

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0188(59).4
gel. VB zur öAnhörung am 19.10.
11_VStG
14.10.2011

13.10.2011
**Stellungnahme des
GKV-Spitzenverbandes**

**zu den Änderungsanträgen
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(14)0190 (neu)**

GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51, 10117 Berlin
Telefon +49 (0) 30 206 288-0
Fax +49 (0) 30 206 288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung BT- Drs. – 17/(14)0190(neu)

Vorbemerkung

Die Ausschussdrucksache 17(14)0190(neu) mit den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 05.10.2011 ist in inhaltliche und technische Änderungen untergliedert. Der GKV-Spitzenverband nimmt nachfolgend Stellung zu den inhaltlichen Änderungsanträgen. Zu den technischen Änderungsanträgen erfolgt eine Stellungnahme allein in den Fällen, in denen nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes weitere Inhalte zu berücksichtigen sind. Bei allen anderen technischen Änderungsanträgen sind die vorgesehenen Regelungen im Zuge der Rechtsbereinigung aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sachgerecht.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung BT- Drs. – 17/(14)0190(neu)

Änderungsantrag 2

Zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 11 Abs. 4 SGB V – Versorgungsmanagement)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die fachärztliche Anschlussbehandlung soll künftig als Bestandteil des Versorgungsmanagements ausdrücklich benannt werden.

B) Stellungnahme

Bereits die derzeitige Regelung zum Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V erstreckt sich auf alle nach der Krankenhausbehandlung verbleibenden Versorgungsbereiche und schließt insoweit auch die fachärztliche Anschlussversorgung mit ein. Die Ergänzung hat somit klarstellenden Charakter. Die Änderung ist aber positiv zu bewerten, da sie die Leistungserbringer an dieser Stelle noch mal ausdrücklich in die Pflicht nimmt. Allerdings ist zu beachten, dass die Regelung z. B. nicht die grundsätzliche Lotsenfunktion der Hausärzte bzw. das Versorgungsmanagement der Krankenkassen konterkarieren darf. Insofern muss genügend Raum für die individuelle Ausgestaltung des Versorgungsmanagements auch bei der fachärztlichen Versorgung erhalten bleiben. Generell ungeklärt ist die Frage der Gesamtkoordination, wenn nach dem Krankenhausaufenthalt fachärztliche Weiterbehandlung in unterschiedlichen Fachgebieten notwendig ist.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung BT- Drs. – 17/(14)0190(neu)

Änderungsantrag 8

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen werden über eine Soll-Vorschrift (faktisch) verpflichtet, Satzungsregelungen zur Gewährung von Haushaltshilfe vorzusehen. Dabei geht es um Fälle, in denen Versicherte ihren Haushalt aus Krankheitsgründen nicht weiterführen können, jedoch die Voraussetzungen für den Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 SGB V nicht erfüllen, da sie sich nicht in einer stationären Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V, medizinischen Vorsorgeleistung nach § 23 Abs. 2 oder 4 SGB V, medizinischen Vorsorge für Mütter und Väter nach § 24 SGB V, Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V oder medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter nach § 41 SGB V, sondern zu Hause befinden und auch keine häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V durchgeführt wird.

B) Stellungnahme

Derzeit ist es in das Ermessen der Krankenkassen gestellt, in der Satzung Regelungen zur Gewährung von Haushaltshilfe für die in Rede stehenden Fälle vorzusehen. Dabei sehen die Satzungen unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Versichertenbedürfnisse in der Regel auch entsprechende Leistungen vor, so dass der individuellen Bedarfssituation grundsätzlich ausreichend Rechnung getragen wird. Hinweise, dass in jüngerer Vergangenheit ins Gewicht fallende Einschränkungen oder Streichungen bei der Haushaltshilfe als Satzungsleistung vorgenommen wurden, liegen uns nicht vor. So sind die Ausgaben bei der Haushaltshilfe als Mehrleistung in den Jahren von 2007 (78.364.000 Euro) zu 2008 (82.770.000 Euro) vergleichsweise hoch gestiegen und von 2008 zu 2010 (2009: 81.870.000 Euro, 2010: 81.656.000 Euro) nur leicht gefallen und liegen immer noch über dem Stand von 2007 (KJ 1 für die Jahre 2007 – 2009 und KV 45 für 2010). Des Weiteren verfügt der GKV-Spitzenverband über keine Erkenntnisse, wonach Krankenkassen in bestimmten Regionen flächendeckend keine Haushaltshilfeleistungen nach § 38 Abs. 2 SGB V mehr vorhalten. Vor diesem Hintergrund sind Versorgungslücken, die einen gesetzgeberischen Handlungsbedarf rechtfertigen könnten, nicht zu erkennen.

Darüber hinaus engt die Neuregelung die Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen im Wettbewerb untereinander ein. Dabei ist auch nicht erkennbar, wie die an dieser Stelle vollzogene Wettbewerbseinschränkung über die in § 11 Abs. 6 SGB V-E geplante Ausweitung der Satzungsleistungen für Haushaltshilfe kompensiert werden sollte, da die Haushaltshilfe für die in Rede stehenden Fälle ja bereits nach § 38 Abs. 2 SGB V bestehen würde. Die geplante Regelung steht somit nicht im Einklang mit der durch



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung BT- Drs. – 17/(14)0190(neu)

das Gesetz verfolgten Intention, die wettbewerblichen Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen zu stärken.

Im Übrigen ist der in der Gesetzesbegründung vorgesehene Hinweis auf die ebenfalls im Rahmen des GKV-VStG vorgesehene Einführung „Erweiterter Satzungsregelungen“ (vgl. Ergänzung des § 11 SGB V um einen Absatz 6) interpretationsbedürftig. Sofern der Gesetzgeber daran festhalten sollte, Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V [neu] von den Zuweisungen für sonstige Ausgaben nach § 270 Abs. 1 SGB V auszuschließen, ist eine Klarstellung erforderlich.

C) **Änderungsvorschlag**

Streichung der vorgesehenen Neuregelung.

Falls der Gesetzgeber dennoch an der vorgesehenen Neuregelung festhalten sollte, ist in der Gesetzesbegründung folgender Satz zu ergänzen:

„Anders als bei den auf Basis des § 11 Abs. 6 SGB V erbrachten Satzungsleistungen und Leistungen nach § 53 SGB V sind Satzungs-Mehrleistungen auf Grundlage anderer Rechtsvorschriften auch weiterhin bei der Bemessung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu berücksichtigen. Die in § 270 Abs. 1 SGB V vorgesehene Neuregelung hat somit keine Auswirkungen auf Haushaltshilfe-Mehrleistungen nach § 38 Abs. 2 SGB V.“



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung BT- Drs. – 17/(14)0190(neu)

Änderungsantrag 14

Zu Artikel 1 Nummer 14 (§ 75 SGB V – Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen – Wartezeiten):

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Durch Änderung des § 75 Abs. 1 SGB V soll die Kassenärztlichen Vereinigung verpflichtet werden im Rahmen des Sicherstellungsauftrages auch eine angemessene und zeitnahe fachärztliche Versorgung zur Verfügung zu stellen.

B) Stellungnahme

Die Ergänzungen in Abs. 1 sind grundsätzlich zu begrüßen. Damit wird die von den Krankenkassen seit langem thematisierte Wartezeitenproblematik bei der Vergabe von Behandlungsterminen insbesondere beim Übergang vom hausärztlichen in den fachärztlichen Versorgungsbereich aufgegriffen. Allerdings sollten die hierzu gültigen Detailregelungen nicht auf der regionalen Ebene, sondern bundeseinheitlich durch die Partner der Bundesmantelverträge gefasst werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 75 Absatz 4 Satz 4 SGB wird wie folgt gefasst: „Die Partner der Bundesmantelverträge regeln, welche Zeiten im Regelfall und im Ausnahmefall noch eine zeitnahe fachärztliche Versorgung darstellen.“



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung BT- Drs. – 17/(14)0190(neu)

Änderungsantrag 15

Zu Artikel 1 Nummer 15 (§ 77 SGB V – KV Nordrhein und KV Westfalen-Lippe):

A) Beabsichtigte Neuregelungen

In § 77 Abs. 1 Satz 2 und 3 wird klargestellt, dass es keine Verpflichtung zur Zusammenlegung von Kassenärztlichen Vereinigungen gibt, wenn in einem Land mehrere Kassenärztliche Vereinigungen bestehen.

B) Stellungnahme

Durch die Änderungen in Absatz 1 sind die Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe nicht verpflichtet zu fusionieren. Stattdessen wird ihnen eine freiwillige Option zum Zusammenschluss der beiden Kassenärztlichen Vereinigungen eingeräumt. Diese Änderung ist aus Sicht der Krankenkassen nicht zu beanstanden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung BT- Drs. – 17/(14)0190(neu)

Änderungsanträge 16 (neu) und 36 (neu)

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18 a – neu – und Nr. 64 a – neu –

(§§ 81a und 197a – Befugnisnormen für Datenübermittlungen zwischen den Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen)

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Mit beiden Neuregelungen wird die bislang fehlende gesetzliche Befugnisnorm für die notwendige Übermittlung personenbezogener Daten zwischen den Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen geschaffen. Diese Einrichtungen dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhoben oder an sie weitergegeben oder übermittelt wurden, untereinander übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist.

B) Stellungnahme

Die auch vom GKV-Spitzenverband seit langem geforderte gesetzliche Klarstellung wird nachdrücklich begrüßt. Die Frage, ob entsprechende Datenübermittlungsbefugnisse bereits nach § 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X bestehen, wurde bislang unterschiedlich beurteilt. Häufig wurde eine Datenübermittlung aber ausgerechnet unter Heranziehung der Gesetzesbegründung zu § 81a Abs. 3 SGB V verwehrt. Für die zwingend notwendige Datenübermittlung wird jetzt eine klare Rechtsgrundlage geschaffen. Damit wird die kassenarten- und organisationsübergreifende Zusammenarbeit maßgeblich gefördert.

Missverständlich ist allerdings Satz 2 der geplanten Änderung, wonach der Empfänger die personenbezogenen Daten nur zu dem Zweck verarbeiten und nutzen darf, „zu dem sie ihm übermittelt worden sind“. Dieser Zweck muss explizit genannt werden. Insoweit wird ein Änderungsvorschlag (C.) unterbreitet.

C) Änderungsvorschlag

Der Absatz 3a Satz 2 wird jeweils wie folgt formuliert:

„Der Empfänger darf diese nur *zum Zweck der Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1* verarbeiten und nutzen, zu dem sie ihm übermittelt worden sind.“



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung BT- Drs. – 17/(14)0190(neu)

Änderungsantrag 18

Zu Artikel 1 Nummer 22 (§ 87 SGB V – EBM):

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Die vorgesehenen Änderungen in § 87 SGB V dienen der Rechtsbereinigung und sind teilweise Folgeänderungen.

B) Stellungnahme

ad a)

Der einheitliche Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen wurde mit Wirkung zum 01.01.2004 im Sinne des Gesetzgebers überarbeitet, so dass die Streichung der gesetzlichen Regelung in § 87 Absatz 2h Satz 4 und 5 sinnvoll ist.

ad b), d), e)

Redaktionelle Änderungen und Folgeänderungen aus gesetzlichen Neuregelungen.

ad c)

Die vorgesehene Streichung abgelaufener Fristen im Zusammenhang mit der Errichtung des Instituts des Bewertungsausschusses führt dazu, dass im Gesetz Regelungen verbleiben, die ohne den bisherigen Zeitbezug missverständlich sind oder inhaltlich eine andere Bedeutung erhalten. Da diese Folgerungen möglicherweise nicht beabsichtigt sind, wird empfohlen, die vollständige Streichung der betreffenden Sätze vorzunehmen.

C) Änderungsvorschlag

ad c) Die Sätze 3 bis 7 werden aufgehoben.

Folgender Satz wird angefügt:

„Sofern das Institut seine Ausgaben nicht in dem vorgesehenen Umfang oder nicht entsprechend den geltenden Vorschriften erfüllt oder wenn es aufgelöst wird, kann das Bundesministerium für Gesundheit eine oder mehrere der in Satz 2 genannte Organisationen oder einen Dritten mit der Aufgabe nach Satz 1 beauftragen.“



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung BT- Drs. – 17/(14)0190(neu)

Änderungsantrag 19

Zu Artikel 1 Nummer 27 (§ 90 SGB V –Zusammensetzung der Landesausschüsse)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Besetzung der Landesausschüsse soll durch die Neufassung des § 90 Abs. 2 Satz 1 den tatsächlichen Versichertenzahlen stärker angenähert werden. Darüber hinaus wird bewirkt, dass die bisher in den Landesausschüssen nicht vertretene Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See zukünftig mit den landwirtschaftlichen Krankenkassen einen gemeinsamen Vertreter stellt.

B) Stellungnahme

Mit dieser Änderung werden die aktuellen Marktanteile der Kassenarten bei der Anpassung der Besetzung der Landesausschüsse berücksichtigt. Darüber hinaus ist die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See in den Landesausschüssen zu beteiligen. Die Begründung für den vorgesehenen gemeinsamen Sitz mit den landwirtschaftlichen Krankenkassen ist allerdings nicht zielführend. Eine Analogie mit den Regelungen zur Selbstverwaltung in § 217c SGB V, wie sie in der Begründung des Änderungsantrages formuliert wird, sollte nicht gezogen werden, da sich die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und die landwirtschaftlichen Krankenkassen im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes zwei Sitze teilen, so dass beide Kassen eigenständig mit jeweils einem Selbstverwalter vertreten sind. Im Übrigen handelt es sich bei § 90 SGB V um Regelungen aus dem operativen Krankenkassengeschäft, während der § 217c die Zusammensetzung der Selbstverwaltung regelt. Ergänzend ist anzumerken, dass ca. 90 % der Versicherten der landwirtschaftlichen Krankenkassen im ländlichen Raum wohnen und dort auch medizinisch versorgt werden müssen. Gerade vor dem Hintergrund, dass es Ziel des Versorgungsstrukturgesetzes ist, eine Versorgung auch im ländlichen Bereich zukünftig sicherzustellen, ist es erforderlich, dass sowohl die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als auch die landwirtschaftlichen Krankenkassen jeweils einen Sitz in den entsprechenden Gremien erhalten.

C) Änderungsvorschlag

In § 90 Abs. 2 Satz 1 sollten nach den Wörtern „der Innungskrankenkassen“ die Wörter „ , der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“ eingefügt werden. Die Anzahl der Vertreter der Ärzte ist entsprechend anzupassen.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung BT- Drs. – 17/(14)0190(neu)

Änderungsantrag 20

Zu Artikel 1 Nummer 29 (§91 SGB V (Übergangsregelung bis zum Vorliegen der Verfahrensordnungsregelungen für die Bürokratiekostenschätzung))

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Übergangsregelung wird der zeitliche Ablauf bis zum Beginn der Bürokratiekostenermittlung im G-BA klarstellend beschrieben und festgelegt. Die entsprechenden und bis zum 30. Juni 2012 zu erstellenden Verfahrensordnungsregelungen können erst nach Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit in Kraft treten. Erst dann, d.h. spätestens zum 01. September 2012, kann der G-BA die verpflichtende Bürokratiekostenermittlung für seine Beschlüsse durchführen.

B) Stellungnahme

Die Übergangsregelung wird begrüßt. Die Klarstellung unterstützt die Trägerorganisationen, die Beratung der erforderlichen Verfahrensordnungsregelungen und die Einführung der Bürokratiekostenermittlung im G-BA zeitgerecht vorbereiten zu können.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung BT- Drs. – 17/(14)0190(neu)

Änderungsantrag 21

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)

A) Beabsichtigte Neuregelung

- a) Die Regelung zum erstmaligen Beschluss für die Psychotherapie-Richtlinien zum 31.12.1998 wird gestrichen.
- b) redaktionell
- c) Die Strahlenschutzkommission erhält Gelegenheit zur Stellungnahme bei Richtlinienentscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Methoden, bei denen radioaktive Stoffe oder ionisierende Strahlung am Menschen angewandt werden.

B) Stellungnahme

- a) Die Regelung hat sich durch Zeitablauf erledigt und kann deshalb im Zuge der Rechtsbereinigung aufgehoben werden.
- c) Vor dem Hintergrund, dass auch den wissenschaftlichen Fachgesellschaften und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Medizinproduktehersteller ein Stellungnahmerecht eingeräumt werden soll, ist die Aufnahme der Strahlenschutzkommission in die Liste der Stellungnahmeberechtigten bei entsprechenden Sachverhalten konsequent.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung BT- Drs. – 17/(14)0190(neu)

Änderungsantrag 22

Zu Artikel 1 Nummer 31 (§ 95 SGB V – gemeinnützige Träger von MVZ / Rechtsbereinigung verschiedener Zulassungsregelungen):

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Die Änderung von § 95 Abs. 1a SGB V bestimmt, dass gemeinnützige Einrichtungen, die nichtärztliche Dialyseleistungen aufgrund von Verträgen erbringen, ebenso zur Gründung eines MVZ berechtigt bleiben wie zugelassene Einrichtungen.

B) Stellungnahme

Der Berücksichtigung von gemeinnützigen Trägern, die mit der vertragsärztlichen Versorgung eng verbundene nichtärztliche Dialyseleistungen erbringen, ist aufgrund der bestehenden Besonderheiten bei der Erbringung von Dialyseleistungen gerechtfertigt und zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung BT- Drs. – 17/(14)0190(neu)

Änderungsantrag 23

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung bezieht Einrichtungen nach § 105 Absatz 5 in die Pflicht zur fachlichen Fortbildung mit ein.

B) Stellungnahme

Der Änderungsantrag wird befürwortet.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung BT- Drs. – 17/(14)0190(neu)

Änderungsantrag 24

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

A) Beabsichtigte Neuregelungen

§ 103 SGB V stellt klar, dass das Vorkaufsrecht der Kassenärztlichen Vereinigungen im Nachbesetzungsverfahren durch den Vorstand eigenverantwortlich auszuüben ist.

B) Stellungnahme

Ein dezidiert ausgestaltetes, vom Vorstand auszuübendes Vorkaufsrecht der Kassenärztlichen Vereinigungen ist zu begrüßen, da es die Möglichkeit in sich birgt, Überversorgung in gesperrten Planungsbereichen abzubauen. Inwieweit von dieser Vorschrift Gebrauch gemacht werden wird, erscheint allerdings fraglich, da die Ausübung des Vorkaufsrechts allein im Ermessen der Kassenärztlichen Vereinigungen steht. Bislang gibt es keine inhaltlichen Vorgaben, an denen sich die Entscheidung, das Vorkaufsrecht auszuüben, orientieren könnte. Zudem dürfte das Interesse der Ärzteschaft, kurzfristig Honorargelder für den Praxisaufkauf bereitzustellen, aufgrund des eher langfristigen Nutzens nur begrenzt vorhanden sein. Ohne bindende Regelungen dazu, wann ein Praxisaufkauf zu erfolgen hat, besteht die Gefahr, dass die Regelung ins Leere läuft.

Deshalb sind in den Bedarfsplanungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bindende Regelungen zu treffen, die eine Konkretisierung der Fälle zulassen, in denen von dem Vorkaufsrecht durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zwingend Gebrauch zu machen ist. Dabei können neben dem Grad der Überversorgung auch weitere objektive Kriterien wie z. B. die Altersstruktur der verbleibenden Ärzte oder die Versorgungsdichte von Arztgruppen mit überschneidendem Versorgungsauftrag berücksichtigt werden.

C) Änderungsvorschlag

In § 101 Abs. 1 S. 1 wird nach der Nummer 5. wie folgt ergänzt: „6. Voraussetzungen, unter denen das Vorkaufsrecht nach § 103 Abs. 4c durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zwingend auszuüben ist.“



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung BT- Drs. – 17/(14)0190(neu)

Änderungsantrag 25

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

A) Beabsichtigte Änderungen

Mit den Neuregelungen in § 111c werden die Krankenkassen und Ersatzkassen verpflichtet, über ihre Landesverbände bzw. Landesvertretungen (Ersatzkassen) einheitliche Versorgungsverträge über die Durchführung ambulanter Rehabilitationsleistungen abzuschließen. Der Änderungsantrag zielt darauf ab, diese Regelungen weitergehend als bisher vorgesehen, an die für den Abschluss von Versorgungsverträgen mit stationären Rehabilitationseinrichtungen geltenden Regelungen nach § 111 SGB V anzulehnen. So soll insbesondere klargestellt werden, dass die Verträge von den Landesverbänden der Krankenkassen gemeinsam mit den Ersatzkassen geschlossen werden müssen und die Versorgungsverträge mit ambulanten Rehabilitationseinrichtungen mit einer Frist von einem Jahr gekündigt werden können. Zudem soll über eine Bestandsschutzregelung für die bereits zugelassenen Einrichtungen der bürokratische Aufwand für die Umsetzung der neuen gesetzlichen Regelung reduziert werden.

B) Stellungnahme

Die mit dem Änderungsantrag beabsichtigten Klarstellungen und Ergänzungen insbesondere zur Kündigungs- sowie zur Bestandsschutzregelung sind grundsätzlich zielführend. Für die beabsichtigte Ergänzung in § 111c Absatz 2, wonach „mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde Einvernehmen über Abschluss und Kündigung des Versorgungsvertrages anzustreben ist“, gibt es jedoch im Hinblick darauf, dass hier der Abschluss von Versorgungsverträgen mit ambulanten Rehabilitationseinrichtungen geregelt wird, keinerlei sachliche Begründung bzw. Notwendigkeit. Auf die Ergänzung dieser Regelung sollte verzichtet werden.

Im Hinblick darauf, dass die gleichlautende Vorschrift im § 111 Abs. 4 Satz 3 für den Bereich der Versorgungsverträge mit stationären Vorsorge- und Rehaeinrichtungen in der Praxis keine Bedeutung hat, sollte diese gestrichen werden

C) Änderungsvorschlag

In Buchstabe b) des Änderungsantrags wird der Satz „Mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde ist Einvernehmen über Abschluss und Kündigung des Versorgungsvertrages anzustreben“ ersatzlos gestrichen. Satz 3 des § 111 Abs. 4 SGB V wird ersatzlos gestrichen.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung BT- Drs. – 17/(14)0190(neu)

Änderungsantrag 26

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

A) Beabsichtigte Neuregelungen

§ 119b SGB V regelt die Genehmigung der Anstellung von Ärzten in stationären Pflegeeinrichtungen.

B) Stellungnahme

Die Änderung sieht vor, dass die Anstellung von Ärztinnen und Ärzten in Pflegeeinrichtungen auch der Genehmigung des Zulassungsausschusses bedarf. Die Genehmigung ist zeitnah zu erteilen. Dieser Regelung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung BT- Drs. – 17/(14)0190(neu)

Änderungsantrag 29

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

A) Vorgeschlagene Änderung

Um mögliche Überschneidungen mit dem Auftrag des GKV-Spitzenverbandes zur Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses auszuschließen, soll klargestellt werden, dass die Regelungen zur Qualität der Versorgung, die im Hilfsmittelverzeichnis zu treffen sind, nicht Gegenstand der Rahmenempfehlungen zu den Abrechnungsmodalitäten sind.

B) Stellungnahme

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sind die bestehenden gesetzlichen Regelungen ausreichend (siehe hierzu auch die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Gesetzentwurf eines GKV-VStG). Mit Blick auf § 139 Abs. 2 SGB V wurde in dem Entwurf deutlich gemacht, dass bereits entsprechende gesetzliche Regelungen zur Qualität der Hilfsmittelversorgung getroffen sind.

Vor diesem Hintergrund wird der Änderungsantrag insofern begrüßt, da er den Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, im Hilfsmittelverzeichnis Regelungen zur Qualität der Versorgung zu treffen, in Zusammenhang mit der beabsichtigten Neuregelung einer Rahmenempfehlung zu Abrechnungsmodalitäten – die nach wie vor abgelehnt wird –, klar stellt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung BT- Drs. – 17/(14)0190(neu)

Änderungsantrag 30

Zu Artikel 1 Nummer 50a – neu – (§ 135 SGB V – Qualitätssicherungsanforderungen der Bundesmantelvertragspartner bei Untersuchungs- und Behandlungsmethoden)

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Mit der Neuregelung des § 135 Abs. 2 SGB V erhalten die Vertragspartner der Bundesmantelverträge die Möglichkeit über Strukturqualitätsanforderungen hinaus auch Vorgaben zur Prozess- und Ergebnisqualität zu vereinbaren. Die nach § 140g SGB V anerkannten Organisationen erhalten ein Beteiligungsrecht bei den Vereinbarungen der Bundesmantelvertragspartner.

B) Stellungnahme

Der mit der vorgeschlagenen Änderung beabsichtigte Erweiterung des Regelungsbereichs von Maßnahmen der Qualitätssicherung über die Strukturqualität hinaus auf weitere Aspekte von Versorgungsqualität wird ausdrücklich zugestimmt.

Die vorgesehene Beteiligung von sachkundigen Vertretern der Interessen von Patientinnen und Patienten an der Beratung zu Vereinbarungen zur Qualitätssicherung wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung BT- Drs. – 17/(14)0190(neu)

Änderungsantrag 31

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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 (siehe Begründung zum Änderungsantrag zu § 299).

B) Stellungnahme

Die Bündelung der Befugnisse und Pflichten der Leistungserbringer und Krankenkassen zur Datenerhebung, –verarbeitung und –nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung nunmehr in § 299 wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung BT- Drs. – 17/(14)0190(neu)

Änderungsantrag 32

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)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neu eingefügten Satz sollen dem Bundesversicherungsamt (BVA) sowie den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ein Stellungnahmerecht eingeräumt werden. Dem BVA als zuständiger Behörde für die Zulassung der Programme nach § 137g SGB V wurde dieses Recht bislang im Rahmen der Anhörung zur Umsetzung der G-BA-Empfehlungen vom BMG eingeräumt.

B) Stellungnahme

Die Einbeziehung des BVA in das Stellungnahmeverfahren bei den Richtlinien des G-BA zu DMP wird begrüßt. Es wird darauf hingewiesen, dass die Beteiligung von konsentierten Fachexperten in den Beratungen zu DMP bisher bereits gewährleistet war.

C) Änderungsvorschlag

Das Stellungnahmerecht der einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ist zu streichen.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung BT- Drs. – 17/(14)0190(neu)

Änderungsantrag 33

Zu Artikel 1 Nummer 58a – neu – (§ 140a SGB V – Integrierte Versorgung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Neuregelung wird klargestellt, dass Managementgesellschaften, die im Rahmen der integrierten Versorgung Vertragspartner der Krankenkassen sind und in diesem Zusammenhang Steuerungsaufgaben übernehmen, dafür erforderliche personenbezogene Daten von Versicherten mit deren Einwilligung erheben, verarbeiten und nutzen dürfen. Um den Schutz des Sozialgeheimnisses sicherzustellen, wird § 35 SGB I explizit für die Vertragspartner nach § 140b Abs. 1 Nr. 4 SGB V als entsprechend anwendbar erklärt.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung zur Verwendung personenbezogener Daten von Versicherten aus der gemeinsamen Dokumentation nach § 140b Abs. 3 SGB V durch Managementgesellschaften ist folgerichtig. Die Regelung stellt sicher, dass mit Steuerungsaufgaben beauftragte Vertragspartner nach § 140b Abs. 1 Nr. 4 SGB V nur nach vorheriger Einwilligung des Versicherten entsprechende Daten im Rahmen der integrierten Versorgung erheben, verarbeiten und nutzen können. Hierbei ist gemäß § 35 SGB I das Sozialgeheimnis zu wahren.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung BT- Drs. – 17/(14)0190(neu)

Änderungsantrag 34

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Änderung führt zur Streichung aller Regelungen in § 140d SGB V, die mit der in den Jahren 2004 bis 2008 erfolgten Anschubfinanzierung zur integrierten Versorgung in Verbindung stehen.

B) Stellungnahme

Nach Ablauf der Anschubfinanzierung sind die Regelungen diesbezüglich entbehrlich. Hinsichtlich der vorgeschlagenen Streichungen bestehen keine Bedenken. Die aus dem Beauftragungsvertrag zur Registrierungsstelle nach § 140d SGB V vom 27.07.2009 resultierenden Verpflichtungen gelten hinsichtlich der Archivierung bis zum 31.12.2015 fort.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung BT- Drs. – 17/(14)0190(neu)

Änderungsantrag 36

Zu Artikel 1 Nummer 64a – neu – (§ 197a SGB V – Befugnisnormen für Datenübermittlungen zwischen den Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen)

Auf die Stellungnahme zu Änderungsantrag 16 wird verwiesen.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung BT- Drs. – 17/(14)0190(neu)

Änderungsantrag 38

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

A) Beabsichtigte Änderung/Neuregelung

Nach der Satzung des GKV-Spitzenverbandes entsendet jede Mitgliedskasse jeweils einen Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber aus ihrem Verwaltungsrat, ihrem ehrenamtlichen Vorstand oder ihrer Vertreterversammlung in die Mitgliederversammlung. In den Absätzen 1 und 3 des § 217b SGB V fehlt bisher die ausdrückliche Nennung des „ehrenamtlichen Vorstandes“, welcher bei den Landwirtschaftlichen Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See gebildet wird. Mit der beabsichtigten Ergänzung wird dies korrigiert.

B) Stellungnahme

Die vorgesehenen Änderungen werden begrüßt. Darüber hinaus wird angeregt, im Absatz 3 Satz 1 – analog zur Regelung über den Verwaltungsrat in Absatz 1 Satz 1 – klarzustellen, dass die Mitgliederversammlung des Spitzenverbandes „als Selbstverwaltungsorgan“ gebildet wird.

C) Änderungsvorschlag

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

- a) unverändert
- b) unverändert
- c) In Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort „wird“ die Wörter „als Selbstverwaltungsorgan“ eingefügt.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung BT- Drs. – 17/(14)0190(neu)

Änderungsantrag 46

Zu Artikel 1 Nummer 75a (§ 267 SGB V – Regelungen zum Risikostrukturausgleich bis 2008)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Gesetzesänderung soll § 267 Absatz 11 im Zuge einer Rechtsbereinigung gestrichen werden.

B) Stellungnahme

Die Änderung hat keinen rechtsbereinigenden Charakter, da hiermit Regelungen zur Durchführung des Korrekturverfahrens für den Alt-RSA entfallen und dieses somit entgegen den Vorgaben des § 3 Abs. 1 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung für die Ausgleichsjahre 2007 und 2008 vorzeitig beendet wird. Da die letztmalige Korrektur eines Jahresausgleichs für das Alt-RSA-Verfahren für den Jahresausgleich 2008 im Jahre 2014 durchgeführt werden wird, sollte § 267 Abs. 11 erst mit Inkrafttreten zum 01.01.2015 gestrichen werden, weil im Herbst 2014 eine letztmalige Korrektur des Jahres 2008 im Schlussausgleich für das Jahr 2013 durchgeführt werden soll. Insbesondere für das Ausgleichsjahr 2008 sind Korrekturen der Versichertenzeiten der einzelnen Krankenkassen aufgrund des erstmals für dieses Berichtsjahr durchgeführten Verfahrens zur Klärung doppelter Versichertenzeiten (RSA-Clearingverfahren) zu erwarten.

C) Änderungsvorschlag

§ 267 Absatz 11 wird mit Wirkung zum 01.01.2015 gestrichen.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung BT- Drs. – 17/(14)0190(neu)

Änderungsantrag 47

Zu Artikel 1 Nummer 75b (§ 268 SGB V – Regelungen zum Risikostrukturausgleich bis 2008)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Gesetzesänderung sollen die in § 268 Absatz 2 Satz 2 bis 6 enthaltenen Vorgaben zur Einführung des Klassifikationsmodells für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich gestrichen werden, da sie sich durch Zeitablauf erledigt haben.

B) Stellungnahme

Die Änderung hat keinen ausschließlich rechtsbereinigenden Charakter, da hiermit die in § 268 Absatz 2 Satz 4 formulierten Regelungen für die Weitergeltung der bis zum 31.12.2008 geltenden Kriterien zur Abgrenzung der Versichertengruppen im Risikostrukturausgleich gestrichen werden. Dies hat insbesondere Auswirkungen auf die Definition von Versichertengruppen für Versicherte mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente sowie die Zuordnung der Versicherten zu Krankengeldversichertengruppen. Da solche Versichertengruppenabgrenzungen im geltenden morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich weiterhin Verwendung finden, kann diese Regelung nicht ersatzlos gestrichen werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 268 Abs. 2 Satz 2 bis 6 bleiben unverändert bestehen.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung BT- Drs. – 17/(14)0190(neu)

Änderungsantrag 48

Zu Artikel 1 Nummer 75c (§ 269 SGB V – Regelungen zum Risikostrukturausgleich bis 2008)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Gesetzesänderung sollen die Regelungen zum Risikopool im Zuge einer Rechtsbereinigung gestrichen werden, da sie sich durch Zeitablauf erledigt haben.

B) Stellungnahme

Die Änderung hat keinen primär rechtsbereinigenden Charakter, da hiermit Regelungen zur Durchführung des Risikopool-Korrekturverfahrens entfallen und dieses somit beendet wird. Eine zeitliche Begrenzung des Risikopool-Korrekturverfahrens ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes grundsätzlich begrüßenswert. Allerdings halten wir es für sinnvoll, das Korrekturverfahren für den Risikopool analog zum Alt-RSA-Korrekturverfahren bis zum Jahre 2014 durchzuführen. Da die letztmalige Korrektur eines Jahresausgleichs für das Alt-RSA-Verfahren für den Jahresausgleich 2008 im Jahr 2014 durchgeführt werden wird, sollte § 269 erst mit Inkrafttreten zum 01.01.2015 gestrichen werden, weil im Herbst 2014 eine letztmalige Korrektur des Jahres 2008 im Schlussausgleich für das Jahr 2013 durchgeführt werden soll.

C) Änderungsvorschlag

§ 269 wird mit Wirkung zum 01.01.2015 gestrichen.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung BT- Drs. – 17/(14)0190(neu)

Änderungsantrag 49

Zu Artikel 1 Nummer 80 (§ 295 SGB V – Abrechnung ambulanter ärztlicher Leistungen) Buchstabe a)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Änderungsantrag sieht vor, dass die Selbstverwaltungspartner nach § 17 b KHG bis spätestens zum 30.04.2012 einen bundeseinheitlichen Katalog für die Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) vereinbaren und die entsprechende Umsetzung hinsichtlich des notwendigen Datenaustausches sicherstellen. Im Falle eines Scheiterns ist eine Schiedsstellenregelung vorgesehen.

B) Stellungnahme

Der GKV-SV begrüßt und unterstützt diesen Änderungsantrag. Unserer Auffassung nach ist eine bundeseinheitliche Leistungsdokumentation eine zwingende Voraussetzung zur Bearbeitung des PIA-Prüfauftrages. Die diesbezüglichen Verhandlungen mit der DKG sind ergebnislos geblieben. Daher ist eine gesetzliche Regelung notwendig. Lediglich bezüglich der zeitlichen Ausgestaltung und Konkretisierung des Prozesses besteht aus unserer Sicht weiterer Anpassungsbedarf. So wäre es aus Sicht des GKV-SV wünschenswert, dass neben dem Einigungsdatum für einen Leistungskatalog auch der Beginn der Dokumentationspflicht eindeutig geregelt ist, um eine weitere Verzögerung des Prozesses durch Terminfragen zu verhindern.

C) Änderungsvorschlag

Als Einigungsdatum für den Leistungskatalog soll der 01.04.2012 und als Termin für den Beginn der Dokumentationspflicht der 01.01.2013 gesetzlich festgeschrieben werden.

Der Änderungsantrag zu Artikel 1 Nummer 80 wird wie folgt geändert:

In Buchstabe a) Doppelbuchstabe cc) werden die Wörter „bis spätestens zum 30. April 2012 einen bundeseinheitlichen Katalog“ ersetzt durch „bis spätestens zum 01. April 2012 einen bundeseinheitlichen Katalog mit Dokumentationsbeginn ab 01.01.2013“



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung BT- Drs. – 17/(14)0190(neu)

Änderungsantrag 50

Zu Artikel 1 Nummer 80a – neu – (§ 299 SGB V – Datenerhebung, –verarbeitung und –nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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.

B) Stellungnahme

Die Bündelung der Befugnisse und Pflichten der Leistungserbringer und Krankenkassen zur Datenerhebung, –verarbeitung und –nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung in § 299 wird vollständig und unverändert begrüßt. Erstmals werden Krankenkassen gesetzlich legitimiert und verpflichtet, Daten für die Zwecke der Qualitätssicherung zu übermitteln. Damit wird die Möglichkeit für die Qualitätssicherungsverfahren des G-BA geschaffen, auf Versichertenstamm- und Abrechnungsdaten der Krankenkassen zurückzugreifen, soweit diese Rückschlüsse auf die Qualität der Leistungserbringung ermöglichen (z.B. Abrechnungsdaten zu Komplikationen einer Behandlung). Hiermit ist sowohl eine höhere Zuverlässigkeit als auch eine Aufwandsreduktion der Datenerfassung bei den Leistungserbringern zu erwarten. Die vorgesehene Abgleichfunktion der Krankenversicherernummern ist sinnvoll und notwendig. Anders als hier vorgesehen sollte die Kann-Bestimmung zur Abgleichfunktion der Krankenversicherernummer jedoch in eine Muss-Bestimmung mit Befristung umgewandelt werden, um eine zeitnahe Umsetzung dieser Übergangsregelung zu gewährleisten.

C) Änderungsvorschlag

Buchstabe d) (Änderungen fett hervorgehoben)

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 Krankenversicherernummer und ist in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss vorgesehen, dass die Pseudonymisierung auf der Grundlage der Krankenversicherernummer nach § 290 Absatz 1 Satz 2 erfolgen soll, ~~kann~~ **muss** der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien **bis zum 30.06.2012** ein Übergangsverfahren regeln, das einen Abgleich der für einen Versicherten vorhandenen Krankenversicherernummern ermöglicht. [...]



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung BT- Drs. – 17/(14)0190(neu)

Änderungsantrag 52

Zu Artikel 1 Nr. 83b – neu – (§ 305b SGB V – Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse)

A) Beabsichtigte Änderung/Neuregelung

Mit der Gesetzesänderung sollen die Publikationspflichten der Krankenkassen zu ihrer Finanz- und Vermögenssituation sowie zur Mitgliederentwicklung erweitert werden. Die Krankenkassen sollen künftig jeweils zum 1. September eines Jahres die Jahresrechnungsergebnisse des Vorjahres im Internet veröffentlichen und dabei Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Ausgaben sowie zur Vermögenssituation gesondert ausweisen. Der GKV-Spitzenverband soll seinerseits verpflichtet werden, die von den Krankenkassen gemeldeten Jahresrechnungsergebnisse (KJ 1) ebenfalls im Internet zu veröffentlichen und diese mit den entsprechenden Internet-Veröffentlichungen der Krankenkassen zu verlinken.

B) Stellungnahme

Es ist zu begrüßen, dass der Gesetzgeber die Versicherten bei der Wahl ihrer Krankenkasse unterstützen will. Durch Erhöhung der Transparenz über Rechnungsergebnisse der Krankenkassen kann grundsätzlich die Konsumentensouveränität gestärkt werden.

Bereits jetzt ist Transparenz in der gesetzlichen Krankenversicherung gelebte Praxis: Entsprechend der Vorgaben des Sozialgesetzbuches (§ 305b SGB V in Verbindung mit § 77 Abs. 1a SGB IV, § 35a Abs. 6 SGB IV) informieren die Krankenkassen über die Verwendung ihrer Mittel und über die Vergütung ihrer Vorstandsmitglieder, vielfach auch über die Vermögens-, Finanz- und Ertragslage.

Der Gesetzgeber hat zudem vielfältige Regelungen geschaffen, die die Versicherten unabhängig von der Finanzlage ihrer Krankenkasse schützen:

- Bei Erhebung oder Erhöhung eines Zusatzbeitrags sind die Mitglieder dieser Krankenkasse durch das Sonderkündigungsrecht nach § 242 Abs. 1 Satz 3 SGB V vor einer finanziellen Belastung wirksam geschützt.
- Für die Versorgung der Versicherten besteht auch bei schlechter Finanzlage keinerlei Gefahr: Nach § 155 Abs. 4 und 5 SGB V sind im Schließungsfall alle Ansprüche der Versicherten (nach § 171d Abs. 5 SGB V auch im Insolvenzfall) vollumfänglich



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung BT- Drs. – 17/(14)0190(neu)

durch die Haftung der übrigen Krankenkassen der Kassenart gesichert. Dies gilt gleichermaßen auch für die Forderungen der Leistungserbringer.

- Bei einer Kassenschließung besteht ab dem ersten Tag nach der Schließung ein Leistungsanspruch gegenüber der neu gewählten Krankenkasse.

Jede Veröffentlichungspflicht hat die Interessen der Versicherten in den Mittelpunkt zu stellen. Informationen auf Grundlage der Jahresrechnungsergebnisse und Vermögensstand können die Transparenz stärken. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Jahresrechnungsergebnisse allein selbst dem professionellen Leser keine hinreichende Information über die Wirtschaftlichkeit einer Krankenkasse liefert: Weder der Überschuss der Einnahmen oder der Ausgaben, also Gewinn und Verlust, noch die Höhe des Vermögens allein sind hinreichende Grundlagen, um festzustellen, ob eine Krankenkasse „gesünder“ ist als eine andere. Es drohen im Gegenteil Fehlinterpretationen hinsichtlich der tatsächlichen Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse. Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung beschreiben die Daten zudem eine Situation, die bereits über ein dreiviertel Jahr zurückliegt. In der Zwischenzeit eingetretene Veränderungen finden bei der Beurteilung keine Berücksichtigung. Zugleich droht eine Berichtspflicht allein auf Grundlage von Jahresergebnis und Vermögensstand zur Folge zu haben, dass Mitglieder von Krankenkassen mit vermeintlich schlechter Finanzlage kündigen, wodurch sich die finanzielle Situation so weit verschärft, dass Maßnahmen wie Konsolidierung oder Rettungsvereinigung nicht mehr rechtzeitig greifen können. Die Intention des Gesetzgebers, der Rettung den Vorzug vor der Abwicklung zu geben, wird so unterlaufen.

Sinnvoller als eine rein auf Jahresergebnis, Vermögensstand und Mitgliederentwicklung basierende Informationspflicht ist eine Stärkung der Transparenz über aussagefähige Informationen, z. B. mit Blick auf das Leistungsangebot und den Service der gesetzlichen Krankenkassen. Dagegen stiftet eine vollständige Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse (KJ 1) durch den GKV-Spitzenverband den Versicherten keinen nachvollziehbaren Nutzen. Die Detailfülle einer vollständigen Jahresrechnung – im Rahmen der KJ 1 hat jede Krankenkasse Daten zu über 600 Positionen zu melden – wird weniger zur Transparenz als zur Überforderung der Versicherten beitragen. Hierauf sollte verzichtet werden. Sofern der Gesetzgeber an der vorgesehenen Regelung festhält, sollte eine Veröffentlichung der Rechnungsergebnisse des Vorjahres nicht zum 1.9. erfolgen. Nach Vorlage der Jahresrechnung kann sich die finanzielle Situation einer Krankenkasse durch die spätere Schlussabrechnung des Bun-



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung BT- Drs. – 17/(14)0190(neu)

desversicherungsamtes verändern, so dass ergänzend zu den Ergebnissen der Jahresrechnung der Betrag auszuweisen wäre, um den die im Bescheid festgestellte Höhe der Zuweisungen von der Jahresrechnung abweicht. Bei Beibehaltung der vorgesehenen Regelung des Änderungsantrags müsste daher der Zeitpunkt auf "spätestens 4 Wochen nach Eingang der Schlussrechnung des Bundesversicherungsamtes" geändert werden.

Im Hinblick auf den Haftungsverbund (Kassenart bzw. GKV insgesamt) sind im Gesetzentwurf weitere Regelungen zur Herstellung von mehr Transparenz geplant. Eine weitere Verbesserung ist möglich, wenn – wie parallel mit Änderungsantrag Nr. 55 der Fraktionen von CDU/CSU und FDP – die Krankenkassen verpflichtet werden, die Prüfung ihrer Jahresrechnung durch externe Prüfer zu veranlassen (vgl. Stellungnahme zu Änderungsantrag Nr. 55).

C) Änderungsvorschlag

Der Gesetzgeber stärkt die Wahlentscheidung der GKV-Mitglieder durch Informationen über den wirtschaftlichen Mitteleinsatz, das Leistungsangebot und den Service der gesetzlichen Krankenkassen. Die Regelung zur Veröffentlichung der vollständigen Jahresrechnungsergebnisse (KJ 1) durch den GKV-Spitzenverband wird gestrichen.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung BT- Drs. – 17/(14)0190(neu)

Änderungsantrag 53

Zu Artikel 1 Nummer 83c –neu– (§ 313a SGB V – Regelungen zum Risikostrukturausgleich bis 2007)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Gesetzesänderung sollen Regelungen zur Durchführung des Risikostrukturausgleiches bis zum Jahre 2007 im Zuge einer Rechtsbereinigung gestrichen werden, da sie sich durch Zeitablauf erledigt haben.

B) Stellungnahme

Die Änderung hat keinen primär rechtsbereinigenden Charakter, da hiermit Regelungen zur Durchführung des Alt-RSA-Korrekturverfahrens entfallen und dieses somit beendet wird. Da zumindest für die Korrektur des Jahres 2006 noch rechtskreisgetrennte Verhältniswerte benötigt werden, sollte auch der § 313a SGB V vorerst bestehen bleiben. Eine Aufhebung des § 313a SGB V sollte erst mit Inkrafttreten zum 01.01.2014 erfolgen, weil im Herbst 2013 eine letztmalige Korrektur des Jahres 2007 im Schlussausgleich für das Jahr 2012 durchgeführt werden soll.

C) Änderungsvorschlag

§ 313a wird mit Wirkung zum 01.01.2014 aufgehoben.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung BT- Drs. – 17/(14)0190(neu)

Änderungsantrag 54

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung sieht vor, dass neben den §§ 28b Absatz 1, 28c, 28e RSAV auch die §§ 28d und 28f in die Regelung einbezogen werden, nach der die in der RSAV geregelten Anforderungen an die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) solange weiter gelten, bis der Gemeinsame Bundesausschuss von der übertragenen Regelungskompetenz nach § 137f Absatz 2 SGB V Gebrauch macht.

B) Stellungnahme

Es handelt sich bei der Änderung um eine vervollständigende Klarstellung. Die vom GKV-SV in seiner Stellungnahme geforderte klare Übergangsregelung bezüglich der Überleitung bereits vorliegender Empfehlungen zu strukturierten Behandlungsprogrammen in Richtlinien wird nicht berücksichtigt.

C) Änderungsvorschlag

§ 321 – neu – wird um folgenden Satz ergänzt:

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



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung BT- Drs. – 17/(14)0190(neu)

Änderungsantrag 55

Zu Artikel 2 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

A) Beabsichtigte Änderung/Neuregelung

- ad 1.) Die Änderung entspricht unverändert dem Wortlaut des Gesetzesentwurfs.
- ad 2.) Es wird vorgegeben, dass die Jahresrechnung einer Krankenkasse künftig von einem Wirtschaftsprüfer oder einem vereidigten Buchprüfer zu prüfen und zu testieren ist.

B) Stellungnahme

- ad 1.) Auf die Stellungnahme zu Artikel 2 des Gesetzentwurfs wird verwiesen.
- ad 2.) Die vorgesehene Änderung entspricht in etwa einer vom GKV-Spitzenverband zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Durchführung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV-Durchführungsgesetz) vorgeschlagenen Regelung. Danach sollte die Prüfung der Jahresrechnung verpflichtend durch „externe Prüfer“ erfolgen. Eine solche Regelung würde den Krankenkassen auch die Möglichkeit einräumen, mit der Prüfung – neben Wirtschafts- und Buchprüfern – die qualifizierten und unabhängigen Prüfdienste nach § 274 SGB V zu beauftragen. Dies sollte insbesondere mit Blick auf den Grundsatz der Sparsamkeit auch weiterhin möglich sein.

C) Änderungsvorschlag

Im Änderungsantrag 55 zu Artikel 2 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch) wird die Nr. 1 ersatzlos gestrichen; die bisherige Nr. 2 wird wie folgt gefasst:

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

„Die Jahresrechnung ist von einem Wirtschaftsprüfer oder einem vereidigten Buchprüfer oder der für die Krankenkasse zuständigen Prüfbehörde nach § 274 SGB V zu prüfen und zu testieren. Ein Wirtschaftsprüfer oder ein vereidigter Buchprüfer ist von der Prüfung ausgeschlossen, wenn er in den letzten fünf aufeinanderfolgenden Jahren ohne Unterbrechung die Prüfung durchgeführt hat.“



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung BT- Drs. – 17/(14)0190(neu)

Änderungsantrag 57

Zu Artikel 11 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung – Folgeänderungen in § 3 und Klarstellung in § 28d)

Zu a): der Nummer 1 wird eine neue Nummer 1 vorangestellt

Änderung des § 3 Absatz 3 Satz 8 RSAV

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung folgt aus den beabsichtigten Neuregelungen des GKV-VStG, nach denen zukünftig sowohl das Erfordernis der Wiederezulassung der Programme entfällt, als auch die Anlagen zur RSAV aufgehoben werden.

B) Stellungnahme

Es handelt sich hierbei um Folgeänderungen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu b): Neunummerierung in Artikel 11

A) Beabsichtigte Neuregelung

Neunummerierung der bisherigen Nummern 1 bis 9

B) Stellungnahme

Es handelt sich hierbei um eine Folgeänderung aufgrund der Änderungen des Artikels 11 Buchstabe a).

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu c) die bisherige Nummer 2 Buchstabe b wird angepasst

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung hat zur Folge, dass die Erstellung der Erstdokumentation weiterhin Voraussetzung für die Einschreibung eines Versicherten in ein DMP ist.

B) Stellungnahme

Die Beibehaltung der Erstdokumentation als Voraussetzung für die Einschreibung eines Versicherten in ein DMP wurde vom GKV-Spitzenver-



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung BT- Drs. - 17/(14)0190(neu)

band in seiner Stellungnahme zum Entwurf eines GKV-VStG gefordert
und wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag
Keiner.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung BT- Drs. – 17/(14)0190(neu)

Änderungsantrag 59

Zu Artikel 12 (Inkrafttreten) Buchstabe a)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Änderungsantrag sieht vor, dass die Änderungen des § 295 Abs. 1 b SGB V, die auf die Gewährleistung einer bundeseinheitlichen Leistungsdokumentation psychiatrischer Institutsambulanzen abzielen, bereits mit dem Tag der 3. Lesung in Kraft treten.

B) Stellungnahme

Das vorgezogene Inkrafttreten der Änderung des § 295 Abs. 1 b SGB V ermöglicht einen frühzeitigen Beginn der vorbereitenden Maßnahmen zur Einführung einer bundeseinheitlichen Leistungsdokumentation psychiatrischer Institutsambulanzen und wird vom GKV-SV begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung BT- Drs. – 17/(14)0190(neu)

Änderungsantrag 59

Zu Artikel 12 (Inkrafttreten) Buchstabe b)

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Der neue § 305b SGB V über die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse der Krankenkassen soll ab dem Jahr 2014, d. h. erstmals für die Veröffentlichung der Rechnungsergebnisse des Jahres 2013, gelten.

B) Stellungnahme

Die spezielle Inkrafttretensregelung ist sachgerecht. Das spätere Inkrafttreten der erweiterten Veröffentlichungspflichten ist notwendig, da die Krankenkassen erst nach Inkrafttreten der zu ändernden Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung mit den Vorbereitungsarbeiten für ihre Veröffentlichungen beginnen können.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

