>Durch die Neufassung soll die mit dem Gesetz deutlich gestärkte Gestaltungsverantwortung der regionalen gemeinsamen Selbstverwaltung verdeutlicht werden.</p> <p>Bei der Vereinbarung über die Anpassung des Behandlungsbedarfs sind wie bisher verschiedene Kriterien zu berücksichtigen, wobei die Bezugsgrößen zur Berücksichtigung der Versichertenzahl sowie der Morbiditätsstruktur regional konkretisiert werden sollen. Der Bewertungsausschuss soll hierzu lediglich einmal jährlich bis zum 31.08. Empfehlungen abgeben.</p> <p>Künftig soll die Anpassung des Leistungsbedarfs auf den jeweils vorliegenden aktuellen Daten aus 4 Quartalen der einzelnen Krankenkassen erfolgen.</p>	<p>Die Neuregelung des § 87a Abs. 4 SGB V zur Ermittlung von KV-spezifischen Aufsatzwerten auf Basis der insgesamt für eine KV vereinbarten Leistungsmenge des Vorjahres sowie die Regelungen zur Bestimmung des kassenspezifischen Anteils sind vom Grundsatz sachgerecht. Allerdings bleibt die Regelung im Gesetzestext hinsichtlich der konkreten Mengensteuerungsvorgabe zu unbestimmt. Die bisher gemäß § 87b gemeinsam zwischen den Vertragspartnern vereinbarten Regeln zur Honorarverteilung (Regelleistungsvolumen) und die sich hieraus ergebenden Begrenzungsregelungen werden künftig im Grunde allein von den KVen festgesetzt. Damit haben die KVen freie Hand bei der Bestimmung der Honorarbegrenzung. Zudem fehlt den Krankenkassen auch die nötige Transparenz. Ab 2013 wird es daher erhebliche Steigerungen bei der Mengen- bzw. Ausgabenentwicklung geben.</p> <p>Festgelegt werden sollte, dass der Basiszeitraum für die Anpassung des Leistungsbedarfs das Kalenderjahr ist.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 23</p> <p>§ 87 a Abs. 5</p>	<p>Vergütung der Ärzte: Kompetenzeinschränkung des Bewertungsausschusses</p> <p>Die Kompetenz des Bewertungsausschusses wird auf Empfehlungen beschränkt. Das Institut des Bewertungsausschusses soll für jeden KV-Bezirk zwei einheitliche Veränderungsraten für die Morbi-Rate und die Demographie-Rate errechnen.</p>	<p>Im Hinblick auf die Abschaffung der Ambulanten Kodierrichtlinien (vgl. § 295 Abs. 3) wird die Weiterentwicklung der Gesamtvergütung auf Basis der von den Ärzten selbst kodierten Diagnosen abgelehnt. Stattdessen sollte dies ausschließlich auf Basis der Demografiefaktoren erfolgen.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
<p>Artikel 1 Nr. 24</p> <p>§ 87 b Abs. 1</p>	<p>Vergütung der Ärzte: Honorarverteilung</p> <p>Die KV wendet bei der Honorarverteilung den im Benehmen mit den Krankenkassen festgesetzten Verteilungsmaßstab an.</p>	<p>Diese Regelung bedeutet einen anachronistischen Rückschritt. Die Finanzverantwortung der Kassen muss weiterhin mit einem Mitspracherecht bei der Honorarverteilung einhergehen.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 25</p> <p>§ 87 c (neu)</p>	<p>Vergütung der Ärzte: Transparenz</p> <p>Die KBV erhält die Aufgabe, für jedes Quartal zeitnah nach Abschluss des jeweiligen Quartals sowie für jede KV einen Bericht über die Ergebnisse der Honorarverteilung, über die Gesamtvergütung je Arzt und je Fachgruppe zu veröffentlichen. Zusätzlich ist zur Erklärung möglicher regionaler Honorarunterschiede über Arztzahlen, Fallzahlen und Leistungsmengen zu informieren. Die bisherige Berichtspflicht des BMG gegenüber dem Bundestag entfällt.</p>	<p>Hierzu wird auf § 87 3a verwiesen; es handelt sich um eine Regelung, die letztlich einseitig der KBV die Datenhoheit zuweist. Hier wäre die Einbindung einer von der gemeinsamen Selbstverwaltung getragenen Organisation, wie das Institut des Bewertungsausschusses, sinnvoll, um zu gewährleisten, dass wesentliche Informationen, die auch in der Vergangenheit der GKV von der KBV bzw. von den Kassenärztlichen Vereinigungen nicht zur Verfügung gestellt wurden, an die Krankenkassen gelangen.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 26</p> <p>§ 87 d</p>	<p>Vergütung der Ärzte: Extrabudgetäre Leistungen</p> <p>Die gesetzliche Regelung zur Ausgabenbegrenzung extrabudgetärer Leistungen wird aufgehoben. Damit soll insbesondere das ambulante Operieren als ambulante Leistung weiterhin gefördert werden.</p>	<p>Die Aufhebung der Ausgabenbegrenzung für extrabudgetäre Leistungen wird abgelehnt.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
<p>Artikel 1 Nr. 26</p> <p>§ 87 d Abs. 2 Satz 4</p>	<p>Vergütung der Ärzte: Berücksichtigung der Mitgliederentwicklung für den Behandlungsbedarf</p> <p>Mit einem Querverweis auf § 87a Abs. 4 sollen für das Jahr 2012 die Veränderungen der Zahl der Versicherten der Krankenkassen bei der Ermittlung der Behandlungsbedarfes nicht berücksichtigt werden („Die Regelungen nach § 87a Abs. 4 Nrn. 1, 2,4 und 5 werden für 2012 nicht angewendet“).</p>	<p>Der Verzicht auf die Berücksichtigung der Versichertenveränderungen ist unverständlich und legt die Vermutung nahe, dass es sich um ein redaktionelles Versehen handelt.</p> <p>Denn für das Jahr 2012 sieht das geltende Recht – wie bereits in 2011 – eine lineare Anpassung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen je Versichertem um 1,25% vor. Dabei wird der Behandlungsbedarf je Versicherten mit der voraussichtlichen Zahl der Versicherten der Krankenkasse in 2012 multipliziert (§ 87d Absatz 2 Sätze 2 und 8 SGB V).</p> <p>Obwohl ansonsten der Behandlungsbedarf systematisch zumindest mit der Zahl der Versicherten verknüpft wird, soll durch die Neufassung des § 87d nun auf eine Berücksichtigung der Versichertenbewegung verzichtet werden. Die Folge dieser Neuregelung ist, dass Krankenkassen mit rückläufiger Mitgliederentwicklung bei der Ermittlung des Behandlungsbedarfs bzw. der Gesamtvergütung benachteiligt würden.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Um die Wettbewerbsbedingungen der Krankenkassen nicht zu verzerren, sollte eine Klarstellung erfolgen, mit der sichergestellt wird, dass bei der Ermittlung des Behandlungsbedarfes die Mitgliederentwicklung berücksichtigt bleibt.</p> <p>In Artikel 1 Nr. 26 sollten daher in § 87d Abs. 2 Satz 4 die Wörter „Nummer 1, 2,4 und 5“ durch die Wörter „Nummer 2,4 und 5“ ersetzt werden.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
<p>Artikel 1 Nr. 27</p> <p>§ 90 Abs. 4</p>	<p>Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen</p> <p>Die Beteiligungsrechte der Länder in den Landesausschüssen werden gestärkt. Die zuständige Landesbehörde entsendet künftig Vertreter zu den Beratungen der Landesausschüsse. Das Mitberatungsrecht umfasst auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung.</p>	<p>Die Beteiligung der Länder in den Landesausschüssen entspricht dem politischen Willen, den Ländern insgesamt mehr Gestaltungsmöglichkeiten einzuräumen.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 27</p> <p>§ 90 Abs. 6</p>	<p>Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen</p> <p>Die Beschlüsse der Landesausschüsse sind der zuständigen Landesbehörde vorzulegen. Das Verfahren entspricht den Regelungen zur Prüfung der Richtlinien des G-BA durch das BMG. Die Nichtbeanstandung eines Beschlusses kann mit Auflagen verbunden werden. Im Konfliktfalle kann die staatliche Aufsicht den Beschluss an Stelle des Landesausschusses erlassen.</p>	<p>Die Beanstandungsfrist von zwei Monaten wird als zu lang angesehen, wenn der Landesausschuss durch Beschluss akute Unterversorgung beheben will. Bisher wurden die Beschlüsse des Landesausschusses von den Zulassungsausschüssen unmittelbar nach Beschlussfassung umgesetzt.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 29</p> <p>§ 90 a (neu)</p>	<p>Gemeinsames Landesgremium</p> <p>Die Länder haben die Möglichkeit, ein gemeinsames Gremium auf Landesebene zu sektorübergreifenden Versorgungsfragen zu bilden, in dem neben dem Land, der KV, den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen gemeinsam, auch die Landeskrankenhausgesellschaft oder die Vereinigungen der Krankenhausträger im Land sowie weitere Beteiligte (z. B. andere Sozialleistungsträger, Landesärztekammern, Patientenorganisationen, Landesbehörden) vertreten sein können. Die nähere Ausgestaltung und Besetzung dieses Gremiums bestimmt sich nach Landesrecht.</p>	<p>Ein solches neues sektorenübergreifendes Gremium mit Vertretern unterschiedlichster Interessen wird kritisch gesehen. Anstatt ein neues zusätzliches Gremium zu schaffen, dessen Beschlüsse empfehlenden Charakter haben, sollte das erprobte und erfolgreiche Modell der Selbstverwaltung in Form grundsätzlich unveränderter Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen (§ 90 SGB V) wie bisher erhalten bleiben (allerdings für die sektorenübergreifende spezialärztliche Bedarfsplanung um Vertreter aus dem stationären Bereich erweitert werden). Auch da die Neuregelungen zur spezialärztlichen Versorgung gem. § 116 b keine Bedarfsplanung vorsehen, würden die Beschlüsse des Gremiums ohne Wirkung bleiben.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
	Die Beschlüsse dieses Gremiums sind für die Landesaus-schüsse der Ärzte und Krankenkassen nicht unmittelbar verbindlich .	
Artikel Nr. 29 § 91 Abs. 2	Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) Die Berufung des unparteiischen Vorsitzenden des G-BA und der weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter müssen nach Vorschlägen der Organisationen über das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages bestätigt werden. Bei zweimaligem Widerspruch des Ausschusses erfolgt die Berufung durch das BMG. Außerdem dürfen die unparteiischen Mitglieder in den letzten drei Jahren nicht bei Organisationen des G-BA oder deren Mitglieder beschäftigt gewesen sein.	Die Regelung wird abgelehnt. Die Bestätigung bzw. Ablehnung der Unparteiischen durch den Ausschuss für Gesundheit des Bundestages führt zu einer unnötigen Einflussnahme der Politik und höhlt die Selbstverwaltung aus.
Artikel 1 Nr. 29 § 91 Abs. 2 a	Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) Bei Beschlüssen, die allein einen der Leistungssektoren betreffen, werden alle 5 Stimmen der Leistungserbringerseite auf die Mitglieder der betroffenen Leistungserbringerorganisation übertragen . Bei Beschlüssen, die allein zwei der drei Leistungssektoren betreffen, gilt eine entsprechende Regelung.	Die Regelung wird abgelehnt. Sie widerspricht dem Ansatz der sektorenübergreifenden Bewertung und Beschlussfassung im G-BA und fördert die Blockadehaltung betroffener Leistungserbringer. Dadurch wird die Handlungsfähigkeit des G-BA maßgeblich eingeschränkt. Eine sektorale Beschlussfassung könnte allenfalls für die zahnärztliche Versorgung in Frage kommen.
Artikel 1 Nr. 31	Zulassungsrecht Die Befristung von vertragsärztlichen Zulassungen ist	Eine befristete Zulassung wird ab einem Versorgungsgrad von 110 % befür-

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
<p>§ 95 Abs. 7 (Nr. 33 – § 98, Nr. 36 – § 103)</p>	<p>künftig unter bestimmten Voraussetzungen möglich. Ziel der Regelung ist es, perspektivisch die Entstehung und Fest-schreibung von Überversorgung zu reduzieren.</p>	<p>wortet.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 34</p> <p>§ 99</p>	<p>Bedarfsplanung</p> <p>Den Beteiligten wird ein größerer Gestaltungsspielraum für die Bedarfsplanung eingeräumt, um regionale Besonderheiten (Demografie und Morbidität) für eine bedarfsgerechte Versorgung berücksichtigen zu können. Ggf. kann von den Richtlinien des G-BA abgewichen werden. Die zuständigen Aufsichtsbehörden können den Bedarfsplan beanstanden.</p>	<p>Grundsätzlich wird der größere Gestaltungsspielraum begrüßt, es ist allerdings zu befürchten, dass ungerechtfertigter Weise eine Unterversorgung ausgewiesen wird. So birgt eine kleinräumigere Bedarfsplanung die Gefahr, dass eine künstliche Unterversorgung geschaffen wird. Die Steuerung in gravierend unterversorgte Gebiete im ländlichen Raum wird erschwert, wenn auch in städtischen Regionen neue Niederlassungsmöglichkeiten eröffnet werden. Es zeigt sich bereits mit der Einführung des Demographiefaktors in die Bedarfsplanung, dass auch neue Niederlassungsmöglichkeiten in größeren Städten entstehen. Insofern kommt diese – auch von Ärzteseite seit längerem geforderte - Änderung der bestehenden Planungsbezirke allenfalls zur Behebung von Unterversorgung, insbesondere bei der hausärztlichen Versorgung in strukturschwachen ländlichen Gebieten, in Betracht.</p> <p>Die Berücksichtigung der Morbidität ist im Hinblick auf die vorgesehene Abschaffung der Kodierrichtlinien und die in dem Zusammenhang von uns vortragenen Bedenken hinsichtlich Weiterentwicklung der Gesamtvergütung ebenfalls kritisch zu sehen.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 35</p> <p>§ 101 Abs. 1</p>	<p>Überversorgung</p> <p>Die Verankerung einer ambulanten spezialärztlichen Versorgung wird bei der Bedarfsplanung für die fachärztliche Versorgung berücksichtigt. Die regionalen Planungsbereiche müssen so festgelegt werden, dass sie eine flächendeckende Versorgung sicherstellen. Bei der Berechnung des Versorgungsgrades sollen auch</p>	<p>Behandlungen in Psychiatrischen Institutsambulanzen und Sozialpädiatrischen Zentren kommen nur in Betracht, wenn sie aufgrund der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung nicht von niedergelassenen Ärzten erbracht werden können. Eine Vergleichbarkeit mit den niedergelassenen Ärzten scheidet aus</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
	ermächtigte Krankenhausärzte, Psychiatrische Institutsambulanzen und Sozialpädiatrische Zentren erfasst werden.	
<p>Artikel 1 Nr. 36</p> <p>§ 103 Abs. 4, 4c und 4d</p>	<p>Zulassungsrecht</p> <p>Bei den Entscheidungen über die Nachbesetzung einer Arztpraxis sollen Versorgungsgesichtspunkte stärker berücksichtigt werden. Bei der Auswahlentscheidung soll berücksichtigt werden, wenn ein Bewerber zuvor mindestens fünf Jahre in einem unterversorgten Gebiet vertragsärztlich tätig war.</p> <p>Bei der Auswahlentscheidung in Nachbesetzungsverfahren sollen MVZ, die unter den Bestandsschutz fallen und bei denen die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte nicht Vertragsärzten zustehen, nachrangig berücksichtigt werden.</p>	<p>Die Regelung wird befürwortet, allerdings muss gleichzeitig auch sichergestellt werden, dass nicht Bewerber aus unterversorgten Gebieten zusätzlich in die Ballungsgebiete gelockt werden.</p> <p>Es sollte vermieden werden, dass bereits langjährig Zugelassene von dieser Regelung profitieren können, hierdurch würde sich die Unterversorgung verschärfen. Die 5-Jahres-Regelung könnte mit zeitlicher Vorgabe eingeschränkt werden. Damit ist der Anreiz für neue niederlassungswillige Ärzte geschaffen, ohne dass bisherige Ärzte abwandern.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 36</p> <p>§ 103 Abs. 4, 4c und 4d</p>	<p>Zulassungsrecht</p> <p>In wegen Überversorgung gesperrten Planungsbereichen erhalten die KVen das Recht, bei der Ausschreibung von Vertragsarztsitzen ein Vorkaufsrecht auszuüben. Die Fortführung der Praxis ist nach Ausübung des Vorkaufsrechts ausgeschlossen.</p>	<p>Die Regelung wird befürwortet. Allerdings ist zu befürchten, dass die KVen keinen Gebrauch vom Vorkaufsrecht machen. Daher ist es notwendig, dass der Gesetzesentwurf geändert wird und in den überversorgten Planungsbereichen aus dem <u>Vorkaufsrecht</u> der KVen eine <u>Vorkaufspflicht</u> der KVen wird.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 36</p>	<p>Zulassungsrecht</p> <p>MVZ, die im Rahmen eines Nachbesetzungsverfahrens</p>	<p>Die Regelung wird befürwortet.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
§ 103 Abs. 4d	eine Praxis übernehmen, können die vertragsärztliche Tätigkeit nur dann in ihren Räumlichkeiten ausüben, wenn dieser Verfahrensweise keine Gründe der vertragsärztlichen Versorgung entgegenstehen .	
Artikel 1 Nr. 36 § 105 Abs. 3	Zulassungsrecht Bei wegen Übersorgung gesperrten Planungsbereichen ist eine finanzielle Förderung auch durch den Aufkauf der Arztpraxis durch die KV und den Verzicht auf eine Ausschreibung zur Nachbesetzung möglich.	Die Regelung wird befürwortet. Allerdings ist zu befürchten, dass die KVen keinen Gebrauch von dieser Regelung machen
Artikel 1 Nr. 37 § 105 Abs. 1 a (neu)	Strukturfonds bei den Kassenärztlichen Vereinigungen Die KV kann zur Finanzierung von Fördermaßnahmen in unterversorgten Gebieten einen Strukturfonds bilden, für den sie 0,1 % der Gesamtvergütung zur Verfügung stellt. Die Landesverbände der Krankenkassen haben ggf. einen Betrag in gleicher Höhe zu entrichten. Über die Verwendung der Mittel entscheidet die KV im Einvernehmen mit den Krankenkassen.	Da § 105 Abs. 4 Sätze 1 und 2 bestehen bleiben (hälftige Finanzierung von Sicherstellungszuschlägen durch KVen und Krankenkassen); entsteht die Gefahr der Doppelfinanzierung . Insofern wäre ein Strukturfonds ausreichend, über den dann auch die Sicherstellungszuschläge finanziert werden könnten. Um den Strukturfonds vor jeglicher Zweckentfremdung effektiv zu schützen, sollte die Entscheidung darüber, nach welchen Kriterien die regionalen Mittel verteilt werden, nicht allein von der KV, sondern von einem selbstverwalteten Gremium mit paritätischer Besetzung (analog zur Zusammensetzung der Landesausschüsse nach § 90 SGB V) getroffen werden. Im Übrigen ist eine Klarstellung der Formulierung erforderlich: Die Krankenkassen zahlen in den Strukturfonds und nicht die Landesverbände.

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
<p>Artikel 1 Nr. 38</p> <p>§ 106 Abs. 5 e (neu)</p>	<p>Wirtschaftlichkeitsprüfung</p> <p>Bei erstmaliger Überschreitung des Richtgrößenvolumens für verordnete Leistungen um mehr als 25 % wird kein Regress festgesetzt, bevor dem Vertragsarzt nicht zumindest eine einmalige Beratung angeboten wurde.</p>	<p>Die Regelung wird abgelehnt. Sie bedeutet eine weitere Aufweichung der Wirtschaftlichkeitsprüfung, die bereits durch das AMNOG eingeschränkt wurde.</p> <p>Im Übrigen ist der Grundsatz „Beratung vor Regress“ bereits jetzt gültig (§ 106 Abs. 5 SGB V).</p> <p>Wird an der Neuregelung festgehalten, sollte zumindest die Qualität der Beratung sichergestellt sein. Sie sollte dem Prüfgeschäft angegliedert werden, damit ggf. auch zeitnah Sanktionen durchgeführt werden können.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 39</p> <p>§ 111b</p>	<p>Schiedsverfahren ambulante Rehabilitation</p> <p>Anwendung des Schiedsverfahrens zu den Vergütungsverträgen auch für die ambulante Rehabilitation</p>	<p>Mit dem – bisher noch nicht verabschiedeten - Infektionsschutzänderungsgesetz soll im Bereich stationärer Rehabilitation ein Schiedsstellenverfahren installiert werden. Die Betriebskrankenkassen haben sich in ihrer Stellungnahme zum Gesetzentwurf dagegen ausgesprochen, denn die beabsichtigten Landesschiedsstellen sind nicht geeignet, bestehende Probleme bei Vergütungsverhandlungen für Leistungen im Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation zu lösen. Vielmehr führen sie zu bürokratischem Aufwand und erhöhten Verwaltungskosten.</p> <p>Aus denselben Gründen ist ein solches Schiedsverfahren für den Bereich ambulanter Rehabilitation abzulehnen.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
<p>Artikel 1 Nr. 40</p> <p>§ 111c</p>	<p>Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen</p> <p>Einheitliche Versorgungsverträge über die Durchführung ambulanter Rehabilitation nach § 40 Abs. 1 SGB V</p>	<p>Die Neuregelung gibt einer GKV-einheitlichen und gemeinsamen Lösung den Vorrang vor einer wettbewerblichen Lösung. Zwingend notwendig ist hierbei allerdings eine Regelung zum Bestandsschutz von bereits mit ambulanten Einrichtungen geschlossenen Vereinbarungen. Die Schiedsstellenregelung in Abs. 3 der neuen Vorschrift wird abgelehnt (siehe § 111b).</p>
<p>Artikel 1 Nr. 43</p> <p>§ 116 a</p>	<p>Ambulante Behandlung im Krankenhaus</p> <p>Zugelassene Krankenhäuser können zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung ermächtigt werden, sofern der Landesausschuss festgestellt hat, dass in einem nicht unterversorgten Gebiet ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht.</p>	<p>Die Regelung wird befürwortet.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 44</p> <p>§ 116 b Abs. 1 (neu)</p>	<p>Ambulante spezialärztliche Versorgung</p> <p>Die ambulante spezialärztliche Versorgung umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten. Das Gesetz sieht qualitative Anforderungen und einen Leistungskatalog vor.</p> <p>Für die Anwendung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gilt der im stationären Bereich maßgebende Grundsatz: „Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt“.</p>	<p>Die Schaffung eines dritten Versorgungssektors bringt eine Vielzahl von Umsetzungsproblemen mit sich, insbesondere bezüglich der Direktabrechnung und der Bereinigung. Das Motto „Jeder, der kann, darf“ wird einer sachgerechten Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen nicht gerecht.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
<p>Artikel 1 Nr. 44</p> <p>§ 116 b Abs. 2</p>	<p>Ambulante spezialärztliche Versorgung</p> <p>Der Zugang zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung erfolgt über einheitliche Qualifikations- und Qualitätsanforderungen ohne Bedarfsplanung.</p>	<p>Die Regelung wird aufgrund der fehlenden Bedarfsplanung kritisch gesehen.</p> <p>Um die Einbeziehung der ambulanten spezialärztlichen Leistungen in die Bedarfsplanung zu realisieren, sollte eine Ermächtigung über den Zulassungsausschuss und eine generelle Abrechnung dieser Leistungen über den EBM erfolgen – handelt es sich doch letztlich um ambulante Leistungen.</p> <p>Mit dieser Lösung würde auch das gesamte Regelwerk der vertragsärztlichen Versorgung inklusive Richtlinien, DTA und Vordrucke gelten.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 44</p> <p>§ 116 b Abs. 6</p>	<p>Ambulante spezialärztliche Versorgung</p> <p>Alle Leistungserbringer sollen unmittelbar mit der zuständigen Krankenkasse abrechnen. Es erfolgt eine einheitliche Vergütung für die niedergelassenen Fachärzte und die Krankenhäuser. Für die ambulante spezialärztliche Versorgung wird ein eigenständiges Vergütungssystem mit einer spezifischen Kalkulationssystematik für diagnosebezogene Gebührenpositionen vereinbart.</p> <p>Eine Mengenbegrenzungsregelung gibt es nicht.</p> <p>Für die Übergangszeit gelten die Vergütungen nach dem EBM und den regionalen Euro-Gebührenordnungen. Für öffentlich geförderte Krankenhäuser erfolgt ein Investitionskostenabschlag von 5 %. Der Behandlungsbedarf nach § 87 a Absatz 3 Satz 2 ist zu bereinigen.</p>	<p>Eine Mengensteuerung auch für diese Leistungen ist unerlässlich, ebenso auch eine Bereinigungsvorschrift für den stationären Sektor.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
<p>Artikel 1 Nr. 44</p> <p>§ 116 b Abs. 7</p>	<p>Ambulante spezialärztliche Versorgung</p> <p>Die Verordnung von Leistungen in der ambulanten spezialärztlichen Versorgung erfolgt zu Lasten der Krankenkasse. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung erfolgt durch die Prüfungsstellen.</p>	<p>Die Vergabe eines Kennzeichens nach § 293 SGB V ist unzureichend. Für die Identifikation der Leistungserbringer ist die Vergabe der LANR und der BSNR erforderlich. Die Krankenkassen benötigen zur Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen die konkrete Angabe, welcher Arzt die Leistung erbracht hat und an welchem Ort. Damit würde Vergleichbarkeit zur vertragsärztlichen Versorgung hergestellt.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 45</p> <p>§ 127 Abs. 6 neu</p>	<p>Verträge</p> <p>Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen geben gemeinsam Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln ab.</p> <p>In den Empfehlungen können auch Regelungen über die in § 302 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 genannten Inhalte getroffen werden. Die Empfehlungen nach Satz 1 sind den Verträgen nach den Absätzen 1, 2 und 3 zu Grunde zu legen."</p>	<p>Die Formulierung ist unklar und überlässt die Auslegung der Gerichtsbarkeit oder der Aufsicht der Krankenkassen. Es bleibt offen, ob es sich um Regelungen zur Abrechnung oder zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln handeln soll.</p> <p>Rahmenempfehlungen zur Durchführung der Versorgung greifen in die hoheitliche Aufgabe einer Krankenkasse ein. Das Wettbewerbsinstrument des Vertragsabschlusses sollte Krankenkassen nicht durch eine Rahmenvereinbarung genommen werden.</p> <p>Sinnvoll wären ggf. Rahmenvereinbarungen zur Senkung des administrativen Aufwandes, wie z. B. die Vereinbarung von Mustervordrucken, die dann in dieser Form von allen Kassen zu nutzen wären.</p> <p>Vorstellbar wäre eine Rahmenvereinbarung zum elektronischen Kostenvorschlag, die Grundsätze der Nutzung, der Finanzierung und die Möglichkeit der Verbindung zu § 302 SGB V darstellt. Eine Verbindung von Genehmigungs- und Abrechnungsverfahren sollte möglich sein.</p> <p>Die Abrechnung nach § 302 müsste grundsätzlich überarbeitet werden. Ziel sollte der Bürokratieabbau sein.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
		<p>Es bedarf dringend einer Vereinbarung zur Überarbeitung des Hilfsmittelverzeichnis unter Mitwirkung der Hersteller, des MDS und des GKV-SV. Definierte Qualitätsstandards sind überholt, beziehen sich überwiegend auf technische Standards und eine Pflege erfolgt weitgehend nur bei Neuaufnahmen ins Verzeichnis. Wenn der Hersteller den Nachweis für sein Hilfsmittel nicht oder unzureichend erbringt und es langfristig nicht gelingt eine Leistung vorzunehmen, sollten die Produkte aus der Leistungspflicht fallen.</p> <p>Bisher ist es Leistungserbringern gestattet, bestehenden Verträgen beizutreten. Dieses Recht sollte umgekehrt auch Krankenkassen ermöglicht werden. Rechte von Leistungserbringern werden dadurch nicht eingeschränkt, es bleiben Beitrittsverträge nach § 127 Abs. 2 SGB V.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 46</p> <p>§ 128 Abs. 2</p>	<p>Unzulässige Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Leistungserbringern</p> <p>Mit der Rechtsänderung soll verhindert werden, dass Vertragsärzte das Zuwendungsverbot durch Beteiligung an Unternehmen von Leistungserbringern im Hilfsmittelbereich umgehen.</p> <p>Unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtsprechung des BSG wird klargestellt, dass auch Einkünfte aus solchen Beteiligungen unzulässige Zuwendungen sind, wenn deren Höhe durch das Ordnungs- oder Zuweisungsverhalten von den Vertragsärzten maßgeblich beeinflusst werden kann.</p> <p>.</p>	<p>Das Ordnungsverhalten der Ärzte in Kliniken ist bisher nur im Rahmen des Depotverbotes geregelt. Hilfsmittelversorgungen zur Sicherung der Entlassung aus dem Krankenhaus werden durch die Krankenhäuser organisiert, die hierfür die im und am Krankenhaus ansässigen Unternehmen bevorzugen. Die Regelung lässt offen, ob diese dann Vertragspartner der Krankenkasse des Versicherten sind.</p> <p>Die Bindung sonstiger Leistungserbringer an Krankenhäuser sollte analog zum Depotverbot nicht zulässig sein. Hilfsmittelversorgungen, die im Krankenhaus begonnen wurden und entlassungsrelevant sind, dürfen ausschließlich über die Vertragspartner der Krankenkassen erfolgen, unter denen der Versicherte das Wahlrecht hat. Wählt das Krankenhaus den Leistungserbringer und dieser ist nicht Vertragspartner, sollte das Krankenhaus die Kosten wegen unzulässiger Auftragsvergabe tragen müssen.</p> <p>Die Konkretisierungen der Vorschriften erleichtern insgesamt die Arbeit des</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
		Gesetzesanwenders, gleichwohl wird die konkrete Beweisbarkeit der einzelnen Fälle problematisch sein. Daher wird zusätzlich eine Umkehr der Beweislast für den § 128 gefordert.
<p>Artikel 1 Nr. 46</p> <p>§ 128 Abs. 5a und b (neu)</p>	<p>Ausdehnung des Zuwendungsverbotes auf die Heilmittelversorgung</p> <p>Vertragsärzte, die unzulässige Zuwendungen fordern oder annehmen oder Versicherte zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Versorgung an Stelle der ihnen zustehenden Leistungen der GKV beeinflussen, verstoßen gegen ihre vertragsärztlichen Pflichten.</p> <p>Die Ausdehnung des Zuwendungsverbotes gilt auch für die Heilmittelversorgung.</p>	<p>Die Ausdehnung der unzulässigen Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten auf Heilmittelerbringer wird begrüßt. Der grundgesetzlich normierte Gleichheitsgrundsatz (Art. 3 GG) gebietet eine gesetzliche Übertragung auf den Heilmittelbereich, wo seit längerem besondere Fehlentwicklungen zu beobachten sind.</p> <p>Allerdings geht die Rechtsfolge ärztlichen Fehlverhaltens in Abs. 5a nicht weit genug. Um künftig Gesetzesverstöße effektiv zu verhindern bzw. angemessen zu ahnden, wird daher die Implementierung einer entsprechenden Strafvorschrift (mindestens einer Ordnungswidrigkeit) gefordert.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 54</p> <p>§ 137 c Absatz 1</p>	<p>Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus</p> <p>Ergibt die Überprüfung, dass eine Methode nicht das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, insbesondere weil sie schädlich oder unwirksam ist, erlässt der G-BA eine entsprechende Richtlinie, wonach die Methode im Rahmen einer Krankenhausbehandlung nicht mehr zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden darf.</p>	<p>Die beabsichtigte Neuregelung wird abgelehnt. Es ist nicht zweckmäßig, Methoden nur bei nachgewiesener Schädlichkeit oder Unwirksamkeit auszuschließen zu können. Dies ist besonders unter dem Aspekt der Patientensicherheit kritisch zu sehen, da Methoden und Verfahren solange stationär zu Lasten der Krankenkassen angewendet werden dürften, bis ausreichend Patienten geschädigt oder unwirksam behandelt wurden, um diesen Sachverhalt statistisch nachzuweisen.</p> <p>Generell sollte für Methoden gelten, dass sie nur bei nachgewiesenem Nutzen angewendet werden dürfen (sowohl ambulant als auch stationär). Es sollte klargestellt werden, dass eine Methode nach Überprüfung nur bei explizit nachgewiesenem Nutzen weiterhin von Krankenhäusern und im ambu-</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
		lantem Bereich zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden darf.
<p>Artikel 1 Nr. 56</p> <p>§ 137 e Abs. 1</p>	<p>Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden</p> <p>Gelangt der G-BA bei der Prüfung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu der Feststellung, dass die Methode das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, ihr Nutzen aber noch nicht hinreichend belegt ist, kann er unter Aussetzung seines Bewertungsverfahrens eine Richtlinie zur Erprobung der Methode beschließen, um die notwendigen Erkenntnisse für die Bewertung der Methode zu gewinnen. Die Untersuchungs- oder Behandlungsmethode kann dann in einem befristeten Zeitraum zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden.</p>	<p>Der G-BA bekommt mit dieser Regelung die Möglichkeit, über den Beschluss einer Richtlinie die Erprobung einer Methode einzuleiten, um notwendige Erkenntnisse für die Bewertung der Methode zu generieren. Die Schaffung dieser Möglichkeit für den G-BA ist ausdrücklich zu befürworten.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 56</p> <p>§ 137 e Abs. 3</p>	<p>Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden</p> <p>An der Erprobung können sich die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und zugelassene Krankenhäuser beteiligen.</p>	<p>Eine stärkere Verpflichtung der Leistungserbringer und Krankenhäuser zur Beteiligung an der Erprobung ist notwendig. Nicht an der Erprobung teilnehmenden Krankenhäusern muss die Anwendung der in Rede stehenden Methode untersagt werden.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 56</p> <p>§ 137 e Abs. 6</p>	<p>Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden</p> <p>Beruhet die technische Anwendung der Methode maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinprodukts, darf der G-BA einen Beschluss zur Erprobung nur fassen, wenn die Anbieter der Methode die entstehenden Kosten der wissenschaftli-</p>	<p>Die Regelung bedarf einer Konkretisierung, mit der klargestellt wird, dass Anbieter eines Medizinproduktes zur Finanzierung der Erprobung verpflichtet werden.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
	<p>chen Begleitung und Auswertung in angemessenem Umfang übernehmen.</p>	
<p>Artikel 1 Nr. 57</p> <p>§ 137f Abs.1 Satz 1</p>	<p>Disease-Management-Programme (DMP)</p> <p>Der G-BA erhält Regelungskompetenz in Form von Richtlinien zur Festlegung der Krankheiten, für die zukünftig strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden sollen.</p>	<p>Die Regelung, einschließlich der daraus resultierenden Folgeänderungen, ist abzulehnen.</p> <p>Die bisherige Regelungskompetenz des BMG im Zusammenhang mit den strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137 f SGB V sollte beibehalten werden. Dies betrifft auch die Festlegung der Krankheiten, für die ein strukturiertes Behandlungsprogramm durch die Krankenkassen angeboten werden kann.</p> <p>Die Festlegung von DMP-fähigen Krankheiten (und damit die Auslösung der Zuweisung der DMP-Programmkostenpauschale) würde mit der Neuregelung maßgeblich durch Leistungserbringer vorgegeben und nicht wie bisher durch die neutrale Institution des BMG. Darüber hinaus entfielen für die Rechtsverordnung vorgesehene Stellungsverfahren und damit die Transparenz. Das BMG fungiert nur noch als Rechtsaufsicht.</p> <p>Rechtlich ist zudem fraglich, ob eine G-BA-Richtlinie eine ausreichende Rechtsgrundlage für eine Veränderung der Verteilungswirkung des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) sein kann. Eine Rechtsverordnung ist zum einen höherrangiges Recht als eine Richtlinie des G-BA. Auch ist sie nicht beklagbar.</p> <p>Es besteht derzeit keine Verfahrensordnung für die Erstellung dieser Richtlinien. Vor dem Hintergrund der bisherigen Prozesse zum Erlass von Richtlinien nach § 92 SGB V ist auch nicht erkenntlich, dass durch die geplante Änderung administrative, prozessuale oder zeitliche Vorteile entstehen.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
<p>Artikel 1 Nr. 57</p> <p>§ 137f Abs. 2, Satz 1</p>	<p>Disease-Management-Programme (DMP)</p> <p>Der G-BA erhält Regelungskompetenz zur Festlegung der Inhalte und zu den Anforderungen zur konkreten Ausgestaltung der DMP mittels Richtlinien.</p>	<p>Die Regelung ist abzulehnen. Die Regelungskompetenz des BMG sollte beibehalten werden. Die Rechtsverordnung ist gegenüber der G-BA-Richtlinie höherrangiges Recht. Bei einer Festlegung sämtlicher DMP-Rahmenbedingungen durch G-BA-Richtlinien wird u. a. die GKV-Position, die innerhalb der DMP keinen neuen und gesonderten Rechtsraum sieht, geschwächt.</p> <p>Die Inhalte und Anforderungen an die konkrete Umsetzung der DMP durch die Krankenkassen werden maßgeblich durch Leistungserbringer (im G-BA) bestimmt. Damit erhalten die Leistungserbringer maßgeblichen Einfluss auf die inhaltliche Ausgestaltung eines Wettbewerbinstrumentes der Krankenkassen.</p> <p>Unter dem Deckmantel der „Stärkung der Selbstverwaltung“ wird die Möglichkeit der GKV zur Ausgestaltung eines wettbewerblichen Instrumentes erheblich geschwächt. Darüber hinaus birgt die Trennung, Inhalt und konkrete Ausgestaltung der Programme über Richtlinien des G-BA und die administrativen Vorgaben weiterhin über Verordnung durch BMG (RSAV) auszugestalten, zudem erhebliche Abgrenzungs- und Umsetzungsprobleme. Auch ist mit einem erhöhten administrativen Aufwand bei den programmdurchführenden Krankenkassen sowie mit einem erhöhten Prüfaufwand der bereits erteilten Programmzulassungen beim BVA zu rechnen: Die Krankenkassen müssen die Programme und alle zur Durchführung der Programme geschlossenen Verträge an die neuen Umsetzungsanforderungen anpassen; das BVA muss prüfen, ob die Anpassungen ausreichend für die Aufrechterhaltung der Zulassungen sind.</p> <p>Soweit dennoch an der Kompetenzübertragung auf den G-BA festgehalten wird, muss zumindest zwingend vorgesehen werden, dass das BVA bei der Festlegung von Richtlinien nach § 137f Abs. 2 SGB V zwingend zu beteiligen ist.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
		<p>Eine alleinige Einbindung des BVA durch ein Stellungnahmerecht wie im aktuellen Änderungsantrag 32 der Fraktionen von CDU/CSU und FDP (Ausschuss-Drs. 17(14)0190(neu)) vorgesehen, wird als nicht ausreichend angesehen.</p>
<p>Art. 1 Nr. 57</p> <p>§ 137f Abs. 2, Sätze 2 und 3</p>	<p>Disease-Management-Programme (DMP)</p> <p>Folgeänderung aus Kompetenzübertragung an den G-BA. Es werden die in den Richtlinien zu formulierenden Anforderungen näher ausgeführt.</p> <p>Zu regeln sind u. a. Anforderungen an die</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation einschließlich der für die Durchführung der Programme erforderlichen personenbezogenen Daten und deren Aufbewahrungsfristen (Ziffer 5) • Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen (Evaluation) (Ziffer 6) <p>Soweit diese Anforderungen Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrags im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.</p>	<p>Die Regelung wird abgelehnt.</p> <p>Soweit die abgelehnte Kompetenzübertragung auf den G-BA dennoch erfolgt, müssen zumindest die folgenden Hinweise beachtet werden:</p> <p>Sofern es sich bei der Formulierung „.....der für die Durchführung der Programme erforderlichen personenbezogenen Daten...“ (Absatz 2 Ziffer 5) nicht nur um eine Klarstellung dazu handelt, dass die Daten tatsächlich personenbezogen zu erheben sind, sondern womöglich eine Trennung in zu erhebende personenbezogene Daten und in Daten, die nicht personenbezogen erhoben werden, ist die Formulierung abzulehnen.</p> <p>Die Formulierung „der für die Durchführung der Programme erforderlichen personenbezogenen Daten“ ist unklar. Mit der 17. RSA-Änderungsverordnung (RSA-ÄndV) wurde zum 1. April 2008 eine Datensatztrennung in Daten, die die Krankenkasse personenbezogen erhalten darf und in solche, die sie nicht erhalten darf, vor dem Hintergrund der Entbürokratisierung aufgehoben. Die nun vorgeschlagene Formulierung kann im Weiteren erneut zu einer Datensatztrennung und damit zu erheblichen bürokratischen Aufwänden führen.</p> <p>Gleichfalls abzulehnen ist die unter Ziffer 5 enthaltene Übertragung der <i>Richtlinienkompetenz zur Festlegung der Aufbewahrungsfrist</i> der Dokumentationsdaten.</p> <p>Die Aufbewahrungsfristen müssen, da sie auch relevant für die Prüfungen</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
		<p>der Versicherungszeiten nach § 15a RSAV und daher administrative Voraussetzungen für das Zuweisungsverfahren der DMP-Programmkostenpauschale sind, zwingend weiter per Rechtsverordnung (RSAV) geregelt werden. Hier wird die Schwierigkeit und Unschärfe des Versuchs der Trennung der Festlegung der einerseits inhaltlichen- und Umsetzungsanforderungen durch den G-BA und andererseits die Festlegung der administrativen Vorgaben, die dem Verfahren der Zuweisung der Programmkostenpauschale durch die Rechtsverordnung dienen, deutlich.</p> <p>Änderungsvorschlag</p> <p>Ziffer 5 ist daher wie folgt zu fassen: „5. Dokumentationen sowie die“</p> <p>Ebenfalls abzulehnen ist die Formulierung zu Ziffer 6.</p> <p>Die Evaluation erhält eine völlig neue Zielrichtung. Nicht mehr Wirksamkeit und Kosten, sondern die Auswirkung auf die Versorgung sollen zukünftig werden bewertet und als Grundlage für die Überprüfung und Weiterentwicklung der Vorgaben des G-BA herangezogen werden.</p> <p>Die Ausführungen in der Begründung bergen die Gefahr, dass die neu zu formulierenden Anforderungen an die Evaluation eher eine Vorgabe zur Versorgungsforschung oder gar zur Überprüfung der für die Programme zu Grunde gelegten Evidenz werden. Dies insbesondere vor dem Hintergrund des Hinweises, dass „auch nur auf eine auf die Gesamtheit der für eine Krankheit zugelassenen strukturierten Behandlungsprogramme bezogene Evaluation im Vergleich zur Versorgung außerhalb der Programme“ erfolgen kann.</p> <p>Die bisherige Vergleichbarkeit der Programme untereinander und Risikoadjustierung sowie Kostenberücksichtigung entfällt. Dies sollte aus Sicht des BKK Systems als Steuerungsmöglichkeit der DMP beibehalten bleiben. Auch</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
		<p>vor dem Hintergrund, dass die Festlegungen zu den Anforderungen an die Evaluation alleine zu Lasten der Kassen als Durchführender der Evaluation erfolgt und die Stimmverhältnisse und Prozesse im G-BA derzeit nicht absehbar sind, ist diese Regelung kritisch zu sehen.</p> <p>Hinzu kommt, dass bereits innerhalb der GKV kein Konsens zu der Ausrichtung und den Inhalten der Evaluation besteht; es fehlen Mechanismen zur Lösung von uneinheitlichen Auffassungen innerhalb der GKV verbunden mit der Frage, wie in solchen Fällen der GKV-SV abstimmen soll. Bei einer Neufestlegung und Neuausrichtung der Evaluationskriterien durch eine G-BA-Richtlinie besteht darüber hinaus das Risiko einer ggf. erforderlichen Neuausschreibung der Evaluationsinstitute sowie eine nicht abschätzbare finanzielle Mehrbelastung der Kassen durch die notwendigen Neuprogrammierungen der EDV. Zudem können die bisherigen Evaluationsergebnisse zukünftig nicht mehr berücksichtigt werden.</p> <p>Änderungsvorschlag</p> <p>Ziffer 6 wird wie folgt gefasst: <i>„6. Bewertung der Wirksamkeit und der Kosten eines Programms.“</i></p>
<p>Artikel 1 Nr. 57</p> <p>§ 137f Abs. 2 Satzeinfügung</p>	<p>Disease-Management-Programme (DMP)</p> <p>Beauftragung des G-BA zur regelmäßigen Überprüfung der Richtlinien.: Der bisherige Turnus zur mindestens jährlichen Überprüfung der medizinischen Inhalte wird durch den Begriff „regelmäßig“ ersetzt. Dies soll zu einer Flexibilisierung führen.</p>	<p>Die beabsichtigte Neuregelung ist kritisch zu sehen. Der bisherige mindestens jährliche Turnus zur Überprüfung der Aktualität der medizinischen Inhalte hat sich bewährt und sollte beibehalten werden. Hierzu sollte die Mindestanforderung der jährlichen Überprüfung im Gesetzestext belassen werden oder aber mindestens als Vorgabe in die Verfahrensordnung des G-BA aufgenommen werden.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
<p>Artikel 1 Nr. 57</p> <p>§ 137f Abs. 4 Satz 1</p>	<p>Disease-Management-Programme (DMP)</p> <p>Die Anforderungen an die Durchführung der Programme werden um einen jährlich zu erstellenden und gegenüber dem BVA vorzulegenden Qualitätsbericht erweitert.</p>	<p>Die Regelung ist abzulehnen.</p> <p>Mit der Einfügung dieses Satzes wird den Krankenkassen eine neue Anforderung zur Durchführung der Programme auferlegt, die mit erheblichen administrativen und auch finanziellen Aufwänden verbunden sind. Anders als in der Begründung ausgeführt, haben die Kassen bisher keine Vorlagepflicht von Qualitätsberichten gegenüber dem BVA. Somit hat auch das BVA bisher hierzu keinen Prüfauftrag. Es entstehen somit auch erhebliche zusätzliche administrative Aufwände beim BVA.</p> <p>Darüber hinaus bleibt unklar, ob hier ein Kassen- oder KV-bezogener QS-Bericht gemeint ist oder der G-BA in seinen Richtlinien neue Inhalte der Berichte festlegt. Abhängig von den Inhalten sind ggf. neue Datenwege zu implementieren und zusätzliche Kosten zu berücksichtigen. In jedem Fall ist hiermit eine Ausweitung des Durchführungsverfahrens verbunden, die dem Ziel der Entbürokratisierung widerspricht.</p> <p>Die Friststellung zur Vorlage der Berichte bis 1. Oktober des Folgejahres ist auf Grund der geltenden Datenübermittlungsfristen zudem zeitlich schwer realisierbar und wegen der unklaren Vorgaben zur Ausgestaltung der Berichte derzeit nicht einschätzbar. Soweit bei der Vorlage der Berichte die Kassenärztlichen Vereinigungen oder die gemeinsamen Einrichtung einbezogen werden müssen, ergibt sich eine nur bedingte Einflussmöglichkeit auf die Fristeinhaltung durch die Kassen. Dies ist insbesondere im Zusammenhang mit der geplanten Änderung zur Aufhebung der Zulassung bei nicht fristgerechter Vorlage der QS-Berichte sehr kritisch zu sehen (siehe Nr. 55 c). Der Satz ist daher zu streichen.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
<p>Artikel 1 Nr. 58</p> <p>§ 137g Abs. 1, Satz 3</p>	<p>Disease-Management-Programme (DMP)</p> <p>Satz 3 wird aufgehoben. Hierdurch wird die Zulassungsdauer der DMP entfristet; Zulassungen können nun unbefristet erteilt werden.</p>	<p>Der unbefristeten Zulassung der Programme wird ausdrücklich zugestimmt – allerdings mit der Maßgabe, dass Änderungen in Abs. 3 (Nr. 55 c) beachtet werden.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 58</p> <p>§ 137g Abs. 2</p>	<p>Disease-Management-Programme (DMP)</p> <p>Angleichung der Fristen zur Anpassung der zur Durchführung der DMP geschlossenen Verträge und der Anpassung der Dokumentationen auf einheitlich ein Jahr.</p>	<p>Der Regelung wird zugestimmt. Durch die Angleichung der Anpassungsfristen kommt es zu einer Erleichterung bei den ggf. notwendigen Anpassungen der zur Durchführung geschlossenen Verträge.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 58</p> <p>§ 137g Abs. 3</p>	<p>Disease-Management-Programme (DMP)</p> <p>Regelungen zum möglichen Entzug der Zulassung (Folgeänderung aus der Regelung zur unbefristeten Zulassung.)</p>	<p>Grundsätzlich handelt es sich bei dem neuen Absatz 3 um eine zu begrüßende Folgeänderung aus der eingeräumten Möglichkeit der unbefristeten Zulassung:</p> <p>Auch wenn eine Zulassung unbefristet ausgesprochen wird, muss dem BVA die Möglichkeit eingeräumt werden, bei entsprechenden Mängeln die Zulassung wieder aufzuheben. Allerdings ist hierbei die Verhältnismäßigkeit zu berücksichtigen. Eine rückwirkende Aufhebung der Zulassung kann nur zu dem Zeitpunkt erfolgen, zu dem der Mangel bekannt wurde oder eingesetzt hat und nicht, wie in dem Regelungsvorschlag vorgesehen, rückwirkend zu einem Zeitpunkt, zu dem die Betroffenen noch gar nicht wussten, dass ein Mangel besteht.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
		<p>Satz 1 ist bezüglich der Formulierung „Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse“ zu konkretisieren:</p> <p>Änderungsvorschlag</p> <p>Satz 1 ist wie folgt zu fassen:</p> <p><i>„Die Zulassung ist mit Wirkung des Ablaufes der Anpassungsfristen nach § 137g Abs. 2 SGB V aufzuheben, wenn das Programm und die zu seiner Durchführung geschlossenen Verträge die rechtlichen Anforderungen nicht mehr erfüllen.“</i></p> <p>Hierdurch wird das bisherige Verfahren, wonach mit Ablauf der Anpassungsfristen die Zulassung entzogen werden kann, beibehalten.</p> <p>Änderungsvorschlag</p> <p>Satz 2 ist wie folgt zu fassen:</p> <p><i>„Wird die Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 nicht gemäß den Anforderungen nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f durchgeführt, ist die Zulassung zum Zeitpunkt der Feststellung der Nichterfüllung der Anforderungen nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f aufzuheben.“</i></p> <p>Begründung: Ein rückwirkender Zulassungsentzug kann nur dann erfolgen, wenn die Evaluation gar nicht durchgeführt worden ist. Im Übrigen ist ein Zulassungsentzug erst zu dem Zeitpunkt, an dem der Mangel bekannt wurde (Prüfergebnis des BVA), vorzunehmen. Dies auch vor dem Hintergrund, dass durch die mögliche Neufestlegung der Anforderungen an die Evaluation die Länge des Bewertungszeitraumes zum jetzigen Zeitpunkt nicht absehbar ist. Zurzeit beträgt der Bewertungszeitraum drei Jahre. Ein rückwirkender Entzug der Zulassung nur auf Grund eines nicht näher bezeichneten Mangels ist nicht verhältnismäßig. Zudem muss den Krankenkassen die Möglichkeit zur Stellungnahme, Korrektur und Nachlieferung gegeben werden.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
		<p>Satz 3 ist abzulehnen, da Vorlage des QS-Berichtes abgelehnt wird.</p> <p>Alternativ – sollte eine Streichung des Satzes 3 nicht erreicht werden - könnte eine Umwandlung in eine Kann-Regelung erfolgen:</p> <p>Änderungsvorschlag</p> <p>Satz 3 ist wie folgt zu fassen:</p> <p><i>„Sie kann mit Wirkung zum Beginn des Kalenderjahres aufgehoben werden, für das ein Qualitätsbericht nach § 137f Abs. 4 Satz 2 nicht fristgerecht vorgelegt worden ist. Vor einer Aufhebung der Zulassung nach Satz 2 und Satz 3 ist der Krankenkasse die Möglichkeit zur Stellungnahme einzuräumen.“</i></p>
<p>Artikel 1 Nr. 60</p> <p>§ 155 Abs. 2</p>	<p>Auflösung oder Schließung einer Krankenkasse</p> <p>Dem § 155 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt: „Der Vorstand hat unverzüglich nach Zustellung des Schließungsbescheids jedem Mitglied einen Vordruck mit den für die Erklärung nach § 175 Absatz 1 Satz 1 erforderlichen Angaben sowie eine wettbewerbsneutral gestaltete Übersicht über die wählbaren Krankenkassen zu übermitteln und darauf hinzuweisen, dass der ausgefüllte Vordruck an ihn zur Weiterleitung an die gewählte Krankenkasse zurückgesandt werden kann.“</p>	<p>Die Ergänzung des § 155 wird damit begründet, dass das Verfahren des Kassenwechsels für die Mitglieder einer zu schließenden Krankenkasse erleichtert werden soll.</p> <p>In der Begründung wird erläutert, dass der Gesetzgeber “den auf Seiten der aufzunehmenden Krankenkassen erforderlichen organisatorischen Aufwand verringern möchte“ und zwar dadurch, dass der Vorstand der zu schließenden Krankenkasse den erforderlichen Kassenwechsel und die dazu gehörigen verfahrensmäßigen Voraussetzungen aller seiner Mitglieder soweit wie möglich herzustellen hat. Unberücksichtigt bleibt der erhebliche, umzusetzende Mehraufwand für die von der Schließung betroffene Krankenkasse, zumal die Kasse unmittelbar mit Mitarbeiterverlusten rechnen muss.</p> <p>Weiterhin erhält die aufnehmende Krankenkasse die Information über Anzahl und Konstellation der neuen Mitglieder zeitversetzt, da eine taggleiche Weiterleitung der Vordrucke nicht realisierbar sein wird.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
		<p>Dennoch sollte zur Erleichterung des Kassenwechsels an der Verpflichtung für die von der Schließung betroffenen Krankenkasse festgehalten werden. Gleichzeitig sollte allerdings die Aufsicht im Schließungsbescheid und hinsichtlich des Schließungszeitpunktes einen ausreichenden Zeitkorridor für die Umsetzung des notwendigen Kassenwechsels unter Berücksichtigung der im SGB V vorgesehenen Wahlrechtsregelungen einräumen.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 64</p> <p>§ 175</p>	<p>Ausübung des Wahlrechts</p> <p>Um das Wahlrecht der Versicherten bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse zu stärken, wird gesetzlich geregelt, dass die neue Krankenkasse eine Mitgliedschaft nicht durch eine falsche oder unvollständige Beratung verhindern oder erschweren darf. Die Aufsichtsbehörden werden verpflichtet, gegen Handlungen, die dieser Bestimmung zuwider laufen, unter Androhung eines Zwangsgeldes vorzugehen. Vom Vorstand dieser Krankenkasse kann die Aufsichtsbehörde Schadensersatz einfordern.</p>	<p>Die Regelung wird begrüßt.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 66</p> <p>§ 217f</p>	<p>Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen</p> <p>Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen soll Entscheidungen treffen, die bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse im Zusammenhang mit dem Mitgliederübergang der Versicherten zur Sicherstellung ihrer Leistungsansprüche und zur Abrechnung der Leistungen erforderlich sind.</p>	<p>In der Begründung ist ausgeführt, dass es für die praktische Umsetzung des Verfahrens für den Übergang von der geschlossenen in die neue Krankenkasse näherer Verfahrensregelungen der Selbstverwaltung bedarf. Gemeint sind laut Begründung Regelungen für Mitglieder, die nach dem Schließungszeitpunkt oder Insolvenzeröffnung noch keine neue Krankenkasse gewählt haben bzw. noch nicht zugewiesen wurden. Der Kreis dieser Mitglieder dürfte verhältnismäßig überschaubar sein; konkret erforderliche Verfahrensregelungen sind nicht benannt.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
		<p>Die diesbezügliche Erweiterung der Aufgaben des GKV-SV ist nicht darge- tan.</p> <p>Eine solch pauschale Regelung entfaltet darüber hinaus Wettbewerbsrele- vanz. Aus den auf Basis der Neuregelung zu erwartenden Entscheidungen resultierende Mehraufwände werden erwartungsgemäß den Haftungsver- bund treffen und damit die anderen Kassenarten entlasten.</p> <p>Die beabsichtigte Neuregelung ist abzulehnen.</p> <p>Sofern trotz vorhandener Wettbewerbselemente an der Regelung festgehal- ten wird, ist die Ergänzung um „im Benehmen mit dem Haftungsverbund“ erforderlich. Unabgestimmte Entscheidungen des GKV-SV sind für die haf- tende Kassenart nicht hinnehmbar.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 75</p> <p>§ 266 Abs. 7 Satz 1 Nr. 3</p>	<p>Die Regelung ist eine Folgeänderung der partiellen Kompe- tenzübertragung zur Festlegung der Anforderungen der DMP auf den G-BA.</p> <p>Die Festlegung der administrativen Verfahren der Einschrei- bung und der Dauer der Teilnahme (Verfahrenstechnische Ausschussgründe) verbleiben in der Regelungskompe- tenz des BMG durch Rechtsverordnung.</p>	<p>Dass die Festlegung zum Verfahren der Einschreibung und der Dauer der Teilnahme weiterhin in § 28d, d. h. in der RSAV und damit der Kompetenz des BMG verbleiben, ist angesichts der Finanzrelevanz der DMP-Teilnahme eine Mindestanforderung. Der Folgeregelung wird daher zugestimmt, auch wenn die Kompetenzübertrag auf den G-BA grundsätzlich abgelehnt wird (s. o.).</p> <p>Der Änderungsantrag 57 Buchstabe c der Regierungskoalition (Ausschuss- Drs. 17(14)0190(neu) berücksichtigt diesen Umstand bereits und sieht eine Beibehaltung der Worte „und die Erstdokumentation“ vor.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 77</p> <p>§ 271</p>	<p>Gesundheitsfonds</p> <p>Das BVA soll bei Schließung oder Insolvenz einer Kranken- kasse einer leistungsaushelfenden Krankenkasse auf Antrag ein Liquiditätsdarlehen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gewähren, wenn dies erforderlich ist, um</p>	<p>Die Neuregelung wird ausdrücklich begrüßt.</p> <p>Die Gesetzesbegründung erwähnt als leistungsaushelfende Krankenkasse allerdings ausdrücklich die geschlossene Krankenkasse als Körperschaft in</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
	<p>Leistungsansprüche von Versicherten zu finanzieren, deren Mitgliedschaftsverhältnisse noch nicht geklärt sind.</p>	<p>Abwicklung. Begrifflich ist diese – da geschlossen – nicht unter Krankenkassen zu subsumieren. Der Gesetzestext sollte daher um „oder Krankenkasse in Abwicklung“ ergänzt oder alternativ in „leistungsaushelfende Institution“ geändert werden.</p> <p>Desweiteren ist in der Begründung ausgeführt, dass die leistungsaushelfende Krankenkasse „damit“ gegenüber der neuen Krankenkasse einen Erstattungsanspruch hat. Ein solcher Erstattungsanspruch besteht dem Grunde nach, allerdings nicht zwingend in voller Höhe. Gesetzliche Regelungen zur vollumfänglichen Kostenerstattung bestehen nicht. Fälle, in denen beispielsweise die neue Krankenkasse auf günstigere Verträge zurückgreifen kann und damit eine niedrigere Kostenlast gehabt hätte, sind unregelt. Die bloße Begründung einer gesetzlichen Neuregelung begründet den vollumfänglichen Kostenerstattungsanspruch nicht.</p> <p>Aufgrund der aus dieser rechtlich strittigen Regelung höchstwahrscheinlich resultierenden Streitigkeiten zwischen der leistungsaushelfenden und der aufnehmenden Krankenkasse ist auch eine Darlehensrückzahlung innerhalb von 12 Monaten voraussichtlich nicht zu gewährleisten.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 81</p> <p>§ 300</p>	<p>Arzneimittelabrechnung</p> <p>Vorgaben zur Abrechnung nach § 300 gelten verbindlich nicht nur für Apotheken, sondern für alle Leistungserbringer, die Leistungen nach § 31 oder § 20d Abs. 1 und 2 abrechnen.</p>	<p>Eine verbindliche Regelung, auch für sonstige Leistungserbringer nach §300 abzurechnen, ist positiv zu bewerten.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 84</p> <p>§ 321 (neu)</p>	<p>Disease-Management-Programme (DMP)</p> <p>Der neu eingefügte § 321 bildet eine Übergangsregelung. Er regelt den Fortbestand der Regelungen der RSAV (einschließlich der Anlagen) bis zum Inkrafttreten der entspre-</p>	<p>Die Regelung ist abzulehnen, da die Übertragung der Regelungskompetenz auf den G-BA grundsätzlich abgelehnt wird.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
	<p>chenden Richtlinien des G-BA.</p>	<p>Soweit die abgelehnte Kompetenzübertragung auf den G-BA dennoch erfolgt, ist die Übergangsregelung zumindest zu erweitern:</p> <p>Regelungsbedürftig ist das Weitergelten der bisherigen Anforderungen an die Zulassung der DMP aus der RSAV bis zum Inkrafttreten der jeweiligen Richtlinien sowie die Verfahrensweise bei bereits begonnenen sowie bereits abgeschlossenen Überarbeitungen, bei denen der G-BA bereits eine Empfehlung an das BMG weitergeleitet, das BMG aber noch keine RSA-ÄndV erlassen hat. (vgl. Beschluss zu Empfehlungen des G-BA zu COPD vom 15. Oktober 2009 sowie Beschluss zu Empfehlungen zu Brustkrebs vom 17. März 2011 und die für Juli 2011 vorgesehene Beschlussvorlage zu Asthma bronchiale).</p> <p>Vorgeschlagen wird daher, dass für Anforderungen an die medizinischen Inhalte und die Dokumentation, zu denen vor Inkrafttreten dieses Gesetzes bereits Empfehlungen des GB-A an das BMG bestehen, diese auch ohne Vorliegen einer notwendigen Verfahrensordnung bereits in Richtlinien überführt werden können.</p> <p>Der bisherigen Unzulänglichkeit der Übergangsregelung zur Weitergeltung der Anforderung an die Zulassung trägt der Änderungsantrag Nr. 55 der CDU/CSU und FDP bereits Rechnung.</p> <p>Darüber hinaus ist die Regelung zur Aufbewahrungsfrist nach § 28f Abs. 1 Nummer 3 und Abs. 1a (bisherige Fassung) auszusetzen und nicht nur bis zum Inkrafttreten der jeweiligen Richtlinie fortzuschreiben, da ansonsten die Dokumentationsdaten aus dem Jahr 2003 zum 1. Januar 2013 und die Daten aus dem Jahr 2004 zum 1. Januar 2014 zu löschen sind und mithin noch vor einer Neufestlegung der Aufbewahrungsfrist nicht mehr berücksichtigt werden können.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:</p> <p><i>„Die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des GKV-VStG gefassten Beschlüsse des G-BA zu den Empfehlungen nach §137f (alte Fassung), die bis zum</i></p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
		<p><i>Zeitpunkt des Inkrafttretens des GKV-VStG noch nicht in eine Rechtsverordnung umgesetzt wurden, können auch vor Umsetzung der erforderlichen Anpassungen der Verfahrensordnung im Sinne des § 91, Abs. 4 in eine Richtlinie nach § 137f (neue Fassung) überführt werden.“</i></p> <p>Der neue Satz 2 trägt dem Umstand Rechnung, dass dem BMG bereits Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Änderung der medizinischen Inhalte der Anlage 3 (Brustkrebs) und Anlage 11 (COPD) sowie der dazugehörigen Dokumentation nach Anlage 4 (Brustkrebs) und eine Empfehlung zur Änderung der Anlage 9 (Asthma bronchiale) sowie der dazugehörigen Dokumentation nach Anlage 10 vorliegen . Diese Empfehlungen wurden im Rahmen des Auftrages nach § 28b Abs. 2 RSAV zur jährlichen Überprüfung und Aktualisierung der Anforderungen an den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft erarbeitet. Werden diese Empfehlungen nicht bis zum Tag vor dem Inkrafttreten des Gesetzes in die Rechtsverordnung übernommen, könnten diese in der Folge auch nicht mehr übernommen werden, da die derzeitige Übergangsregelung eine Änderung an den jeweiligen Anlagen der RSAV nach dem Inkrafttreten des Gesetzes nicht mehr zulässt. Die bereits festgestellten und dem BMG übermittelten Aktualisierungsnotwendigkeiten könnten erst nach der Fertigstellung einer notwendigen Verfahrensordnung für den Bereich DMP in Richtlinien überführt werden. Hierdurch käme es zu einer nicht zielführenden Verzögerung in der Umsetzung des aktuellen Standes der Medizin in den DMP.</p>
<p>Artikel 1 Nr. 83</p> <p>§ 303a ff (neu)</p>	<p>Nutzung von Krankenkassendaten zur Verbesserung der Versorgungsqualität und zur Analyse und Entwicklung sektorenübergreifender Versorgungsformen</p> <p>§ 303a ff SGB V regeln die Bereitstellung, Pseudonymisierung und Nutzung der Daten, welche von den Krankenkassen für den RSA erhoben wurden. Hierdurch soll eine erheblich verbesserte Datengrundlage für Entscheidungen und Analysen im Gesundheitswesen geschaffen werden.</p>	<p>§ 303e Abs. 1 SGB V legt den Kreis der Nutzungsberechtigten, welche die bei der Datenaufbereitungsstelle gespeicherten Daten verarbeiten und nutzen können fest. Die Nutzungsberechtigten sind unter anderem Krankenkassen, deren Landes- und Bundesverbände, Organisationen der Leistungserbringer, wissenschaftliche Einrichtungen, Organe der gemeinsamen Selbst-</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
		<p>verwaltung, Aufsichtsbehörden und Selbsthilfeorganisationen. Die Aufzählung ist abschließend. Die Daten dürfen nur für bestimmte Zwecke verarbeitet und genutzt werden, u. a. zur Verbesserung der Versorgungsqualität sowie zur Analyse und Entwicklung von sektorenübergreifenden Versorgungsformen sowie von Einzelverträgen der Krankenkassen.</p> <p>Hierbei handelt es sich jedoch um Aufgaben, die in der GKV und insbesondere im BKK System auch von Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen wahrgenommen werden. Denn insbesondere kleine und mittelgroße Krankenkassen schließen sich zu Arbeitsgemeinschaften zusammen, um diese mit einer Vielzahl von Aufgaben zu betrauen. Hierzu zählen vor allem die Entwicklung und Analyse von Versorgungsmodellen sowie von Einzelverträgen der Krankenkassen.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Aus Sicht des BKK Bundesverbandes sollte der Kreis der Nutzungsberechtigten um Arbeitsgemeinschaften von Krankenkassen im Sinne von § 94 Abs. 1a SGB X erweitert werden.</p>
Artikel 4	Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	
Artikel 4 Nr. 2 § 40 Abs. 5	Zuständigkeit der Krankenversicherung und Pflegeversicherung im Bezug auf die Hilfsmittelversorgung zur Verwaltungsvereinfachung Für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die sowohl den in § 23 und § 33 des Fünften Buches als auch den in Absatz 1 genannten Zwecken dienen können, prüft der angegangene Leistungsträger, ob ein Anspruch gegenüber der Krankenkasse oder der Pflegekasse besteht, und entscheidet über die Bewilligung der Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel.	Kritisch ist zu bewerten, dass mit dieser Regelung erstmals ein Leistungsträger über die Leistungspflicht eines anderen Leistungsträgers entscheiden kann. So kann die Pflegeversicherung abschließend über die Leistungspflicht der Krankenversicherung und die Krankenversicherung entsprechend über die Leistungspflicht der Pflegeversicherung entscheiden. Unklar ist, in welcher Prüftiefe die Anspruchsprüfung zu erfolgen hat, zumal die Abgren-

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
	<p>Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt in Richtlinien, die erstmalig bis zum 30. April 2012 zu beschließen sind, die Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel nach Satz 1, das Verhältnis, in dem die Ausgaben aufzuteilen sind, sowie die Einzelheiten der Umsetzung der Pauschalierung.</p> <p>Er berücksichtigt dabei die bisherigen Ausgaben der Kranken- und Pflegekassen und stellt sicher, dass bei der Aufteilung die Zielsetzung der Vorschriften des Fünften Buches und dieses Buches zur Hilfsmittelversorgung sowie die Belange der Versicherten gewahrt bleiben.</p> <p>Die Regelungen dieses Absatzes gelten nicht für Ansprüche auf Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel von Pflegebedürftigen, die sich in vollstationärer Pflege befinden, sowie Pflegebe-</p>	<p>zungsfrage Krankenversicherung/Pflegeversicherung bisher in der Praxis zu Schwierigkeiten geführt hat.</p> <p>Unklar ist auch, ob eine Anspruchsprüfung (außer auf Mitgliedschaft und medizinische Notwendigkeit des beantragten Hilfsmittels) bei der geplanten Quotelung noch erforderlich ist. Bestimmte Hilfsmittel wie z. B. Pflegebetten sollten durch Gesetz der Pflegeversicherung zugeordnet werden, ohne dass es zur Zuständigkeitsprüfung kommen muss. Klarzustellen ist, wie mit Widersprüchen gegen Leistungsentscheide, die ein Kostenträger für einen anderen Kostenträger erlassen hat, umzugehen ist.</p> <p>Ob bei einer Frist für den erstmaligen Beschluss der Richtlinien bis zum 30. April 2012 eine Umsetzung der Quotelung noch für das Jahr 2012 gewährleistet werden kann, ist fraglich. Eine fristgerechte Umsetzung wäre nur dann möglich, wenn die bestimmten Hilfsmittel komplette Produktgruppen umfassen. Andernfalls ist es notwendig, für die bestimmten Hilfsmittel eine eigene Unterkontengruppe festzulegen, damit im Nachhinein zweifelsfrei festgestellt werden kann, welche Hilfsmittelausgaben der Quotelung zuzuführen sind. Um die Aufteilung für 2012 zu erreichen, müsste die Erfassung ab 1. Januar 2012 eindeutig erfolgen können.</p> <p>Bereits 2009 hat das BVA bei bundesunmittelbaren Krankenkassen eine umfassende Prüfung der Abgrenzung durchgeführt und bestimmt, dass Hilfsmittel fast ausschließlich der Krankenversicherung zuzuordnen sind und nur im äußersten Ausnahmefall eine Leistung der Pflegeversicherung sein können. Es ist folglich nicht sachgerecht, die Aufteilung nach den bisherigen Ausgaben vorzunehmen, da es dadurch zu einer Quotelung zu Lasten der KV käme. Die Ausgabenvergleiche müssten zumindest die Jahre vor 2009 betreffen.</p> <p>Besonders kritisch gesehen wird die vorgesehene Ausnahmeregelung für die Bezieher von Beihilfe und Heilfürsorge. Sie bedeutet, dass für diesen Personenkreis weiterhin die in der Praxis schwerlich umsetzbare Abgrenzung der</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
	dürftigen nach § 28 Absatz 2.	<p>Zuständigkeit zwischen Krankenversicherung und Pflegeversicherung vorgenommen werden muss. Auch die aufwändige durch das BVA geforderte Dokumentation in jedem Einzelfall wäre für diesen Personenkreis weiterhin durchzuführen. Die in der Begründung angeführten Systemunterschiede, die zwingend zu einer Zuordnung zu einem System und der Prüfung der Leistungsvoraussetzungen durch den zuständigen Versicherungszweig führen würden, werden nicht gesehen.</p> <p>Der Regelung fehlt eine zeitliche Vorgabe.</p>
Artikel 6	Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	
Artikel 6 § 10 Abs. 2, § 17a Absatz 4b und § 17b Absatz 2	Klarstellung, dass es sich bei den Kalkulationsdaten um vertrauliche Daten handelt , die sich insoweit einer Übermittlung an Dritte nach dem Informationsfreiheitsgesetzes entziehen.	Diese Regelung ist zu begrüßen, da sie das nachvollziehbare Recht der Krankenhäuser auf vertrauliche Behandlung ihrer Daten (zur Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen, der Richtwerte für die Finanzierung der Ausbildung und des Entgeltsystems für den somatischen bzw. psychiatrischen Bereich) klarstellt. Andernfalls wäre die Bereitschaft zur Beteiligung an den genannten Kalkulationen gefährdet.
Artikel 7	Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	
Artikel 7 § 21 Abs. 2	Regelung zur Übermittlung der KV-Nummer im Rahmen der Datenzusammenführung nach § 21 KHEntgG	<p>Diese Regelung ist ausdrücklich zu begrüßen, da die Übermittlung der KV-Nummer für fall- und krankenhausesübergreifende Verlaufsanalysen zwingend erforderlich ist. In der Begründung wird angeführt, dass von der DRG-Datenstelle nur der Hinweis weitergeleitet werden darf, dass es sich um einen Behandlungsfall handelt, der bei demselben Versicherten aufgetreten ist (mithin kein Personenbezug herstellbar sein darf).</p> <p>Im Gesetz sollte dagegen die explizite Klarstellung erfolgen, dass alle im Gesetz genannten Datenempfänger den Hinweis erhalten, dass dieser wich-</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
		tige Transparenzschrift allen Akteuren zugute kommt.
Artikel 9	Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte	
Artikel 9 Nr. 5 § 19 Abs. 4 (neu)	In einem Planungsbereich ohne Zulassungsbeschränkungen mit einem allgemeinen Versorgungsgrad ab 100% kann der Zulassungsausschuss die Zulassung befristen .	Die Regelung wird befürwortet.
Artikel 10	Änderung der Zulassungsordnung für Vertragszahnärzte	
Artikel 10	<p>Die Änderung der Zulassungsverordnung Zahnärzte beinhaltet die aktuelle Rechtsprechung und steht im Einklang mit den Änderungen im Bereich Ärzte.</p> <p>Zur Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung und zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf sind einige der Regelungen für die Ärzte ebenso für die Zahnärzte geöffnet worden. Darüber hinaus werden auch die Kriterien für die Eignung zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit neu gefasst.</p>	Der BKK Bundesverband befürwortet die Neuregelung.

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
Artikel 11	Änderungen der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSA-ÄndV)	
Artikel 11 Nr. 1 §§ 28b und 28c	Disease-Management-Programme (DMP) §§ 28b und 28c werden aufgehoben, da die Festlegungen der Anforderungen an die DMP zukünftig in Richtlinien des G-BA erfolgen soll (Folgeänderung). Die Regelungsgegenstände wurde zum Teil in § 137f und § 137g überführt.	Die Änderung wird wegen der grundsätzlichen Ablehnung der Regelungsübertragung an den G-BA abgelehnt.
Artikel 11 Nr. 2 § 28d Abs. 1 Nr. 1	Disease-Management-Programme (DMP) Die erste Änderung ist eine Folgeänderung. Durch die zweite Änderung entfällt die Vorlageverpflichtung der Erstdokumentation für die Einschreibung in ein DMP.	Die Streichung der Worte „und die Erstdokumentation“ wird abgelehnt, da angesichts der Finanzrelevanz einer DMP-Teilnahme die alleinige Teilnahmeerklärung des Versicherten als Voraussetzung für die Einschreibung in ein DMP-Programm nicht ausreichend erscheint. Zudem wird die für die Teilnahme am Programm notwendige Diagnosesicherung nur im Zusammenspiel von TE/EWE und Erstdokumentation schlüssig belegt.
Artikel 11 Nr. 2 § 28d Absatz 2 bb) bbb) Nummer 2 Buchstabe c	Disease-Management-Programme (DMP) Zum Einen Folgeänderung aus Kompetenzübertragung zur Erstellung der Richtlinien an den G-BA. Durch die zweite Änderung (Streichung der Wörter „die zu ihrer Gültigkeit nicht der Unterschrift des Arztes bedürfen“) entfällt die Unterschriftenverpflichtung der Ärzte auf der Erstdokumentation .	Die Folgeänderung der Streichung der Wörter „die zu ihrer Gültigkeit nicht der Unterschrift des Arztes bedürfen“ ist abzulehnen, da sowohl die Erstdokumentation als Einschreibekriterium (s. Stellungnahme zu § 28d Abs. 1 Nr. 1 RSAV) als auch das Erfordernis einer Arztunterschrift für die Erstdokumentation (s. Stellungnahme zu § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 e) RSAV) beibehalten werden sollte. Insofern muss klargestellt bleiben, dass nur die Folgedokumentationen keiner Unterschrift des Arztes bedürfen.

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
		<p>Da es sich um ein ärztliches Dokument handelt, ist grundsätzlich eine Arztunterschrift erforderlich. Mit der Arztunterschrift wird zudem das Datum der Dokumentationserstellung bestätigt, das wesentlich für die Festlegung ist, ab welchem Tag der Versicherte RSA-wirksam in ein DMP-Programm eingeschrieben ist. Bei Wegfall dieser Bestätigung muss klar geregelt sein, wie das Einschreibedatum zukünftig zu ermitteln ist. Im Übrigen kommt es durch den Wegfall des Unterschriftenerfordernisses zu keiner wesentlichen Entlastung, da das Verfahren sehr gut etabliert ist und angesichts der zu erwartenden Einführung des Heilberufsausweises mit der Möglichkeit der elektronischen Signatur keine Notwendigkeit einer Änderung des Prozederes gesehen wird.</p>
<p>Artikel 11 Nr. 2</p> <p>§ 28d Absatz 2a</p>	<p>Disease-Management-Programme (DMP)</p> <p>Bei dem Absatz handelte es sich um eine Übergangsvorschrift, die nun wegen des Zeitablaufes obsolet geworden ist</p>	<p>Der Regelung wird zugestimmt.</p>
<p>Artikel 11 Nr. 4</p> <p>§ 28f, Abs. 1 Nummer 3</p>	<p>Disease-Management-Programme (DMP)</p> <p>Folgeänderung aus Kompetenzübertragung zur Erstellung der Richtlinien an den G-BA. Nummer 3 wird aufgehoben. Die Dauer der Aufbewahrungsfristen der DMP-Daten werden im Weiteren durch Richtlinien des G-BA geregelt</p>	<p>Die Änderung wird abgelehnt.</p> <p>Die Aufbewahrungsfristen müssen, da sie auch relevant für die Prüfungen der Versicherungszeiten nach § 15a RSAV und daher administrative Voraussetzungen für Zuweisungsverfahren der DMP-Pauschale sind, zwingend weiter per Rechtsverordnung (RSAV) geregelt werden (vgl. Artikel 1 nr. 54 b) bb)).</p> <p>Darüber hinaus ist die Regelung zur Aufbewahrungsfrist nach §28f Abs. 1 Nummer 3 und Abs. 1a (bisherige Fassung) auszusetzen und nicht nur bis zum Inkrafttreten der jeweiligen Richtlinie fortzuschreiben, da ansonsten die</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
		<p>Dokumentationsdaten aus dem Jahr 2003 zum 01.01.2013 und die Daten aus dem Jahr 2004 zum 01.01.2014 zu löschen sind und mithin noch vor einer Neufestlegung der Aufbewahrungsfrist und der Anforderungen an die Evaluation nicht mehr berücksichtigt werden können.</p>
<p>Artikel 11 Nr. 4</p> <p>§ 28f Absatz 1a</p>	<p>Disease-Management-Programme (DMP)</p> <p>Folgeänderung aus Kompetenzübertragung zur Erstellung der Richtlinien an den G-BA. Absatz 1a wird aufgehoben. Dieser wurde als Übergangslösung zur Verlängerung der Aufbewahrungsfristen mit der 23. RSA-ÄndV erst im Dezember 2010 eingeführt.</p>	<p>Die Regelung ist abzulehnen.</p> <p>Mit der bisherigen Übergangsregelung sollte sichergestellt werden, dass alle bisher erhobenen Daten auch bei einer möglichen Neuausrichtung der Evaluation und zum Zwecke der Prüfungen der Versicherungsgeber nach § 15 a RSAV zur Verfügung stehen. So führt der Verordnungsgeber in der Begründung zum Ref. Entwurf zur 23. RSA-ÄndV aus, dass „eine abschließende Neuregelung der Aufbewahrungsfrist insbesondere auch die für die Datenaufbewahrung und -verwendung unterschiedlichen Zwecke zukünftig differenziert berücksichtigen (soll). Die hierfür erforderlichen Auswertungen und Erkenntnisse liegen gegenwärtig noch nicht vor“. Mit der geplanten Aufhebung des Absatzes 1a und der u. E. in diesem Punkt nicht zutreffenden Übergangsregelung in § 321 steht zu befürchten, dass der eigentliche Sinn der bisherigen Regelung nicht erfüllt werden kann</p>
<p>Artikel 11 Nr. 4</p> <p>§ 28f Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe e</p>	<p>Disease-Management-Programme (DMP)</p> <p>Folgeänderung aus Nr. 2 § 28d c) bb) bbb) – Wegfall der Unterschriftenfordernis auf der Erstdokumentation</p>	<p>Die Änderung ist abzulehnen.</p> <p>Da es sich um ein ärztliches Dokument handelt, ist grundsätzlich eine Arztunterschrift erforderlich. Mit der Arztunterschrift wird zudem das Datum der Dokumentationserstellung bestätigt, das wesentlich für die Festlegung ist, ab welchem Tag der Versicherte RSA-wirksam in ein DMP-Programm eingeschrieben ist. Bei Wegfall dieser Bestätigung muss klar gestellt werden, wie das Einschreibedatum ermittelt wird. Im Übrigen keine wesentliche Entlastung durch Wegfall der Versandlisten, da das Verfahren etabliert und angesichts der zu erwartenden elektronischen Signatur im Heilberufausweis keine Notwendigkeit der Änderung erkannt werden kann.</p>