

## Änderungsantrag 1

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 1a - neu - (§ 9 SGB V) (Freiwillige Versicherung)

Nach Artikel 1 Nummer 1 wird folgende Nummer 1a eingefügt:

„1a. § 9 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 7 wird das Komma am Ende durch einen Punkt ersetzt.
- b) Nummer 8 wird gestrichen.“

### Begründung:

Die Regelung wird im Zuge der Rechtsbereinigung gestrichen, weil sie sich durch Zeitablauf erledigt hat.

## **Änderungsantrag 2**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 11 Absatz 4 SGB V) (Versorgungsmanagement)

Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

,a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „; dies umfasst auch die fachärztliche Anschlussversorgung“ eingefügt.
- bb) In Satz 6 werden die Wörter „nach § 112 oder § 115 oder in vertraglichen Vereinbarungen“ gestrichen.’

### Begründung:

Zu Doppelbuchstabe aa)

Für viele Patientinnen und Patienten ist von besonderer Bedeutung, dass der Übergang von der Krankenhausbehandlung in die Versorgung nach Krankenhausaufenthalt im Rahmen des Entlassmanagements gut organisiert ist. Dies gilt in besonderem Maße im Zusammenhang mit einer psychiatrischen Behandlung. Durch die Ergänzung in § 11 Absatz 4 wird klar gestellt, dass das Versorgungsmanagement auch die Fälle des Übergangs in die fachärztliche Versorgung enthält. Es wird die Pflicht des Leistungserbringers konkretisiert, bei einer Anschlussbehandlung des Patienten beim Facharzt für einen zeitnahen Behandlungstermin beim Facharzt Sorge zu tragen.

Zu Doppelbuchstabe bb)

Enthält die Fassung des Regierungsentwurfs.

### **Änderungsantrag 3**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 3a - neu - (§ 20d SGB V) (Schutzimpfungen)

Nach Artikel 1 Nummer 3 wird folgende Nummer 3a eingefügt:

„3a. § 20d Absatz 1 Satz 6 wird aufgehoben.“

#### Begründung:

Die Regelung wird im Zuge der Rechtsbereinigung aufgehoben, weil sie sich durch Zeitablauf erledigt hat.

## **Änderungsantrag 4**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 3b - neu - (§ 21 SGB V) (Rechtsbereinigung)

Nach Artikel 1 Nummer 3a - neu - wird folgende Nummer 3b eingefügt:

„3b. In § 21 Absatz 3 werden die Wörter „bis zum 30. Juni 1993“ gestri-  
chen.“

### Begründung:

Die Zeitangabe für das erstmalige Zustandekommen der gemeinsamen  
Rahmenvereinbarung in der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe ist  
durch Zeitablauf gegenstandslos geworden und deshalb zu streichen.

## **Änderungsantrag 5**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 6a - neu - (§ 34 SGB V) (Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel)

Nach Artikel 1 Nummer 6 wird folgende Nummer 6a eingefügt:

„6a. In § 34 Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „erstmalig bis zum 31. März 2004“ gestrichen.“

### Begründung:

Rechtsbereinigung. Streichung einer erledigten Zeitangabe.

## **Änderungsantrag 6**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 6b - neu - (§ 35 SGB V) (Festbeträge für Arznei-  
und Verbandmittel)

Nach Artikel 1 Nummer 6a - neu - wird folgende Nummer 6b eingefügt:

„6b. In § 35 Absatz 5 Satz 4 werden die Wörter „Nummer 1 sowie erst-  
mals zum 1. April 2006 auch nach den Nummern 2 und 3“ gestri-  
chen.“

### Begründung:

Rechtsbereinigung. Streichung einer erledigten Zeitangabe.

## **Änderungsantrag 7**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 7a - neu - (§ 37b SGB V) (spezialisierte ambulante Palliativversorgung, SAPV)

Nach Artikel 1 Nummer 7 wird folgende Nummer 7a eingefügt:

„7a. In § 37b Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „bis zum 30. September 2007“ gestrichen.“

### Begründung:

Die Regelung wird im Zuge der Rechtsbereinigung gestrichen, weil sie sich durch Zeitablauf erledigt hat.

## **Änderungsantrag 8**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 7b - neu - (§ 38 SGB V) (Haushaltshilfe)

Nach Artikel 1 Nummer 7a - neu - wird folgende Nummer 7b eingefügt:

„7b. In § 38 Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „kann“ durch das Wort „soll“  
ersetzt.“

### Begründung:

Nach geltender Rechtslage können Krankenkassen Satzungsregelungen zur Haushaltshilfe vorsehen, die über den Pflichtleistungsanspruch nach § 38 Absatz 1 SGB V hinausgehen. Diese Satzungsregelung wird mit der Änderung in eine Soll-Regelung überführt. Damit sollen Fälle stärker erfasst werden, in denen Versicherte ihren Haushalt aus Krankheitsgründen nicht weiterführen können, ein Anspruch auf Haushaltshilfe aber bisher deshalb nicht gegeben ist, weil die Anspruchsvoraussetzungen gemäß § 38 Absatz 1 nicht gegeben sind. Damit kann insbesondere von der Voraussetzung abgewichen werden, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Zudem wird mit dem neuen § 11 Absatz 6 SGB V vorgesehen, dass die bisherigen Angebotsmöglichkeiten der Krankenkassen für Satzungsleistungen ausgeweitet werden. Die für erweiterte Satzungsregelungen in Betracht kommenden Leistungsbereiche sind im neuen § 11 Absatz 6 SGB V ausdrücklich und abschließend genannt. Dazu gehört auch die Haushaltshilfe.

## **Änderungsantrag 9**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 10a - neu - (§ 49 SGB V)

(Aufhebung von  
Übergangsregelun-  
gen zum Kranken-  
geld)

Nach Artikel 1 Nummer 10 wird folgende Nummer 10a eingefügt:

„10a. § 49 Absatz 2 wird aufgehoben.“

### Begründung:

§ 49 Absatz 2 SGB V enthält Übergangsvorschriften zur Anwendung des § 49 Absatz 1 Nummer 3 und 4 SGB V auf Krankengeldansprüche, die für einen Zeitraum vor dem 1. Januar 1990 geltend gemacht worden sind und über die noch keine nicht mehr anfechtbare Entscheidung getroffen worden ist. Dieser Übergangsregelung hat infolge Zeitablaufs heute keine Bedeutung mehr und wird deshalb aus Gründen der Rechtsbereinigung und Entbürokratisierung aufgehoben.

## **Änderungsantrag 10**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 10b - neu - (§ 55 SGB V) (Rechtsbereinigung)

Nach Artikel 1 Nummer 10a - neu - wird folgende Nummer 10b eingefügt:

,10b. In § 55 Absatz 1 Satz 5 werden die Wörter „, frühestens seit dem  
1. Januar 1989,“ gestrichen.’

### Begründung:

Die Zeitangabe für den Beginn der für die Anwendung der Bonusregelung  
im Rahmen des Festzuschuss-Systems beim Zahnersatz erforderlichen  
Vorsorgeuntersuchungen ist durch Zeitablauf gegenstandslos geworden  
und deshalb zu streichen.

## **Änderungsantrag 11**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 10c - neu - (§ 62 SGB V)

(Aufhebung von  
Datumsangaben und  
Übergangsregelungen)

Nach Artikel 1 Nummer 10b - neu - wird folgende Nummer 10c eingefügt:

„10c. § 62 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 5 werden die Wörter „bis zum 31. Juli 2007“ gestrichen.
- b) Absatz 4 wird aufgehoben.’

### Begründung:

Zu Buchstabe a

In § 62 Absatz 1 Satz 5 SGB V wird der Gemeinsame Bundesausschuss aufgefordert, bis zum 31. Juli 2007 in einer Richtlinie festzulegen, in welchen Fällen Gesundheitsuntersuchungen ausnahmsweise nicht zwingend durchgeführt werden müssen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat hierzu Regelungen in der „Richtlinie zur Umsetzung der Regelungen in § 62 SGB V für schwerwiegend chronisch Erkrankte“ („Chroniker-Richtlinie“) getroffen. Insoweit hat sich die Fristsetzung erledigt. Sie wird aus Gründen der Rechtsbereinigung und Entbürokratisierung aufgehoben.

Zu Buchstabe b

§ 62 Absatz 4 SGB V enthält eine Übergangsregelung zur Fortgeltung der gleitenden Härtefallregelung bei der Versorgung mit Zahnersatz bis zum 31. Dezember 2004. Die Vorschrift hat sich durch Zeitablauf erledigt. Sie wird aus Gründen der Rechtsbereinigung und Entbürokratisierung aufge-

hoben. Die entsprechende Härtefallregelung für Zahnersatz findet sich in § 55 SGB V in der ab 1. Januar 2005 geltenden Fassung.

## **Änderungsantrag 12**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 11 (§ 71 SGB V)

(Folgeänderung aus teilweiser  
Übertragung der Regelungs-  
kompetenz für DMP auf Ge-  
meinsamen Bundesauss-  
schuss)

Artikel 1 Nummer 11 wird wie folgt geändert:

- a) Dem Buchstaben a wird folgender Buchstabe a vorangestellt:
  - a) In Absatz 1 Satz 2 werden nach dem Wort „Anforderungen“ die Wörter „der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f oder“ eingefügt.'
- b) Die bisherigen Buchstaben a bis c werden die Buchstaben b bis d.

### Begründung:

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der teilweisen Übertragung der Regelungskompetenz für strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) auf den Gemeinsamen Bundesausschuss.

## **Änderungsantrag 13**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 12 (§ 73 SGB V)

(Vertragsärztliche  
Versorgung)

Artikel 1 Nummer 12 wird wie folgt gefasst:

,12. § 73 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 7 wird wie folgt gefasst:

„(7) Es ist Vertragsärzten nicht gestattet, für die Zuweisung von Versicherten ein Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile sich versprechen oder sich gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren. § 128 Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.“

b) In Absatz 8 Satz 8 werden die Wörter „bis zum 31. Dezember 2006“ gestrichen.'

### Begründung:

Zu Buchstabe a

Der Text entspricht dem bisherigen Gesetzesentwurf.

Zu Buchstabe b

Rechtsbereinigung. Streichung einer erledigten Zeitangabe.

## Änderungsantrag 14

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 14 (§ 75 SGB V) (Sicherstellungsauftrag der  
Kassenärztlichen Vereinigun-  
gen - Wartezeiten)

Artikel 1 Nummer 14 wird wie folgt gefasst:

„14. § 75 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden nach dem Wort „auch“ die Wörter  
„die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstel-  
lung der fachärztlichen Versorgung und“ eingefügt.

bb) Nach Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen können den  
Notdienst auch durch Kooperationen und eine orga-  
nisiatorische Verknüpfung mit Krankenhäusern si-  
cherstellen. In den Gesamtverträgen nach § 83 ist zu  
regeln, welche Zeiten im Regelfall und im Ausnah-  
mefall noch eine zeitnahe fachärztliche Versorgung  
darstellen.“

b) In Absatz 7 Satz 1 Nummer 2 werden die Wörter „bis spätestens  
zum 30. Juni 2002“ gestrichen.

c) In Absatz 7a Satz 1 werden die Wörter „ab dem 1. Januar 2009“  
gestrichen.’

Begründung:

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Von Versicherten wird immer wieder kritisiert, dass es insbesondere beim Übergang von der haus- zur fachärztlichen Versorgung zu längeren Wartezeiten kommt. Mit der Änderung wird daher die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung weiter konkretisiert. Es wird vorgesehen, dass der Sicherstellungsauftrag auch eine angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung einer fachärztlichen Versorgung umfasst. Vermeidbare Wartezeiten in der fachärztlichen Versorgung sollen dadurch vermindert und die erlebte Versorgungsrealität der Patienten verbessert werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Satz 3 entspricht dem Gesetzentwurf. Mit dem neuen Satz 4 erhalten die Gesamtvertragspartner auf Landesebene den Auftrag, im Gesamtvertrag zu regeln, welche Zeiten im Regelfall und im Ausnahmefall noch eine zeitnahe fachärztliche Versorgung darstellen.

Zu Buchstabe b und c

Die Änderungen dienen der Rechtsbereinigung.

## **Änderungsantrag 15**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 15 (§ 77 SGB V)

(KV Nordrhein und KV West-  
falen-Lippe)

Artikel 1 Nummer 15 Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

,a) Absatz 1 Satz 2 und 3 werden durch den folgenden Satz ersetzt:

„Bestehen in einem Land mehrere Kassenärztliche Vereinigungen,  
können sich diese nach Absatz 2 vereinigen.“

### Begründung:

Klarstellung. Bestehen in einem Land mehrere Kassenärztliche Vereini-  
gungen, werden diese nicht zusammengelegt. Es besteht lediglich die  
freiwillige Option nach dem neuen § 77 Absatz 2 SGB V.

## Änderungsantrag 16

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 18a - neu - (§ 81a SGB V)

(Befugnisnorm für Datenübermittlungen zwischen den Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen/Bereinigung)

Nach Artikel 1 Nummer 18 wird folgende Nummer 18a eingefügt:

„18a. § 81a wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Die Einrichtungen nach Absatz 1 dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 erhoben oder an sie weitergegeben oder übermittelt wurden, untereinander und an Einrichtungen nach § 197a Absatz 1 übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist. Der Empfänger darf diese nur zu dem Zweck verarbeiten und nutzen, zu dem sie ihm übermittelt worden sind.“

b) In Absatz 5 werden die Wörter „, erstmals bis zum 31. Dezember 2005,“ gestrichen.’

Begründung:

Zu Buchstabe a

Im Rahmen von Prüfungen des Bundesrechnungshofes hatte dieser darauf hingewiesen, dass Fehlverhalten im Gesundheitswesen ohne eine Zusammenarbeit der Krankenkassen, insbesondere auch kassenartenübergreifend, und ohne eine Zusammenarbeit von Krankenkassen und Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen oft nicht feststellbar ist. Um das Fehlverhalten der Leistungserbringer und auch dessen Ausmaß feststellen zu können, hält er es für unverzichtbar, dass die verschiedenen Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen untereinander erforderliche personenbezogene Daten austauschen. Voraussetzung hierfür sind gesetzliche Datenübermittlungsbefugnisse der Stellen zur Fehlverhaltensbekämpfung. Da die Frage, ob sich bereits aus dem geltenden Recht derartige Befugnisse ergeben, in der Vergangenheit unterschiedlich beurteilt wurde und Datenübermittlungen zum Teil mit der Begründung verwehrt wurden, es fehle an der hierfür erforderlichen Rechtsgrundlage, werden diesen Stellen im neuen Absatz 3a der §§ 81a und 197a SGB V nunmehr explizit und normenklar die erforderlichen Datenübermittlungsbefugnisse eingeräumt.

Die datenschutzrechtliche Verantwortung für die erforderliche Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung trägt die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung beziehungsweise Kassenärztliche Bundesvereinigung. Sie hat durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen sicherzustellen, dass die Befugnisse, insbesondere der Zugang und Zugriff auf Datenbestände der Einrichtungen nach Absatz 1, und der Kreis der befugten Personen eindeutig festgelegt sind.

Zu Buchstabe b

Streichung einer erledigten Zeitangabe über die erstmalige Berichtspflicht zu den Stellen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen.

## **Änderungsantrag 17**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 84 SGB V)

(Arznei- und Heilmittelvereinbarung;  
Richtgrößen)

Artikel 1 Nummer 19 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Buchstabe e wird folgender Buchstabe f eingefügt:
  - “f) Absatz 7 Satz 7 wird aufgehoben.“
  
- b) Die bisherigen Buchstaben f und g werden die Buchstaben g und h.

Begründung:

Rechtsbereinigung. Streichung einer erledigten Zeitangabe.

## Änderungsantrag 18

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 22 (§ 87 SGB V) (Einheitlicher Bewertungsmaß-  
stab)

Artikel 1 Nummer 22 wird wie folgt geändert:

a) Nach Buchstabe h wird folgender Buchstabe i eingefügt:

„i) Absatz 2h Satz 4 und 5 wird aufgehoben.“

b) Die bisherigen Buchstaben i und j werden die Buchstaben j und k.

c) Der neue Buchstabe k wird wie folgt gefasst:

„k) Absatz 3b wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „§ 85 Abs. 4a, §§ 87, 87a bis 87c und die Analysen und Berichte nach Absatz 3a, 7 und 8“ durch die Wörter „§ 87, 87a und § 116b Absatz 6 sowie die Analysen nach Absatz 3a“ ersetzt.

bb) In Satz 3 werden die Wörter „am 1. Juli 2008“ gestrichen.

cc) In Satz 7 werden die Wörter „in einer Übergangsphase bis zum 31. Oktober 2008“ gestrichen.’

d) Nach dem neuen Buchstaben k wird folgender Buchstabe l eingefügt:

„l) In Absatz 3f Satz 1 wird die Angabe „§ 140d Abs. 2 Satz 4“ durch die Wörter „§ 140d Absatz 1 Satz 3“ ersetzt.’

e) Die bisherigen Buchstaben k bis n werden die Buchstaben m bis p.

Begründung:

Die Änderungen dienen der Rechtsbereinigung. Teilweise werden inzwischen überholte Vorschriften bzw. Fristen aufgehoben (Buchstabe a und c, Doppelbuchstabe bb und cc). Bei der Änderung von Buchstabe c Doppelbuchstabe aa handelt es sich um die unveränderte Übernahme der Regelungen des Gesetzentwurfs. Bei Buchstabe d handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung der Rechtsbereinigung in § 140d (vgl. Änderungsantrag zu § 140d). Bei Buchstabe b und e handelt es sich um redaktionelle Folgeänderungen.

## **Änderungsantrag 19**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen  
in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz

– GKV-VStG)

BT – Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 27 (§ 90 SGB V)

(Zusammensetzung der  
Landesausschüsse)

Artikel 1 Nummer 27 wird wie folgt geändert:

a) Dem Buchstaben a wird folgender Buchstabe a vorangestellt:

,a) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Landesausschüsse bestehen aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, neun Vertretern der Ärzte, drei Vertretern der Ortskrankenkassen, drei Vertretern der Ersatzkassen, je einem Vertreter der Betriebskrankenkassen und der Innungskrankenkassen sowie einem gemeinsamen Vertreter der landwirtschaftlichen Krankenkassen und der Knappschaft-Bahn-See.“

b) Die bisherigen Buchstaben a und b werden die Buchstaben b und c.

### Begründung:

Die Besetzung der Landesausschüsse wird den tatsächlichen Versicherungszahlen stärker angenähert. Dazu werden die Ersatzkassen mit den Ortskrankenkassen gleichgestellt und entsenden nunmehr drei statt zwei Vertreter. In der Folge wird die Zahl der Vertreter der Ärzte entsprechend der Parität von Kassen- und Ärztevertretern um einen Vertreter auf neun erhöht. Die bisher nicht vertretene Knappschaft-Bahn-See stellt zukünftig - ähnlich wie in der in § 217c Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V für den Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen getroffenen Regelung - mit den landwirtschaftlichen Krankenkassen einen gemeinsamen Vertreter.

## **Änderungsantrag 20**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 29 (§ 91 SGB V)

(Übergangsregelung bis zum Vorliegen der Verfahrensordnungsregelungen für die Bürokratiekostenschätzung)

Artikel 1 Nummer 29 Buchstabe g wird wie folgt geändert:

In Absatz 10 Satz 1 werden nach dem Wort „ermittelt“ die Wörter „spätestens ab dem 1. September 2012“ eingefügt.

### Begründung:

Es handelt sich um eine Übergangsregelung zur Klarstellung des Beginns der Bürokratiekostenermittlung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Erst ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der zugrundeliegenden Verfahrensordnungsregelungen ist der G-BA in die Lage versetzt, die verpflichtende Bürokratiekostenermittlung für seine Beschlüsse durchzuführen. Die entsprechenden, konkretisierenden Regelungen des G-BA in der Verfahrensordnung sind von ihm gemäß Satz 3 bis zum 30. Juni 2012 zu beschließen. Mit deren Inkrafttreten nach Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit ist spätestens bis 1. September 2012 zu rechnen.

## **Änderungsantrag 21**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 30 (§ 92 SGB V) (Fristsetzung zum erstmaligen Beschluss für die Psychotherapie-Richtlinien / Stellungnahmerecht der Strahlenschutzkommission bei Entscheidungen über Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die auf der Anwendung von Strahlung beruhen)

Artikel 1 Nummer 30 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Buchstabe a wird folgender Buchstabe b eingefügt:  
“b) Absatz 6a Satz 3 wird aufgehoben.“
- b) Die bisherigen Buchstaben b und c werden die Buchstaben c und d.
- c) Im neuen Buchstaben d wird nach Absatz 7d Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Bei Methoden, bei denen radioaktive Stoffe oder ionisierende Strahlung am Menschen angewandt werden, ist auch der Strahlenschutzkommission Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“

### Begründung:

Zu Buchstabe a

Die Regelung zum erstmaligen Beschluss für die Psychotherapie-Richtlinien wird im Zuge der Rechtsbereinigung aufgehoben, weil sie sich durch Zeitablauf erledigt hat.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung zu Buchstabe a.

Zu Buchstabe c

Wenn der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Richtlinienentscheidungen zu Methoden trifft, bei denen radioaktive Stoffe oder ionisierende Strahlung am Menschen angewandt werden, insbesondere also zu Methoden der Strahlentherapie oder -diagnostik, sind auch wichtige Aspekte des Strahlenschutzes berührt. Daher wird der Kreis der Stellungnahmeberechtigten bei der Entscheidung über diese Methoden auf die Strahlenschutzkommission, die das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit berät, erweitert. Durch die Einbeziehung dieses Expertengremiums im Wege eines Stellungnahmerechts wird die Gewähr dafür erhöht, dass die aus Sicht des Strahlenschutzes maßgeblichen Erwägungen in die Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses einfließen. Der fachliche Diskurs und die in den beschlussbegründenden Unterlagen des G-BA zu dokumentierende Auseinandersetzung auch mit der Stellungnahme der Strahlenschutzkommission dient zudem der Transparenz, dem Verständnis und der Akzeptanz der Entscheidungen.

## Änderungsantrag 22

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 31 (§ 95 Absatz 1a SGB V)

(gemeinnützige Träger  
von MVZ/Rechts-  
bereinigung verschiede-  
ner Zulassungsregelun-  
gen)

Artikel 1 Nummer 31 wird wie folgt geändert:

- a) In Buchstabe b werden in Absatz 1a Satz 1 nach dem Wort „teilnehmen“ die Wörter „oder die nichtärztliche Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 erbringen“ eingefügt.
- b) Buchstabe c wird wie folgt geändert:
  - aa) Dem Doppelbuchstaben aa wird der folgende Doppelbuchstabe aa vorangestellt:

,aa) In Satz 5 werden das Semikolon und die Wörter „Absatz 2a gilt für die Ärzte in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum entsprechend“ gestrichen.’
  - bb) Die bisherigen Doppelbuchstaben aa und bb werden die Doppelbuchstaben bb und cc.
- c) Nach Buchstabe c wird folgender Buchstabe d eingefügt:

“d) Absatz 2a wird aufgehoben.“

- d) Die bisherigen Buchstaben d bis f werden die Buchstaben e bis g.
- e) Dem bisherigen Buchstaben e wird folgender Doppelbuchstabe cc angefügt:

“cc) Die Sätze 3 bis 6 werden aufgehoben“

Begründung:

Zu Buchstabe a

Die Änderung trägt Besonderheiten in der Versorgung mit Dialyseleistungen Rechnung. Nach § 126 Abs. 3 SGB V können nichtärztliche Dialyseleistungen auch außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden. Bundesmantelvertragliche Regelungen sehen vor, dass Versorgungsaufträge zur nephrologischen Versorgung chronisch niereninsuffizienter dialysepflichtiger Patienten auch im Zusammenwirken zwischen Vertragsärzten und den in § 126 Abs. 3 SGB V in Verbindung mit § 127 SGB V genannten Vertragspartnern erfüllt werden können. Neben gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, sollen auch gemeinnützige Träger, die solche mit der vertragsärztlichen Versorgung eng verbundenen nichtärztlichen Dialyseleistungen erbringen, zur Gründung medizinischer Versorgungszentren berechtigt bleiben.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zur Aufhebung des Absatzes 2a unter Buchstabe c.

Zu Buchstabe c und d

Streichung von Regelungen, die sich durch Zeitablauf erledigt haben.

## Änderungsantrag 23

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 32 (§ 95d SGB V) (Pflicht zur fachlichen Fortbildung)

Artikel 1 Nummer 32 wird wie folgt gefasst:

32. § 95d wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 Satz 3 wird aufgehoben.

b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden vor der Angabe „§ 119b“ die Wörter „§ 105 Absatz 1 Satz 2, Absatz 5 oder nach“ eingefügt.

bb) In Satz 2 werden vor der Angabe „§ 119b“ die Wörter „§ 105 Absatz 5 oder nach“ eingefügt.

cc) Satz 4 wird wie folgt geändert:

aaa) Vor der Angabe „§ 119b“ werden die Wörter „§ 105 Absatz 1 Satz 2, Absatz 5 oder nach“ eingefügt.

bbb) Die Wörter „Absatz 3 Satz 2 bis 6 und 8“ werden durch die Wörter „Absatz 3 Satz 2 bis 5 und 7“ ersetzt.

dd) In Satz 6 werden die Wörter „hat das zugelassene medizinische Versorgungszentrum oder der Vertrags-

arzt“ durch das Wort „wird“ und die Wörter „den Fortbildungsnachweis“ durch die Wörter „der Fortbildungsnachweis gemäß Satz 2“ ersetzt.’

Begründung:

Zu Buchstabe a

Streichung einer Fristenregelung, die sich durch Zeitablauf erledigt hat.

Zu Buchstabe b

Entspricht dem bereits im Gesetzentwurf enthaltenen Änderungsbefehl.

## **Änderungsantrag 24**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 36 (§ 103 SGB V) (Ausübung des Vorkaufsrechts)

In Artikel 1 Nummer 36 Buchstabe d werden in Absatz 4c Satz 7 nach dem  
Wort „Vorkaufsrecht“ die Wörter „durch ihren Vorstand“ eingefügt.

### Begründung:

Mit der Änderung wird klargestellt, dass das Vorkaufsrecht der Kassenärztlichen Vereinigungen im Nachbesetzungsverfahren von Vertragsarztsitzen vom Vorstand auszuüben ist, der die Entscheidung eigenverantwortlich zu treffen hat. Diese Klarstellung ist erforderlich, um ein fristgerechtes Verfahren zu gewährleisten. Die Ausübung des Vorkaufsrechts hat innerhalb einer Frist von einem Monat nach Zugang über die Mitteilung des ausgewählten Bewerbers durch Verwaltungsakt gegenüber dem ausscheidenden Vertragsarzt oder seinem zur Verfügung berechtigten Erben zu erfolgen, Da die Einzelfallentscheidungen nicht die Selbstverwaltung der Körperschaft betreffen und für diese auch nicht von grundsätzlicher Bedeutung sind, ist die Befassung der Vertreterversammlung, die im Übrigen auch nicht ständig tagt, nicht erforderlich.

## Änderungsantrag 25

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 40 (§ 111c SGB V) (Versorgungsverträge für  
ambulante Rehabilitation)

In Artikel 1 Nummer 40 wird § 111c wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 wird hinter dem Wort „Ersatzkassen“ das Wort „gemeinsam“ eingefügt.
- b) Dem Absatz 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Mit dem Versorgungsvertrag wird die Rehabilitationseinrichtung für die Dauer des Vertrages zur Versorgung der Versicherten mit ambulanten medizinischen Leistungen zur Rehabilitation zugelassen. Der Versorgungsvertrag kann von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam mit einer Frist von einem Jahr gekündigt werden, wenn die Voraussetzungen für seinen Abschluss nach Absatz 1 nicht mehr gegeben sind. Mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde ist Einvernehmen über Abschluss und Kündigung des Versorgungsvertrags anzustreben.“

- c) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Bei Einrichtungen, die vor dem [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 12 Absatz 1] ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht haben, gilt ein Versorgungsvertrag nach § 111c in dem Umfang der bis dahin erbrachten Leistungen als abgeschlossen. Satz 1 gilt nicht, wenn die Einrichtung

die Anforderungen nach Absatz 1 nicht erfüllt und die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam dies bis zum 31. Dezember 2012 gegenüber dem Träger der Einrichtung schriftlich geltend machen.“

Begründung:

Zu Buchstabe a

In § 111c Absatz 1 SGB V wird hinter dem Wort „Ersatzkassen“ das Wort „gemeinsam“ eingefügt. Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung der Neuregelung des § 111c SGB V zur ambulanten Rehabilitation an die Vorschrift des § 111 Absatz 2 SGB V, die sich auf die stationäre Rehabilitation bezieht. Die einheitlichen Versorgungsverträge werden auf Krankenkassenseite von den Landesverbänden gemeinsam mit den Ersatzkassen geschlossen.

Zu Buchstabe b

Auch hier handelt es sich um eine Angleichung an die geltenden Vorschriften zu den Versorgungsverträgen zur stationären Rehabilitation (§ 111 Absatz 4 SGB V). Insbesondere kann der Versorgungsvertrag über die Durchführung der ambulanten Rehabilitation von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam mit einer Frist von einem Jahr gekündigt werden, wenn die Voraussetzungen für seinen Abschluss nach Absatz 1 nicht mehr gegeben sind.

Zu Buchstabe c

Der neue Absatz 4 ist eine Bestandsschutzregelung für die bundesweit ca. 450 bereits zugelassenen Einrichtungen. Sie reduziert den bürokratischen Aufwand insbesondere für die Krankenkassen und die Landesverbände, indem auf die Umstellung der zugelassenen Einrichtungen auf Versorgungsverträge grundsätzlich verzichtet wird. Damit ähnelt die Bestandsschutzregelung der im Jahre 2002 eingeführten Vorschrift nach § 111a Absatz 2 SGB V für Einrichtungen der Müttergenesungswerks oder gleichartige Einrichtungen.

Konkret sieht die Vorschrift vor, dass ein Versorgungsvertrag nach § 111c SGB V bei Einrichtungen, die vor dem Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht haben, in dem Umfang der bis dahin erbrachten Leistungen als abgeschlossen gilt. Dieser Bestandsschutz greift dann nicht, wenn die Einrichtung die Anforderungen nach Absatz 1 nicht erfüllt und die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam dies bis zum 31. Dezember 2012 gegenüber dem Träger der Einrichtung schriftlich geltend machen.

## **Änderungsantrag 26**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 44a - neu - (§ 119b SGB V) (Anstellung von Ärzten durch stationäre Pflegeeinrichtungen)

Nach Artikel 1 Nummer 44 wird folgende Nummer 44a eingefügt:

„44a. § 119b Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Kommt ein Vertrag nach Satz 1 nicht innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Zugang des Antrags der Pflegeeinrichtung zustande, ist die Pflegeeinrichtung vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung mit angestellten Ärzten, die in das Arztregister eingetragen sind und geriatrisch fortgebildet sein sollen, zu ermächtigen; die Anstellung bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Soll die Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten durch einen in mehreren Pflegeeinrichtungen angestellten Arzt erfolgen, ist der angestellte Arzt zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in den Pflegeeinrichtungen zu ermächtigen.“

### Begründung:

Dem bisherigen Satz 3 des § 119b wird ein neuer Halbsatz angefügt, der klarstellt, dass die Anstellung von Ärztinnen und Ärzten auch in Pflegeheimen der Genehmigung des Zulassungsausschusses bedarf. Anknüpfend an das geltende Recht, setzt die Erteilung der Genehmigung die Eintragung des Arztes in das Arztregister voraus. Auf den Grad der Versorgung

im Planungsbereich kommt es dagegen nicht an. Etwaige Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 Satz 2 stehen der Genehmigung damit nicht entgegen. Durch das Genehmigungserfordernis, wird sichergestellt, dass der Zulassungsausschuss über das jeweilige Anstellungsverhältnis informiert wird und die qualitativen Voraussetzungen des von dem Pflegeheim angestellten Arzt überprüfen kann. Damit wird jedoch keine neue Hürde für die Anstellung von Ärzten aufgebaut. Die Genehmigung ist zeitnah zu erteilen.

Der neue Satz 4 entspricht dem bisherigen zweiten Halbsatz des Satzes 3.

## **Änderungsantrag 27**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen  
in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz  
– GKV-VStG)  
BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 44a - neu - (§ 120 SGB V) (Vergütung ambulanter  
Krankenhausleistungen)

Nach Artikel 1 Nummer 44 wird folgende Nummer 44a eingefügt:

„44a. § 120 Absatz 2 Satz 6 wird aufgehoben.“

### Begründung:

Die Änderungen dienen der Rechtsbereinigung.

## **Änderungsantrag 28**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 44b - neu - (§ 126 SGB V)

(Übergangsregelungen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln)

Nach Artikel 1 Nummer 44a - neu - wird folgende Nummer 44b eingefügt:

“44b. § 126 Absatz 2 wird aufgehoben.“

### Begründung:

Die Übergangsregelungen für Leistungserbringer, die am 31. März 2007 über eine Zulassung nach § 126 in der zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung verfügten, sind hinfällig geworden und können gestrichen werden. Die frühere Zulassung berechtigt nicht mehr zur Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln. Auch die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen an die Eignung der entsprechenden Leistungserbringer gilt dadurch nicht mehr als nachgewiesen und muss nunmehr von den Krankenkassen – auch im Hinblick auf die überarbeiteten Empfehlungen nach § 126 Absatz 1 Satz 3 – sichergestellt werden.

## **Änderungsantrag 29**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 45 (§ 127 SGB V) (Rahmenempfehlungen im  
Hilfsmittelbereich)

Artikel 1 Nummer 45 wird wie folgt geändert:

Nach Absatz 6 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

“§ 139 Absatz 2 bleibt unberührt.“

### Begründung:

Um mögliche Überschneidungen mit dem Auftrag des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zur Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses auszuschließen, wird klargestellt, dass § 139 Absatz 2 unberührt bleibt. Regelungen zur Qualität der Versorgung, die im Hilfsmittelverzeichnis zu treffen sind, sollen nicht Gegenstand der Rahmenempfehlungen sein.

## **Änderungsantrag 30**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 50a - neu - (§ 135 SGB V)

(Qualitätssicherungsanforderungen der Bundesmantelvertragspartner bei Untersuchungs- und Behandlungsmethoden)

Nach Artikel 1 Nummer 50 wird folgende Nummer 50a eingefügt:

„50a. § 135 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird das Wort „sowie“ durch ein Komma, das Wort „weiterer“ durch das Wort „anderer“ und das Wort „Strukturqualität“ durch das Wort „Versorgungsqualität“ ersetzt.
- b) Die folgenden Sätze werden angefügt:  
„Die nach der Rechtsverordnung nach § 140g anerkannten Organisationen sind vor dem Abschluss von Vereinbarungen nach Satz 1 in die Beratungen der Vertragspartner einzubeziehen; die Organisationen benennen hierzu sachkundige Personen. § 140f Absatz 5 gilt entsprechend. Das Nähere zum Verfahren vereinbaren die Vertragspartner nach Satz 1. Für die Vereinbarungen nach diesem Absatz gilt § 87 Absatz 6 Satz 9 entsprechend.“

Begründung:

Zu Buchstabe a

Bereits nach geltendem Recht ist festgelegt, dass die Vereinbarungspartner der Bundesmantelverträge für ärztliche und zahnärztliche Leistungen, die besonderer Voraussetzungen für ihre Ausführung oder Kenntnisse und Erfahrungen bedürfen, Anforderungen an die Strukturqualität vorgeben können. Durch die Änderung erhalten die Vertragspartner die Möglichkeit, die verschiedenen Dimensionen der Versorgungsqualität zu berücksichtigen und über Strukturqualitätsanforderungen hinaus Vorgaben auch zur Prozess- und Ergebnisqualität zu vereinbaren. Diese Änderung ist einerseits notwendig, da eine eindeutige Abgrenzung zwischen diesen Qualitätsdimensionen nicht immer sachgerecht möglich ist. Andererseits reichen häufig Maßnahmen der Strukturqualität nicht aus, um umfassend die Qualität der Leistungserbringung bei diesen ausgewählten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu sichern und beurteilen zu können.

Zu Buchstabe b

Mit der Schaffung eines Beteiligungsrechts der nach § 140g anerkannten Organisationen bei den Vereinbarungen der Bundesmantelvertragspartner wird eine bereits von den Vertragspartnern praktizierte Beteiligung gesetzlich nachvollzogen. Dies stärkt die Verlässlichkeit der Beteiligung und ermöglicht damit, die Anregungen der Patientenvertreter bei den Vereinbarungen zu berücksichtigen. Den Bundesmantelvertragspartner bleibt es dabei überlassen, die Details über die Art und Weise der Beteiligung der Patientenvertreter zu regeln.

Um für betroffene Leistungserbringer und Versicherte die notwendige Transparenz zu schaffen, sind die Vereinbarungen der Bundesmantelvertragspartner nach § 135 Absatz 2 und die jeweils entscheidungserheblichen Gründe zukünftig entsprechend der Regelung in § 87 Absatz 6 Satz 9 im Deutschen Ärzteblatt oder im Internet bekannt zu machen. Falls die Bekanntmachung im Internet erfolgt, muss im Deutschen Ärzteblatt ein Hinweis auf die Fundstelle veröffentlicht werden.

## **Änderungsantrag 31**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 50a - neu - (§ 135a SGB V)      (Verpflichtung zur  
Qualitätssicherung)

Nach Artikel 1 Nummer 50 wird folgende Nummer 50a eingefügt:

“50a. § 135a Absatz 2 Satz 2 wird aufgehoben.“

### Begründung:

Die bisher in § 135a Absatz 2 Satz 2 geregelte Verpflichtung der Leistungserbringer, der Institution nach § 137a Absatz 1 die für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach § 137a Absatz 2 Nummer 2 und 3 erforderlichen Daten zur Verfügung zu stellen, wird an dieser Stelle gestrichen, da die Befugnisse und Pflichten der Leistungserbringer und Krankenkassen zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung nunmehr in § 299 zusammengeführt und abschließend geregelt werden (s. Begründung zu § 299).

## Änderungsantrag 32

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 57 (§ 137f SGB V)

(Einbeziehung des Bundesversicherungsamts und der jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in das Stellungnahmeverfahren bei den Richtlinien zu DMP)

Artikel 1 Nummer 57 Buchstabe b wird wie folgt geändert:

a) Nach dem Doppelbuchstaben bb wird der Doppelbuchstabe cc eingefügt:

,cc) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Selbsthilfe sowie den für die sonstigen Leistungserbringer auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen, soweit ihre Belange berührt sind, sowie dem Bundesversicherungsamt und den jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidungen mit einzubeziehen.“

b) Der bisherige Doppelbuchstabe cc wird Doppelbuchstabe dd.

Begründung:

Vor der Beschlussfassung zu den DMP-Richtlinien im G-BA erhalten neben den bereits bisher stellungnahmeberechtigten Organisationen (die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Selbsthilfe sowie den für die sonstigen Leistungserbringer auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen) zusätzlich auch das Bundesversicherungsamt und die jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ein Stellungnahmerecht. Dem Bundesversicherungsamt als der für die Zulassung der Programme nach § 137g SGB V zuständigen Behörde wurde bisher im Rahmen der Anhörung zur Umsetzung der G-BA-Empfehlungen vom verordnungsgebenden Bundesministerium für Gesundheit Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Als Folgeänderung der Übertragung der Regelungskompetenzen auf den G-BA erhält das Bundesversicherungsamt nun stattdessen unmittelbar beim G-BA die Gelegenheit zur Stellungnahme. Gleiches gilt für die jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften.

## **Änderungsantrag 33**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 58a - neu - (§ 140a) (Integrierte Versorgung)

Nach Artikel 1 Nummer 58 wird folgende Nummer 58a eingefügt:

„58a. Dem § 140a Absatz 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Vertragspartner der Krankenkassen nach § 140b Absatz 1 Nummer 4 dürfen die für die Durchführung der zum Versorgungsmanagement notwendigen Steuerungsaufgaben im Rahmen der integrierten Versorgung erforderlichen personenbezogenen Daten aus der gemeinsamen Dokumentation nach § 140b Abs. 3 nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erheben, verarbeiten und nutzen. Für die Vertragspartner nach § 140b Absatz 1 Nummer 4 gilt § 35 des Ersten Buches entsprechend.“

### Begründung:

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz-GMG) vom 14. November 2003 (BGBl. I S.2190) wurde zum 1. Januar 2004 geregelt, dass nicht nur Leistungserbringer, sondern auch Träger von Einrichtungen, die eine integrierte Versorgung anbieten, zum Vertragsschluss über eine integrierte Versorgung mit den Krankenkassen berechtigt sind. Hauptaufgabe dieser sogenannten Managementgesellschaften ist es, die Leistungserbringer von nicht unmittelbar heilkundlichen Aufgaben zu entlasten und ein Versorgungsmanagement in der integrierten Versorgung vorzunehmen. Zudem sollen Verträge zur integrierten Versorgung eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung ermöglichen (§ 140a Abs. 1 Satz 2 SGB V). Um dies zu erreichen, bietet sich insbesondere die Einschaltung einer Managementgesellschaft an.

Für die genannten Aufgabe brauchen die Managementgesellschaften Daten, die ihnen bisher nicht zur Verfügung stehen. So ist zum Beispiel bei einem untypischen Krankenhausaufenthalt erforderlich, dass die Managementgesellschaften auch die Behandlungen des Patienten vor der Einweisung nachvollziehen können, damit künftig medizinisch nicht erforderliche Krankenhausaufenthalte vermieden werden können. Auch wenn etwa im Rahmen der integrierten Versorgung besondere Präventionsangebote organisiert werden sollen, bedarf es hierfür Informationen über die bisherige Krankheitsgeschichte des Versicherten.

Die Regelung stellt klar, dass die Managementgesellschaften mit Einwilligung des Versicherten diese erforderlichen personenbezogenen Daten erheben, verarbeiten und nutzen dürfen. Diese Befugnis beschränkt sich jedoch rein auf die Zwecke der integrierten Versorgung. Weitergehende Befugnisse, wie etwa die Erhebung von Daten zu Forschungszwecken sind hiervon nicht erfasst. Damit sichergestellt ist, dass in den Managementgesellschaften ein vergleichbares Schutzniveau besteht wie bei Stellen, die dem Sozialgeheimnis unterliegen, wird § 35 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch für entsprechend anwendbar erklärt.

## **Änderungsantrag 34**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 58b - neu - (§ 140d SGB V) (Integrierte Versorgung)

Nach Artikel 1 Nummer 58a - neu - wird folgende Nummer 58b eingefügt:

„58b. § 140d wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift wird das Wort „Anschubfinanzierung“ gestrichen.
- b) Absatz 1 wird aufgehoben.
- c) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 1 und wie folgt gefasst:

„Die Vertragspartner nach § 87a Absatz 2 Satz 1 haben den Behandlungsbedarf nach § 87a Absatz 3 Satz 2 entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem im Vertrag nach § 140a vereinbarten Versorgungsbedarf zu bereinigen. Kommt eine Einigung über eine Verringerung des Behandlungsbedarfs nach Satz 1 nicht zu Stande, können auch die Krankenkassen oder ihre Verbände, die Vertragspartner der Verträge nach § 140a sind, das Schiedsamt nach § 89 anrufen. Die für die Bereinigungsverfahren erforderlichen arzt- und versichertenbezogenen Daten übermitteln die Krankenkassen den zuständigen Gesamtvertragspartnern.“

- d) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 2.
- e) Die bisherigen Absätze 4 und 5 werden aufgehoben.'

Begründung:

Die Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung ist zum Ende des Jahres 2008 ausgelaufen. Daher sind alle mit ihr im Zusammenhang stehenden Regelungen überflüssig. Die Streichungen dienen somit der Rechtsbereinigung im SGB V.

## **Änderungsantrag 35**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 59a - neu - (§ 142 SGB V)

(konzertierte Aktion,  
Sachverständigen-  
rat)

Nach Artikel 1 Nummer 59 wird folgende Nummer 59a eingefügt:

„59a. In § 142 Absatz 3 werden die Wörter „, erstmals im Jahr 2005,“  
durch die Wörter „eines Jahres“ ersetzt.“

### Begründung:

Die Änderung dient der Rechtsbereinigung.

## **Änderungsantrag 36**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 64a - neu - (§ 197a SGB V)

(Befugnisnorm für  
Datenübermittlungen  
zwischen den Stellen  
zur Bekämpfung von  
Fehlverhalten im  
Gesundheitswe-  
sen/Bereinigung)

Nach Artikel 1 Nummer 64 wird folgende Nummer 64a eingefügt:

64a. § 197a wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Die Einrichtungen nach Absatz 1 dürfen personen-  
bezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben  
nach Absatz 1 erhoben oder an sie weitergegeben oder  
übermittelt wurden, untereinander und an Einrichtungen  
nach § 81a übermitteln, soweit dies für die Feststellung und  
Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim  
Empfänger erforderlich ist. Der Empfänger darf diese nur zu  
dem Zweck verarbeiten und nutzen, zu dem sie ihm über-  
mittelt worden sind.“

b) In Absatz 5 werden die Wörter „, erstmals bis zum 31. De-  
zember 2005,“ gestrichen.’

Begründung:

Zu Buchstabe a

Im Rahmen von Prüfungen des Bundesrechnungshofes hat dieser darauf hingewiesen, dass Fehlverhalten im Gesundheitswesen ohne eine Zusammenarbeit der Krankenkassen, insbesondere auch kassenartenübergreifend, und ohne eine Zusammenarbeit von Krankenkassen und Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen oft nicht feststellbar ist. Um das Fehlverhalten der Leistungserbringer und auch dessen Ausmaß feststellen zu können, hält er es für unverzichtbar, dass die verschiedenen Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen untereinander erforderliche personenbezogene Daten austauschen. Voraussetzung hierfür sind gesetzliche Datenübermittlungsbefugnisse der Stellen zur Fehlverhaltensbekämpfung. Da die Frage, ob sich bereits aus dem geltenden Recht derartige Befugnisse ergeben, in der Vergangenheit unterschiedlich beurteilt wurde und Datenübermittlungen zum Teil mit der Begründung verwehrt wurden, es fehle an der hierfür erforderlichen Rechtsgrundlage, werden diesen Stellen im neuen Absatz 3a der §§ 81a und 197a SGB V nunmehr explizit und normenklar die erforderlichen Datenübermittlungsbefugnisse eingeräumt. Über den Verweis in § 47a Satz 1 SGB XI auf § 197a SGB V gilt dies entsprechend für bei den Pflegekassen eingerichtete Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen.

Die datenschutzrechtliche Verantwortung für die erforderliche Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung trägt die jeweilige Krankenkasse beziehungsweise der Verband. Sie haben durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen sicherzustellen, dass die Befugnisse, insbesondere der Zugang und Zugriff auf Datenbestände der Einrichtungen nach Absatz 1, und der Kreis der befugten Personen eindeutig festgelegt sind.

Zu Buchstabe b

Streichung einer entbehrlichen Zeitangabe über die erstmalige Berichtspflicht zu den Stellen der Krankenkassen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen.

## **Änderungsantrag 37**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 64b - neu - (§ 201 SGB V) (Rechtsbereinigung)

Nach Artikel 1 Nummer 64a - neu - wird folgende Nummer 64b eingefügt:

“64b. § 201 Absatz 6 Satz 3 wird aufgehoben.“

### Begründung:

In § 201 Absatz 6 Satz 3 ist geregelt, dass, sofern zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund im Benehmen mit dem Bundesversicherungsamt bis zum 31. Dezember 1995 keine Vereinbarung über das Nähere zum Verfahren der Meldungen auf maschinell verwertbaren Daten oder durch Datenübertragung im Hinblick auf die Meldepflichten bei Rentenantragstellung und Rentenbezug zustande kommt, das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales das Nähere bestimmt. Diese Vereinbarung zwischen den Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt ist (erstmalig) am 8. Juli 1996 zustande gekommen, so dass die Regelung in Satz 3 insoweit ins Leere geht und aus Gründen der Rechtsbereinigung und Entbürokratisierung aufgehoben wird.

## **Änderungsantrag 38**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 65a - neu - (§ 217b SGB V) (Besetzung der Organe des GKV-SV)

Nach Artikel 1 Nummer 65 wird folgende Nummer 65a eingefügt:

,65a. § 217b wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 2 werden nach den Wörtern „dem Verwaltungsrat“ ein Komma und die Wörter „dem ehrenamtlichen Vorstand“ eingefügt.
- b) In Absatz 3 Satz 3 werden nach den Wörtern „ihrem Verwaltungsrat“ ein Komma und die Wörter „ihrem ehrenamtlichen Vorstand“ eingefügt.'

### Begründung:

Weil einige Krankenkassen neben der Vertreterversammlung auch den ehrenamtlichen Vorstand als Selbstverwaltungsorgan besitzen, wird in der Vorschrift über die Organe des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 217b die bisherige Benennung des Verwaltungsrates und der Vertreterversammlung um dieses Selbstverwaltungsorgan erweitert. Damit wird klargestellt, dass auch ehrenamtliche Vorstände der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und der Landwirtschaftlichen Krankenkassen Mitglied des Verwaltungsrates und der Mitgliederversammlung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sein können.

## **Änderungsantrag 39**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 66a - neu - (§ 217g SGB V) (Bereinigung: Errich-  
tungsbeauftragter für den  
GKV-SV)

Nach Artikel 1 Nummer 66 wird folgende Nummer 66a eingefügt:

„66a. § 217g wird aufgehoben.“

### Begründung:

Nach Abschluss der Errichtungsphase des Spitzenverbandes Bund der  
Krankenkassen ist die Vorschrift über den Errichtungsbeauftragten ent-  
behrlich.

## Änderungsantrag 40

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 66b - neu - (§ 220 Absatz 1 und 3 SGB V) (Darlehensaufnahme-  
verbot/Anpassung  
einer Verweisvor-  
schrift zum Gesund-  
heitsfonds)

Nach Artikel 1 Nummer 66a - neu - wird folgende Nummer 66b eingefügt:

„66b. § 220 wird wie folgt geändert:

- a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:  
„Darlehensaufnahmen sind nicht zulässig.“
  
- b) In Absatz 3 Satz 1 werden nach der Angabe „77 Abs. 1a“  
die Wörter „Satz 1 bis 4“ eingefügt.’

### Begründung:

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung des § 222 SGB V, dessen Regelungen durch Zeitablauf erledigt sind. Der weiterhin bestehende Grundsatz des Darlehensaufnahmeverbots, der auch durch ein Urteil des Bundessozialgerichts vom 3. März 2009 ausdrücklich bestätigt wurde, wird aus rechtssystematischen Gründen in § 220 Absatz 1

SGB V überführt. Unberührt davon bleiben Darlehensregelungen, die das SGB V an anderer Stelle selbst vorsieht.

Zu Buchstabe b

Wegen der Änderung des § 77 Absatz 1a SGB IV muss die Verweisvorschrift in § 220 Absatz 3 SGB V angepasst werden. Die für Krankenkassen zukünftig vorgesehenen Prüfungs- und Testierungspflichten durch Wirtschaftsprüfer oder vereidigter Buchprüfer gelten nicht für den Gesundheitsfonds, der durch das Bundesversicherungsamt verwaltet wird.

## **Änderungsantrag 41**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 67a - neu - (§ 222 SGB V) (Aufhebung zeitlich be-  
fristeter Ausnahmen  
vom Darlehen-  
aufnahmeverbot)

Nach Artikel 1 Nummer 67 wird folgende Nummer 67a eingefügt:

“67a. § 222 wird aufgehoben.“

### Begründung:

In § 222 SGB V sind zeitlich befristete Ausnahmen vom allgemeinen Grundsatz des Darlehenaufnahmeverbots geregelt, die sich zwischenzeitlich durch Zeitablauf erledigt haben. Der Grundsatz des Darlehenaufnahmeverbots, der sich bisher in § 222 Absatz 5 SGB V findet, wird zukünftig in § 220 Absatz 1 SGB V geregelt.

## **Änderungsantrag 42**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 69a - neu - (§ 242a SGB V) (Streichung der Festlegung des  
durchschnittlichen Zusatzbei-  
trags für 2011)

Nach Artikel 1 Nummer 69 wird folgende Nummer 69a eingefügt:

“69a. § 242a Absatz 2 Satz 2 wird aufgehoben.“

### Begründung:

In § 242a Absatz 2 Satz 1 SGB V ist festgelegt, dass das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen den durchschnittlichen Zusatzbeitrag festlegt und diesen jeweils zum 1. November im Bundesanzeiger für das folgende Jahr bekannt gibt. Für das Jahr 2011, das Jahr des Inkrafttretens des Gesetzes, ist in Satz 2 eine Ausnahmeregelung in der Gestalt getroffen worden, dass der durchschnittliche Zusatzbeitrag am 3. Januar 2011 im Bundesanzeiger bekannt gegeben wird. Dies ist auch geschehen, so dass sich die Vorschrift erledigt hat. Sie wird aus Gründen der Rechtsbereinigung und Entbürokratisierung aufgehoben.

## **Änderungsantrag 43**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 69b - neu - (§ 242b SGB V) (Zuständigkeit der  
Krankenkassen 2011  
für Sozialausgleich)

Nach Artikel 1 Nummer 69a - neu - wird folgende Nummer 69b eingefügt:

“69b. § 242b Absatz 8 wird aufgehoben.“

### Begründung:

In § 242b Absatz 8 SGB V ist festgelegt, dass – abweichend von § 242b Absätze 1 bis 7 SGB V – der Sozialausgleich für das Jahr 2011 von den Krankenkassen durchgeführt wird. Da der durchschnittliche Zusatzbeitrag für das Jahr 2011 Null beträgt, besteht für kein Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung 2011 ein Anspruch auf Sozialausgleich. Deshalb wird die Vorschrift aus Gründen der Rechtsbereinigung und Entbürokratisierung aufgehoben.

## **Änderungsantrag 44**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 72a - neu - (§ 263a SGB V) (Aufhebung Über-  
gangsvorschrift Rechts-  
trägerabwicklung)

Nach Artikel 1 Nummer 72 wird folgende Nummer 72a eingefügt:

“72a. § 263a wird aufgehoben.“

### Begründung:

In § 263a SGB V ist geregelt, dass mit Wirkung vom 30. März 2005 die nach § 27 Absatz 1 des Rechtsträger-Abwicklungsgesetzes das vom Bund treuhänderisch verwaltete Vermögen der LVA Mark Brandenburg – Abteilung Krankenversicherung, der LVA Ostpreußen – Abteilung Krankenversicherung, der Sudetendeutschen Angestellten Krankenkasse und der Besonderen Ortskrankenkasse für Binnenschifffahrt und verwandte Betriebe sowie der Landeskrankenkasse für den Landkreis Bromberg auf den Bund übergehen. Da das Vermögen zwischenzeitlich auf den Bund übergegangen ist, läuft die Vorschrift ins Leere und wird deshalb aus Gründen der Rechtsbereinigung und Entbürokratisierung aufgehoben.

## Änderungsantrag 45

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 75 (§ 266 SGB V)

(Regelungen zum  
Risikostrukturaus-  
gleich bis 2008)

Artikel 1 Nummer 75 wird wie folgt gefasst:

„75. § 266 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 2 wird das Komma am Ende durch einen Punkt  
ersetzt.

bb) Nummer 3 wird aufgehoben.

b) Absatz 7 Satz 1 Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„3. die Abgrenzung der zu berücksichtigenden Versicherten-  
gruppen nach § 267 Absatz 2 einschließlich der Altersab-  
stände zwischen den Altersgruppen, auch abweichend von  
§ 267 Absatz 2; hierzu gehört auch die Festlegung der An-  
forderungen an die Zulassung der Programme nach § 137g  
hinsichtlich des Verfahrens der Einschreibung der Versi-  
cherten einschließlich der Dauer der Teilnahme und des  
Verfahrens der Erhebung und Übermittlung der für die  
Durchführung der Programme erforderlichen personenbe-  
zogenen Daten.“

c) Absatz 10 wird aufgehoben.’

Begründung:

Zu Buchstabe a und c

Die Regelungen werden im Zuge der Rechtsbereinigung gestrichen, weil sie sich durch Zeitablauf erledigt haben.

Zu Buchstabe b

Enthält die Fassung des Regierungsentwurfs.

## **Änderungsantrag 46**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 75a - neu - (§ 267 SGB V) (Regelungen zum Risiko-  
kostenausgleich bis  
2008)

Nach Nummer 75 wird folgende Nummer 75a eingefügt:

“75a. § 267 Absatz 11 wird aufgehoben.“

### Begründung:

Die Regelung wird im Zuge der Rechtsbereinigung gestrichen, weil sie sich  
durch Zeitablauf erledigt hat.

## **Änderungsantrag 47**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 75b - neu - (§ 268 SGB V)

(Regelungen zum  
Risikostrukturaus-  
gleich bis 2008)

Nach Artikel 1 Nummer 75a - neu - wird folgende Nummer 75b eingefügt:

“75b. § 268 Absatz 2 Satz 2 bis 6 wird aufgehoben.“

### Begründung:

Die Regelungen werden im Zuge der Rechtsbereinigung gestrichen, weil  
sie sich durch Zeitablauf erledigt haben.

## **Änderungsantrag 48**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen  
in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz  
– GKV-VStG)  
BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 75c - neu - (§ 269 SGB V) (Regelungen zum  
Risikostrukturaus-  
gleich bis 2008)

Nach Artikel 1 Nummer 75b - neu - wird folgende Nummer 75c eingefügt:

“75c. § 269 wird aufgehoben.“

### Begründung:

Die Regelung wird im Zuge der Rechtsbereinigung gestrichen, weil sie sich durch Zeitablauf erledigt hat.

## Änderungsantrag 49

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 80 (§ 295 SGB V)

(Abrechnung ambu-  
lanter ärztlicher  
Leistungen)

Artikel 1 Nummer 80 wird wie folgt geändert:

- a) Dem Buchstaben a werden die folgenden Doppelbuchstaben cc und dd angefügt:

,cc) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren für die Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen nach Satz 1 bis spätestens zum 30. April 2012 einen bundeseinheitlichen Katalog sowie das Nähere zur Datenübermittlung nach Satz 3.“

- dd) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„§ 21 Absatz 4, Absatz 5 Satz 1 und 2 sowie Absatz 6 des Krankenhausentgeltgesetzes ist für die Vereinbarung zur Datenübermittlung entsprechend anzuwenden. Für die Vereinbarung einer bundeseinheitlichen Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen gilt § 21 Absatz 4 und 6 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend mit der Maßgabe, dass die Schiedsstelle innerhalb von sechs Wochen entscheidet.“

b) Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

,b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird aufgehoben.

bb) Im neuen Satz 2 werden die Wörter „der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7“ durch die Wörter „den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f“ ersetzt.’

#### Begründung:

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe cc

Durch die Änderungen wird gewährleistet, dass die Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) nach § 118 möglichst kurzfristig durch eine bundeseinheitliche Leistungsdokumentation erfasst werden können. Eine bundeseinheitliche PIA-Leistungsdokumentation ist Voraussetzung dafür, den nach § 17d Absatz 1 Satz 3 KHG bestehenden Prüfauftrag der Einbeziehung der Leistungen der PIAs in das neue Psych-Entgeltsystem datengestützt durchführen zu können. Eine bundeseinheitliche Erfassung der PIA-Leistungen anstelle der bestehenden landesunterschiedlichen Leistungsdokumentation ist erforderlich, damit unterschiedliche und übereinstimmende PIA-Leistungen erkennbar werden. Nur auf der Grundlage einer aussagefähigen Leistungsdokumentation ist auch eine Erfüllung des Prüfauftrags bzw. eine belastbare Kalkulation der Kosten dieser Leistungen möglich.

Als Grundlage für die Vereinbarung einer bundeseinheitlichen PIA-Leistungsdokumentation durch die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 KHG (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Verband der privaten Krankenversicherung) könnte der in Bayern angewendete Leistungskatalog dienen, der auch als Grund-

lage in verschiedenen anderen Ländern zur Anwendung kommt. Hinsichtlich des regionalen Einsatzbereiches werden nach Schätzungen hiervon bereits heute ein Drittel aller PIA-Leistungen erfasst.

Zu Doppelbuchstabe dd

Die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 KHG haben nach Satz 4 die Vereinbarung einer bundeseinheitlichen PIA-Leistungsdokumentation bis spätestens zum 30. April 2012 zu vereinbaren. Neben der in erster Linie zu klärenden Frage einer bundeseinheitlichen Leistungsbeschreibung sind insbesondere auch spezifische datentechnische Fragen für eine zeitnahe Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG an die DRG-Datenstelle zu klären. Hierfür übernimmt Satz 5 den Inhalt des bisherigen zweiten Halbsatzes des Satzes 4. Die vereinbarte bundeseinheitliche Leistungsdokumentation gilt auch für die auf Abrechnungszwecke bezogene Vereinbarung nach § 120 Absatz 3 Satz 4, wonach das Nähere über Form und Inhalt der an die Kassen zu liefernden Abrechnungsunterlagen durch die Vertragsparteien nach § 301 Absatz 3 zu vereinbaren ist. Sofern den Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene die Vereinbarung einer bundeseinheitlichen Leistungsdokumentation nicht gelingt, entscheidet nach Satz 6 auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG innerhalb von sechs Wochen. Ein zügiger Vereinbarungs- und Konfliktlösungsprozess sowie eine zeitnahe datentechnische Umsetzung sind erforderlich, damit eine bundeseinheitliche Erfassung der PIA-Leistungen bereits im Jahr 2013 beginnen kann. Der DRG-Datenstelle werden diese Daten nach § 21 Absatz 1 Satz 1 KHEntgG jedoch erst zum 31. März 2014 erstmals vorliegen. Da bei der Behandlung psychisch kranker Menschen datenschutzrechtlich sensible Daten entstehen können, ist der Leistungskatalog im Benehmen mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz zu vereinbaren.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelung wird im Zuge der Rechtsbereinigung gestrichen, weil sie sich durch Zeitablauf erledigt hat.

Zu Doppelbuchstabe bb

Entspricht dem bisherigen Buchstabe b von Nummer 80.

## Änderungsantrag 50

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

<u>Zu Artikel 1 Nummer 80a - neu - (§ 299 SGB V)</u>	(Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssiche- rung)
--	---

Nach Artikel 1 Nummer 80 wird folgende Nummer 80a eingefügt:

„80a. § 299 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, zugelassenen Krankenhäuser und übrigen Leistungserbringer gemäß § 135a Absatz 2 sind befugt und verpflichtet, personen- oder einrichtungsbezogene Daten der Versicherten und der Leistungserbringer für Zwecke der Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2 oder § 136 Absatz 2 zu erheben, verarbeiten oder nutzen, soweit dies erforderlich und in Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136 Absatz 2 und § 137 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 sowie in Vereinbarungen nach § 137d vorgesehen ist. In den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen nach Satz 1 sind diejenigen Daten, die von den Leistungserbringern zu erheben, zu verarbeiten oder zu nutzen sind, sowie deren Empfänger festzulegen und die Erforderlichkeit darzulegen. Der

Gemeinsame Bundesausschuss hat bei der Festlegung der Daten nach Satz 2 in Abhängigkeit von der jeweiligen Maßnahme der Qualitätssicherung insbesondere diejenigen Daten zu bestimmen, die für die Ermittlung der Qualität von Diagnostik oder Behandlung mit Hilfe geeigneter Qualitätsindikatoren, für die Erfassung möglicher Begleiterkrankungen und Komplikationen, für die Feststellung der Sterblichkeit sowie für eine geeignete Validierung oder Risikoadjustierung bei der Auswertung der Daten medizinisch oder methodisch notwendig sind. Die Richtlinien und Beschlüsse sowie Vereinbarungen nach Satz 1 haben darüber hinaus sicherzustellen, dass

1. in der Regel die Datenerhebung auf eine Stichprobe der betroffenen Patienten begrenzt wird und die versichertenbezogenen Daten pseudonymisiert werden,
2. die Auswertung der Daten, soweit sie nicht im Rahmen der Qualitätsprüfungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt, von einer unabhängigen Stelle vorgenommen wird und
3. eine qualifizierte Information der betroffenen Patienten in geeigneter Weise stattfindet.“

bb) Im neuen Satz 6 werden die Wörter „Die zu erhebenden Daten sowie“ durch das Wort „Auch“ ersetzt.

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Die Krankenkassen sind befugt und verpflichtet, nach § 284 Absatz 1 erhobene und gespeicherte Sozialdaten für Zwecke der Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2 oder § 136 Absatz 2 zu verarbeiten oder zu nutzen, soweit dies erforderlich und in Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136 Absatz 2 und § 137 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 sowie in Vereinbarungen nach § 137d vorgesehen ist. In den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen nach Satz 1 sind diejenigen Daten, die von den Krankenkassen für Zwecke der Qualitätssicherung zu verarbeiten oder zu nutzen

sind, sowie deren Empfänger festzulegen und die Erforderlichkeit darzulegen. Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend.“

c) In Absatz 2 Satz 1 werden nach den Wörtern „und übrigen Leistungserbringer“ die Wörter „gemäß § 135a Absatz 2“ eingefügt.

d) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Enthalten die für Zwecke des Absatz 1 Satz 1 erhobenen, verarbeiteten und genutzten Daten noch keine den Anforderungen des § 290 Absatz 1 Satz 2 entsprechende Krankenversicherungsnummer und ist in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss vorgesehen, dass die Pseudonymisierung auf der Grundlage der Krankenversicherungsnummer nach § 290 Absatz 1 Satz 2 erfolgen soll, kann der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien ein Übergangsverfahren regeln, das einen Abgleich der für einen Versicherten vorhandenen Krankenversicherungsnummern ermöglicht. In diesem Fall hat er in den Richtlinien eine von den Krankenkassen und ihren Verbänden räumlich, organisatorisch und personell getrennte eigenständige Vertrauensstelle zu bestimmen, die dem Sozialgeheimnis nach § 35 Absatz 1 des Ersten Buches unterliegt, an die die Krankenkassen für die in das Qualitätssicherungsverfahren einbezogenen Versicherten die vorhandenen Krankenversicherungsnummern übermitteln. Weitere Daten dürfen nicht übermittelt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in den Richtlinien die Dauer der Übergangsregelung und den Zeitpunkt der Löschung der Daten bei der Stelle nach Satz 2 festzulegen.“

e) Dem Absatz 3 wird folgender Satz 4 angefügt:

„Für die unabhängige Stelle gilt § 35 Absatz 1 des Ersten Buches entsprechend.“

Begründung:

In der Vorschrift des § 299, deren Regelungszweck die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung ist, werden die diesbezüglichen Befugnisse und Pflichten der Leistungserbringer und Krankenkassen nunmehr gebündelt und abschließend geregelt.

Zu Buchstabe a

Da neben den Rechten und Pflichten der Leistungserbringer im Umgang mit personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung (Absatz 1) erstmals in Absatz 1a solche für die Krankenkassen geschaffen werden, wird auch Absatz 1 Satz 1 aus Gründen der Systematik und der Vergleichbarkeit der Regelungsgegenstände sowie zur Beseitigung bestehender Rechtsunklarheiten neu gefasst. Dabei wird die Funktion des Absatz 1 Satz 1 als Befugnis- und Verpflichtungsnorm für Datenerhebungen, -verarbeitungen und -nutzungen der Leistungserbringer zu Qualitätssicherungszwecken deutlicher herausgestellt.

Der Begriff der „Sozialdaten“ wird durch die neue Formulierung der „personen- oder einrichtungsbezogenen Daten der Versicherten und Leistungserbringer“ abgelöst, um auch Datenerhebungen, -verarbeitungen und -nutzungen der Leistungserbringer, die bereits nach bisherigem Recht erkennbar erfasst sein sollten, aber nicht unter den Begriff der „Sozialdaten“ subsumiert werden konnten (z.B. krankenhaus- oder praxisbezogene Daten wie etwa bestimmte Labor- oder Röntgenbefunde), in die Regelung des Absatzes 1 einzubeziehen. Leistungserbringer sind neben den Vertrags(zahn)ärzten, medizinischen Versorgungszentren und zugelassenen Krankenhäusern die Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen sowie Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen. Durch die ausdrückliche Bezugnahme auf die personen- oder einrichtungsbezogenen Daten der Leistungserbringer werden Unsicherheiten beseitigt, ob sich aus der Regelung des § 299 auch Befugnisse im Hinblick auf den Leistungserbringerbezug ableiten lassen. Die Notwendigkeit hierfür ergibt sich aus dem Zweck der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung, die ohne den Leistungserbringerbezug keine vergleichende Qualitätsmessung und -bewertung vornehmen kann. Darüber hinaus unterliegen die Leistungserbringer aufgrund ihrer Einbindung und Funktion im Gesamtsystem der gesetzlichen Krankenversicherung in besonderem Maße gesetzlichen Pflichten. Die Verwendung einrichtungsbezogener Daten bei der Qualitätssicherung ist im Hinblick auf die überwiegenden Interessen des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung sowie der Patientinnen und Patienten an einer Verbesserung der Versorgung und einer Erhöhung der Patientensicherheit gerechtfertigt.

Das bisher in § 135a Absatz 2 Satz 2 vorgesehene und nunmehr dem Regelungsinhalt des § 299 zuzuordnende „zur Verfügung stellen“ von Daten durch die Leistungserbringer wird an legaldefinierte datenschutzrechtliche Fachbegriffe angepasst.

In Satz 2 und damit vor den zwischen dem Stichprobenverfahren und der Vollerhebung differenzierenden Regelungen in den Sätzen 4 bis 6 wird für alle Qualitätssicherungsverfahren klargestellt, dass in den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen diejenigen Daten, die von den Leistungserbringern zu erheben, zu verarbeiten oder zu nutzen sind, sowie deren Empfänger festzulegen und die Erforderlichkeit darzulegen sind. Das bedeutet, dass der Gemeinsame Bundesausschuss unter dem Gesichtspunkt der Erforderlichkeit und der Datensparsamkeit zu entscheiden hat, welchen Stellen er im Bereich der Qualitätssicherung Funktionen zuerkennt und welche Daten an diese zu übermitteln sind. Die Neuregelung gibt im Unterschied zur bisherigen Regelung in § 135a Absatz 2 Satz 2 den Empfänger der Daten nicht gesetzlich vor, sondern eröffnet dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Möglichkeit, selbst festzulegen, an wen die Daten im Rahmen von Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu übermitteln sind. Dies hat den Vorteil, dass das vom Gemeinsamen Bundesausschuss bereits in seiner Richtlinie über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung beschlossene Datenflussmodell, das keine Datenübermittlung vom Leistungserbringer an die Institution nach § 137a Absatz 1 vorsieht, mit den gesetzlichen Bestimmungen in Einklang gebracht wird, und dass zukünftige Änderungen im Datenflussmodell nicht automatisch gesetzgeberischen Änderungsbedarf auslösen.

Satz 3 konkretisiert in Bezug auf die vom Gemeinsamen Bundesausschuss festzulegenden Daten den Rahmen für dessen Entscheidung und gibt maßgebliche Kriterien für die Auswahl vor. Danach hat der Gemeinsame Bundesausschuss insbesondere die Daten für Zwecke der Qualitätssicherung zu bestimmen, die auf der Grundlage geeigneter Qualitätsindikatoren für eine Ermittlung und anschließende Bewertung der Versorgungsqualität von Diagnostik oder Therapie erforderlich sind. Dazu zählen nach der Regelung u.a. Daten, die Aufschluss geben über Begleiterkrankungen oder Komplikationen und Daten, die für die Beurteilung der Sterblichkeit notwendig sind. Aber auch Daten, die benötigt werden, um die Validität der Qualitätserhebungen zu prüfen oder eine sachgerechte Risikoadjustierung der Ergebnisse vorzunehmen, können vom Gemeinsamen Bun-

desausschuss einbezogen werden. Entscheidend für die Festlegung der Daten ist, dass diese für die konkrete Maßnahme der Qualitätssicherung in einem Versorgungsbereich aus medizinischer oder methodischer Sicht erforderlich sein müssen.

Durch die Neuregelung in § 91 Absatz 5a wird sichergestellt, dass datenschutzrechtliche Aspekte im Entscheidungsprozess frühzeitig berücksichtigt werden. Diese sieht vor, dass bei Beschlüssen und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, die die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener oder -beziehbarer Daten regeln oder voraussetzen, dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist.

Zu Buchstabe b

In Absatz 1a werden erstmals die Krankenkassen gesetzlich legitimiert und verpflichtet, bestimmte nach § 284 Absatz 1 rechtmäßig erhobene und gespeicherte versicherten- und einrichtungsbezogene Daten für die Zwecke der Qualitätssicherung an den in den Richtlinien festgelegten Empfänger zu übermitteln. Damit wird die Möglichkeit geschaffen, im Prozess der Qualitätssicherung auf Versichertenstamm- und Abrechnungsdaten der Krankenkassen zurückzugreifen, soweit diese Rückschlüsse auf die Qualität der Leistungserbringung ermöglichen (z.B. Abrechnungsdaten zu Komplikationen einer Behandlung). Dieser Rückgriff steht allerdings unter der Voraussetzung der Erforderlichkeit für die konkreten Maßnahmen der Qualitätssicherung. Eine entsprechende Richtlinienregelung ist zulässig, wenn sich nach Abwägung der maßgeblichen Aspekte wie Nutzen und Informationsgewinn dieser Daten, Ersparnis gesonderter Datenerhebungen bei weiteren Stellen, Reduzierung von Verwaltungsaufwand und Bestehen weniger eingreifender Alternativen der Informationsbeschaffung sich die konkret vorgesehenen Datenübermittlungen der Krankenkassen als vorzugwürdiges Ergebnis erweisen. Entsprechende Erwägungen müssen im Richtlinienbeschluss zum Ausdruck kommen.

Zu Buchstabe c

Die in Bezug auf die Leistungserbringer eingefügte Verweisung auf § 135a Absatz 2 dient der Konkretisierung.

Zu Buchstabe d

Der neue Absatz 2a löst ein Problem, das sich bei der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung bei der Verfolgung von Behandlungsverläufen im Hinblick auf die Wiedererkennung von einbezogenen Fällen stellt. Bei Pseudonymisierungsverfahren, die auf der Grundlage der neuen lebenslangen Krankenversicherungsnummer durchgeführt werden sollen, ergeben sich Schwierigkeiten, wenn die Beteiligten zum Teil auf alte Krankenversicherungsnummern zurückgreifen, die noch keinen unveränderbaren lebenslang gültigen Teil enthalten. Ursache dafür ist, dass für eine nicht unerhebliche Zahl der Versicherten noch keine Krankenversicherungskarten mit der gesetzlich vorgesehenen Nummer ausgestellt sind. Spätestens mit der flächendeckenden Einführung der elektronischen Gesundheitskarte wird jedoch für alle Versicherten die neue Krankenversicherungsnummer auf der Karte gespeichert sein. Deshalb wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss mit dieser Regelung die Möglichkeit gegeben, für diesen Zeitraum ein Übergangsverfahren zu regeln. In diesem Fall hat er in den Richtlinien eine räumlich, organisatorisch und personell eigenständige Stelle zu bestimmen, bei der ein Abgleich der beiden Nummern erfolgen kann. Diese unterliegt dem Sozialgeheimnis nach § 35 Absatz 1 des Ersten Buches. An sie haben die Krankenkassen für die in Qualitätssicherungsverfahren einbezogenen Versicherten die alte und die neue Krankenversicherungsnummer zu übermitteln. Weitere Daten, wie z.B. Name und Anschrift der Versicherten, dürfen nicht mitgeteilt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss muss die Dauer der Übergangsregelung in den Richtlinien festlegen. Spätestens mit der flächendeckenden Einführung der elektronischen Gesundheitskarte ist das Verfahren zu beenden und die Löschung sämtlicher daraus resultierender Datenbestände bei der unabhängigen Stelle vorzusehen.

Zu Buchstabe e

Mit der Regelung, dass für die unabhängige Stelle nach Absatz 3 § 35 Absatz 1 des Ersten Buches entsprechend gilt, soll sichergestellt werden, dass dort das gleiche Datenschutzniveau besteht wie bei den Stellen, die dem Sozialgeheimnis unterliegen.

## **Änderungsantrag 51**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 83a - neu - (§ 305 SGB V) (Ersetzungsbefugnis für  
das BMG, das Nähere  
zu den Patientenquit-  
tungen in einer Rechts-  
verordnung zu regeln)

Nach Artikel 1 Nummer 83 wird folgende Nummer 83a eingefügt:

“83a. § 305 Absatz 2 Satz 7 wird aufgehoben.“

### Begründung:

Die Regelung wird im Zuge der Rechtsbereinigung gestrichen, weil sie sich  
durch Zeitablauf erledigt hat.

## Änderungsantrag 52

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 83b - neu - (§ 305b SGB V) (Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse)

Nach Artikel 1 Nummer 83a - neu - wird folgende Nummer 83b eingefügt:

„83b. § 305b wird wie folgt gefasst:

### „§ 305b

#### Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse

(1) Die Krankenkassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen veröffentlichen im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf der eigenen Internetpräsenz zum 1. September des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Die Satzung hat weitere Arten der Veröffentlichung zu regeln, die sicherstellen, dass alle Versicherten der Krankenkasse davon Kenntnis erlangen können. Zu veröffentlichen sind insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen, zur Höhe und Struktur der Ausgaben sowie zur Vermögenssituation. Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben sind gesondert auszuweisen. Das Nähere zu den zu veröffentlichenden Angaben wird in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelt.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen veröffentlicht im Internet zum 1. September des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die ihm von den Krankenkassen gemäß § 79 des Vierten Buches zugeleiteten Jahresrechnungsergebnisse der einzelnen Krankenkassen in der Struktur der

einzelnen gemeldeten Positionen. Auf die Veröffentlichung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und die Veröffentlichungen der einzelnen Krankenkassen gemäß Absatz 1 ist jeweils gegenseitig zu verweisen.“

### Begründung

Durch die Neufassung der Vorschrift werden die bisher schon bestehenden Rechenschaftspflichten der Krankenkassen über die Verwendung ihrer Mittel erweitert und differenziert. Das Ziel der Vorschrift, die Verwendung der Mittel der Krankenkassen für die Versicherten transparent zu machen, wird hierdurch in größerem Umfang erreicht.

### Zu Absatz 1

Durch die Publikation ihrer Geschäftsergebnisse haben die Krankenkassen Rechenschaft gegenüber ihren Mitgliedern und Versicherten abzulegen sowie die notwendige Transparenz zu schaffen, damit sich Versicherte bei der Wahl ihrer Krankenkasse umfassend über deren wirtschaftliche Lage informieren können. Zu diesem Zweck werden die Krankenkassen verpflichtet, öffentlich zugängliche Publikationen im Internet vorzunehmen, die die wesentlichen Inhalte der Rechnungslegung für die Versicherten verständlich zusammenfasst. Das Nähere zu den zu veröffentlichenden Angaben wird in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelt. Durch die verbindliche Vorgabe in der Verwaltungsvorschrift wird die Vergleichbarkeit der Rechnungsergebnisse gewährleistet. Den Kassen bleibt es unbenommen, die nach einheitlicher Struktur berichteten Rechnungsergebnisse aus ihrer Sicht zu kommentieren. Die Krankenkassen haben in ihrer Satzung weitere Arten der Veröffentlichung festzulegen, die sicherstellen, dass die entsprechenden Informationen allen Versicherten zugänglich sind (z.B. in der Mitgliederzeitschrift oder zur Einsicht in den Geschäftsstellen).

Die Berichte sollen zum 1. September des dem Berichtsjahr folgenden Jahres veröffentlicht werden, damit sich die Versicherten zeitnah im Anschluss an die bis Mitte des Folgejahres zu erstellenden Jahresrechnungsergebnisse einen entsprechenden Überblick verschaffen können.

Zu Absatz 2

Zur weiteren Verbesserung der Transparenz und Vergleichbarkeit der Ergebnisse der einzelnen Krankenkassen hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die endgültigen Jahresrechnungsergebnisse nach der Statistik KJ1 für jede Einzelkasse mit allen Positionen der Meldung ebenfalls jährlich zum 1. September in seinem Internetangebot veröffentlichen. Eine weitere Aufbereitung der Daten und eine Kommentierung der Ergebnisse erfolgt an dieser Stelle durch den Spitzenverband nicht. Durch die jeweilige elektronische Verlinkung der Veröffentlichung der endgültigen kassendifferenzierten Jahresrechnungsergebnisse durch den GKV-Spitzenverband mit den Veröffentlichungen der wesentlichen Ergebnisse durch die einzelne Krankenkasse auf deren Internetseite und umgekehrt erhalten Versicherte die Möglichkeit, die Daten ihrer eigenen Krankenkasse schnell und einfach mit den Ergebnissen anderer Krankenkassen zu vergleichen. Eine Verlinkung der Krankenkassen untereinander ist nicht erforderlich.

## **Änderungsantrag 53**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 83c - neu - (§ 313a SGB V) (Regelungen zum Risiko-  
kostenausgleich bis  
2008)

Nach Artikel 1 Nummer 83b - neu - wird folgende Nummer 83bc eingefügt:

“83c. § 313a wird aufgehoben.“

### Begründung:

Die Regelung wird im Zuge der Rechtsbereinigung gestrichen, weil sie sich  
durch Zeitablauf erledigt hat.

## **Änderungsantrag 54**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 84 (§ 321 SGB V) (Übergangsregelung zur Weitergeltung der in der RSAV geregelten Anforderungen an die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme (DMP))

In Artikel 1 Nummer 84 wird nach § 321 Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Dies gilt auch für die in den §§ 28d und 28f der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der bis zum ..... [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten nach Artikel 12 Absatz 1] geltenden Fassung geregelten Anforderungen, soweit sie auf die in Satz 1 genannten Anforderungen verweisen.“

### Begründung:

Es handelt sich um eine notwendige Ergänzung der Übergangsregelung in § 321, wonach die in der RSAV geregelten Anforderungen an die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) solange weitergelten, bis der Gemeinsame Bundesausschuss von der ihm übertragenen Regelungskompetenz nach § 137f Absatz 2 SGB V Gebrauch gemacht hat.

## **Änderungsantrag 55**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

### Zu Artikel 2

(Änderung des Vierten Buches Sozial-  
gesetzbuches)

Artikel 2 wird wie folgt gefasst:

#### „Artikel 2

#### Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die  
Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. No-  
vember 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), das zuletzt durch  
Artikel 3 des Gesetzes vom 22. Juni 2011 (BGBl. I S. 1202) geändert wor-  
den ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 35a Absatz 7 wird folgender Satz angefügt:

„Verstößt ein Mitglied des Vorstandes in grober Weise gegen seine  
Amtspflichten und kommt ein Beschluss des Verwaltungsrates nach  
§ 59 Absatz 3 Satz 1 nicht innerhalb einer angemessenen Frist zu-  
stande, hat die Aufsichtsbehörde dieses Mitglied seines Amtes zu  
entheben; Rechtsbehelfe gegen die Amtsenthebung haben keine  
aufschiebende Wirkung.“

2. Dem § 77 Absatz 1a werden die folgenden Sätze angefügt:

„Die Jahresrechnung ist von einem Wirtschaftsprüfer oder einem  
vereidigten Buchprüfer zu prüfen und zu testieren. Ein Wirtschafts-  
prüfer oder ein vereidigter Buchprüfer ist von der Prüfung ausge-

geschlossen, wenn er in den letzten fünf aufeinanderfolgenden Jahren ohne Unterbrechung die Prüfung durchgeführt hat.“

Begründung:

Zu Nummer 1

Der Wortlaut entspricht dem bisherigen Gesetzesentwurf.

Zu Nummer 2

Die Regelung greift eine Empfehlung des Bundesrechnungshofes auf. Mit der Regelung soll gewährleistet werden, dass die Prüfung der Jahresrechnungen durch qualifizierte, unabhängige Personen vorgenommen wird. Dadurch wird es möglich, dass bei der Prüfung der Jahresergebnisse entsprechende Standards eingehalten werden. Auch dies dient der Herstellung von Transparenz. Die zeitliche Begrenzung der Inanspruchnahme des gleichen Wirtschaftsprüfers beziehungsweise vereidigten Buchprüfers auf fünf Jahre soll zur Unabhängigkeit der Prüfung beitragen.

## Änderungsantrag 56

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 5 Nummer 3 - neu - (§ 56 KVLG 1989) (Rechenschaft über Verwendung der Mittel)

Dem Artikel 5 wird folgende Nummer 3 angefügt:

3. § 56 wird wie folgt geändert:

- a) Die Angabe „305b“ wird durch die Angabe „305a“ ersetzt.
- b) Folgender Satz wird angefügt:

„Die landwirtschaftlichen Krankenkasse haben in ihrer Mitgliederzeitschrift in hervorgehobener Weise und gebotener Ausführlichkeit jährlich über die Verwendung ihrer Mittel Rechenschaft abzulegen und dort zugleich ihre Verwaltungsausgaben gesondert auch als Beitragssatzanteil auszuweisen.“

### Begründung:

Mit der Neufassung des § 305b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch werden die bestehenden Rechenschaftspflichten der Krankenkassen über die Verwendung ihrer Mittel erweitert, um die notwendige Transparenz zu schaffen, damit sich Versicherte bei der Wahl ihrer Krankenkasse umfassend über deren wirtschaftliche Lage informieren können. Die landwirtschaftlichen Krankenkassen sind von dieser Regelung ausgenommen, weil für sie das Krankenkassenwahlrecht nicht gilt. Mit der Änderung des § 56 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989) wird sichergestellt, dass die bisher für die landwirtschaftlichen Kran-

kenkassen geltenden Rechenschaftspflichten auch weiterhin Anwendung finden.

## Änderungsantrag 57

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 11 (RSAV) (Folgeänderungen in § 3 und Klarstel-  
lung in § 28d)

Artikel 11 wird wie folgt geändert:

a) Der Nummer 1 wird die folgende Nummer 1 vorangestellt:

1. § 3 Absatz 3 Satz 8 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 1 werden die Wörter „nach § 28g Absatz 5“  
durch die Wörter „insbesondere durch Aufhebung nach §  
137g Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder  
durch Verzicht auf die Zulassung“ ersetzt.

b) In Nummer 3 werden die Wörter „nach Anlage 2 in Verbin-  
dung mit den Anlagen 6, 8,10 oder 12 oder nach Anlage 4“  
gestrichen.’

b) Die bisherigen Nummern 1 bis 9 werden die Nummern 2 bis 10.

c) Die bisherige Nummer 2 Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

b) In Absatz 1 Nummer 1 werden die Wörter „nach Ziffer 3 in Ver-  
bindung mit Ziffer 1.2 der Anlagen 1, 3, 5, 7, 9 und 11“ durch die  
Wörter „nach den Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen  
Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialge-  
setzbuch“ ersetzt und werden die Wörter „nach Anlage 2 in Ver-  
bindung mit den Anlagen 6, 8, 10 oder 12 oder nach Anlage 4“

durch die Wörter „nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.’

Begründung:

Zu Buchstabe a

Zu Nummer 1 Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund des Wegfalls des Erfordernisses einer Wiederzulassung der Programme und der damit einhergehenden Aufhebung von § 28g Absatz 5. Aufgrund der Einführung der regelhaften unbefristeten Zulassung endet die Zulassung eines Programms zukünftig nicht mehr durch Fristablauf, sondern insbesondere durch eine Aufhebung der Zulassung durch das Bundesversicherungsamt nach § 137g Absatz 3 SGB V oder durch einen Verzicht der Krankenkasse auf die Zulassung.

Zu Nummer 1 Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Aufhebung der Anlagen.

Zu Buchstabe b

Die bisherigen Nummern 1 bis 9 des Artikels 11 werden die Nummern 2 bis 10 und bleiben im Übrigen unverändert bis auf die Änderung in der bisherigen Nummer 2 (§ 28d).

Zu Buchstabe c

Die Änderung dient der Klarstellung des Regelungsziels, dass zukünftig hinsichtlich der Erstdokumentation auf das Unterschriftserfordernis verzichtet wird. Das Erstellen einer Erstdokumentation bleibt dagegen weiterhin Voraussetzung für die Einschreibung eines Versicherten in ein strukturiertes Behandlungsprogramm. Die Erstdokumentation bedarf zu Ihrer Gültigkeit zukünftig aber nicht mehr der zusätzlichen Unterschrift des Arztes bzw. es bedarf keiner gesonderten schriftlichen Bestätigung des Datums der Erstellung der Erstdokumentation mehr. Damit wird das Verfahren bei

der Erstellung der Erstdokumentation an die schon bisher gängige und geübte Praxis für die Folgedokumentationen, die auch ohne Unterschrift als gültig akzeptiert werden, angeglichen. Dieses Regelungsziel wird durch die Streichungen in § 28d Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c und des § 28f Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe e erreicht. Hierzu bedarf es nicht der ursprünglich vorgesehenen Streichung des Wortes „Erstdokumentation“ in § 28d Absatz 1 Nummer 1, die zu einem gänzlichen Wegfall der Erstdokumentation als Einschreibevoraussetzung geführt hätte.

## **Änderungsantrag 58**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

### Artikel 11a (neu)

(Folgeänderungen in der Ausschussmitglieder-Verordnung aufgrund der Änderung des Berufungsverfahrens der unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses in § 91 Absatz 2 SGB V)

Nach Artikel 11 wird folgender Artikel 11a eingefügt:

### **Artikel 11a**

#### **Änderung der Ausschussmitglieder-Verordnung**

Die Ausschussmitglieder-Verordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 827-9, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 23 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

- a) In § 1 Satz 2 werden die Wörter „§ 91 Abs. 2 Satz 11“ durch die Wörter „§ 91 Absatz 2 Satz 15“ ersetzt.
- b) Dem § 4 wird folgender Satz angefügt:

„Legt ein Stellvertreter des Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses, einer der weiteren Unparteiischen des Gemeinsamen Bundesausschusses oder einer deren Stellvertreter sein Amt nieder, setzt der Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses das Bundesministerium für Gesundheit hierüber in Kenntnis.“

Begründung:

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Änderung in § 91 Absatz 2 SGB V.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Änderung des Berufungsverfahren der unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses und deren Stellvertreter in § 91 Absatz 2 SGB V. Die Niederlegung des Amtes des Vorsitzenden ist wie bisher nach § 4 Satz 2 bereits unmittelbar dem Bundesministerium für Gesundheit gegenüber zu erklären. Damit das aufsichtführende Bundesministerium für Gesundheit darüber hinaus auch über das vorzeitige Ausscheiden eines Stellvertreter des Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses, eines anderen unparteiischen Mitglieds oder dessen Stellvertreters aus seinem Amt informiert ist, wird eine entsprechende Unterrichtungspflicht des Vorsitzenden eingeführt. Dies dient der ordnungsgemäßen Durchführung des Nachbenennungsverfahrens.

## **Änderungsantrag 59**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

BT - Drs. – 17/6906

### Zu Artikel 12

(Inkrafttreten)

Artikel 12 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 4 wird das Wort "tritt" durch die Wörter "und Nummer 80 Buchstabe a Doppelbuchstabe cc und dd treten" ersetzt.
- b) Folgender Absatz 7 wird angefügt:

“(7) Artikel 1 Nummer 83b tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2014  
in Kraft.“

### Begründung:

Zu Buchstabe a

Die Änderungen des § 295 Absatz 1b SGB V, die auf die Gewährleistung einer bundeseinheitlichen Leistungsdokumentation psychiatrischer Institutsambulanzen abzielen, sollen bereits mit Datum der 3. Lesung in Kraft treten, damit die erforderlichen vorbereitenden Maßnahmen frühzeitig von den Selbstverwaltungspartnern nach § 17b Absatz 2 KHG ergriffen werden.

Zu Buchstabe b

Der neue § 305b SGB V über die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse durch die Krankenkassen gilt ab dem Jahr 2014. Da für die Konkretisierung der Veröffentlichungspflicht der Krankenkassen Änderungen in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung erforderlich sind, und um den Krankenkassen

nach dem Inkrafttreten der Verwaltungsvorschrift die notwendige Zeit zur Vorbereitung auf die neuen Veröffentlichungspflichten zu geben, soll die Regelung erst zu dem späteren Zeitpunkt in Kraft treten. Sie gilt damit erstmals für die Jahresrechnungsergebnisse 2013. Bis zur Neuregelung gelten die Regelungen des bisherigen § 305b SGB V, die bereits eine Veröffentlichungspflicht der Krankenkassen bezüglich der Verwendung ihrer Mittel in jährlichem Abstand in den Mitgliederzeitschriften vorsehen.

<b>Änderungen inhaltlich</b>		
Artikel 1 § 11 Abs. 4 SGB V	Versorgungsmanagement	Klarstellung, dass die fachärztliche Anschlussversorgung Teil des Versorgungsmanagements ist
Artikel 1 § 38 SGB V	Haushaltshilfe	Krankenkassen sollen künftig (bisher können) Satzungsregelungen zur Haushaltshilfe vorsehen, die über den Pflichtleistungsanspruch hinausgehen
Artikel 1 § 75 SGB V	Wartezeiten	Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigung, im Rahmen des Sicherstellungsauftrages auch eine angemessene und zeitnahe fachärztliche Versorgung zur Verfügung zu stellen
Artikel 1 § 95 SGB V	Gemeinnützige Träger von MVZ	Gemeinnützige Einrichtungen, die nichtärztliche Dialyseleistungen aufgrund von Verträgen erbringen, bleiben – wie zugelassene Einrichtungen - zur Gründung eines MVZ's berechtigt
Artikel 1 § 103 SGB V	Vorkaufsrecht bei Überversorgung	Das Vorkaufsrecht der KVen im Nachbesetzungsverfahren wird durch den Vorstand (nicht durch die Vertreterversammlung) ausgeübt
Artikel 1 § 135 SGB V	Qualitätsanforderung der Bundesmantelvertragspartner bei Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Die Vertragspartner der Bundesmantelverträge erhalten die Möglichkeit über Strukturqualitätsanforderung hinaus auch Vorgaben zur Prozess- und Ergebnisqualität zu vereinbaren
Artikel 1 § 140a SGB V	Integrierte Versorgung	Managementgesellschaften erhalten mit Einwilligung der Versicherten die für ein Versorgungsmanagement erforderlichen Daten
Artikel 1 § 295 SGB V	Abrechnung ambulanter ärztlicher Leistungen	Es wird gewährleistet, dass die Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) möglichst kurzfristig durch eine bundeseinheitliche Leistungsdokumentation erfasst werden können
Artikel 1 § 299 SGB V	Datenerhebung, Verarbeitung und	Es werden die datenschutzrechtlichen Begleitregelungen dafür

	Nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung	geschaffen, dass neben der Erhebung und Übermittlung von Behandlungsdaten auch die bei den Krankenkassen (z.B. für Abrechnungszwecke) vorliegenden Daten für Zwecke der Qualitätssicherung genutzt werden können
Artikel 1 § 305b SGB V	Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse	Erhöhung der Transparenz. Die bisher schon bestehenden Rechenschaftspflichten der Krankenkassen über die Verwendung ihrer Mittel werden erweitert und differenziert
Artikel 2 § 77 Absatz 1a SGB IV	Prüfung der Jahresrechnung durch Wirtschaftsprüfer	Erhöhung der Transparenz. Es wird gewährleistet, dass die Prüfung der Jahresrechnungen durch qualifizierte, unabhängige Personen vorgenommen wird (Wirtschaftsprüfer oder vereidigte Buchprüfer)
Artikel 5 § 56 KVLG	Rechenschaft über Verwendung der Mittel in der Landwirtschaftlichen Krankenversicherung	Es wird sichergestellt, dass die bisher für die Landwirtschaftliche Krankenversicherung geltenden Rechenschaftspflichten auch weiterhin Anwendung finden
Artikel 12 § 295 Inkrafttreten	Inkrafttreten	Die Transparenzregelung des § 305b gilt erst ab 2014, um den Krankenkassen ausreichend Vorbereitungszeit zu geben

<b>Änderungen technisch</b>
Artikel 1 § 9 SGB V
Artikel 1 § 20d SGB V
Artikel 1 § 21 SGB V
Artikel 1 § 34 SGB V
Artikel 1 § 35 SGB V
Artikel 1 § 37b SGB V
Artikel 1 § 49 SGB V
Artikel 1 § 55 SGB V
Artikel 1 § 62 SGB V
Artikel 1 § 71 SGB V
Artikel 1 § 73 SGB V
Artikel 1 § 77 SGB V
Artikel 1 § 81a SGB V
Artikel 1 § 84 SGB V
Artikel 1 § 87 SGB V
Artikel 1 § 90 SGB V
Artikel 1 § 91 SGB V
Artikel 1 § 92 SGB V
Artikel 1 § 95d SGB V
Artikel 1 § 111c SGB V
Artikel 1 § 119b SGB V
Artikel 1 § 120 SGB V
Artikel 1 § 126 SGB V
Artikel 1 § 127 SGB V
Artikel 1 § 135a SGB V
Artikel 1 § 137f SGB V
Artikel 1 § 140d SGB V
Artikel 1 § 142 SGB V
Artikel 1 § 197a SGB V
Artikel 1 § 201 SGB V
Artikel 1 § 217b SGB V
Artikel 1 § 217g SGB V
Artikel 1 § 220 SGB V
Artikel 1 § 222 SGB V
Artikel 1 § 242a SGB V
Artikel 1 § 242b SGB V

Artikel 1 § 263a SGB V
Artikel 1 § 266 SGB V
Artikel 1 § 267 SGB V
Artikel 1 § 268 SGB V
Artikel 1 § 269 SGB V
Artikel 1 § 305 SGB V
Artikel 1 § 313a SGB V
Artikel 1 § 321 SGB V
Artikel 11 § 3 und § 28d RSAV
Artikel 11a § 91 Folgeregelung