



Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes  
zum  
Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung  
des Versorgungsstrukturen in der  
gesetzlichen Krankenversicherung  
(GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG)  
BT-Drs. 17/6906 vom 05.09.2011  
  
einschließlich Änderungsanträge  
AfG-Drs. Nr. 17 (14)0190(neu) vom 04.10.2011  
und AfG-Drs. Nr.17 (14)0192 vom 10.10.2011

sowie

Antrag Die Linke: " Die Wirksamere Bedarfsplanung zur Sicherung einer wohnortnahen und bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung" BT-Drs. 17/3215 vom 6.10.2010

Antrag Bündnis 90/Die Grünen: „Wirksame Strukturreformen für eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung auf den Weg bringen“ BT-Drs. 17/7190 vom 28.9.2011

Stand 13.10.2011

AOK-Bundesverband  
Rosenthaler Straße 31  
10178 Berlin

Tel. 030/ 3 46 46 - 2299  
Fax 030/ 3 46 46 - 2322

**Deutscher Bundestag**  
Ausschuss f. Gesundheit  
  
Ausschussdrucksache  
17(14)0188(45)  
gel. VB zur öAnhörung am 19.10.  
11\_VStG  
13.10.2011





## INHALTSVERZEICHNIS:

	Seite
<b>I. Zusammenfassende Vorbemerkung</b>	3
<b>II. Zu den Regelungen des Kabinettsentwurfs</b>	
Änderung Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	10
Änderung Artikel 3	136
Änderung Artikel 4 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	138
Änderung Artikel 6 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	139
Änderung Artikel 7 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	140
Änderung Artikel 8 Änderung der Bundespflegesatzverordnung	142
Änderung Artikel 9 Änderung der Zulassungsverordnung Vertragsärzte	143
Änderung Artikel 10 Änderung der Zulassungsverordnung Vertragszahnärzte	159
Änderung Artikel 11 Änderung der Risikostruktur-Ausgleichverordnung	176
Änderung Artikel 12 Inkrafttreten, Außerkrafttreten	178
<b>III. Zu den Änderungsanträgen</b>	179
<b>IV. Weiterer Regelungsbedarf aus Sicht des AOK-BV</b>	
Optimierung Fallmanagement – Klarstellung datenschutzrechtlicher Befugnisse in § 284 Abs.1 Satz 1 SGB V und in § 94 Abs.1 SGB XI	224
Umsatzsteuerbefreiung von Leistungen der Gemeinschaften der Sozialversicherungsträger an ihre Mitglieder	229
Notwendige gesetzliche Klarstellung für die Beschaffung von Sprechstundenbedarf	232
Ergänzung der Vorgaben für Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung der Krankenhausbehandlung	235
<b>V. Zu den Anträgen der Fraktionen Bündnis 90/Die Grünen und Die Linke</b>	236



## I. ZUSAMMENFASSENDE VORBEMERKUNG

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung sollen Weichenstellungen in den Versorgungsstrukturen erfolgen, damit das deutsche Gesundheitswesen auch in Zukunft allen Menschen eine hochwertige, bedarfsgerechte und wohnortnahe medizinische Versorgung gewährleisten kann.

Daher zielt das Gesetz darauf ab:

- auch künftig eine flächendeckende und wohnortnahe medizinische Versorgung zu gewährleisten,
- das System der vertragsärztlichen Vergütung durch Zurücknahme zentraler Vorgaben zu flexibilisieren und zu regionalisieren,
- die Verzahnung der Leistungssektoren zu verbessern,
- einen schnelleren Zugang zu Innovationen sicherzustellen und
- mit einer Stärkung wettbewerblicher Instrumente Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung weiter zu erhöhen.

Die Umsetzung dieser Ziele soll nach Aussage der Bundesregierung mit nur geringfügigen Mehrausgaben für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) verbunden sein (insbesondere für die Förderung der ärztlichen Niederlassung in unterversorgten Regionen rd. 200 Mio. Euro sowie für die zahnärztliche Versorgung rund 120 Mio. Euro ab 2013). Darüber hinaus wird immer wieder darauf verwiesen, dass mögliche Mehrausgaben im ambulanten Sektor durch Einsparungen im stationären Bereich kompensiert werden können. Vor allem bei der Reform der vertragsärztlichen Vergütungssystematik sollen nach den Aussagen der Bundesregierung keine Mehrausgaben entstehen.

### Maßnahmen gehen am Ziel vorbei

Die Maßnahmen des vorliegenden Gesetzentwurfs lassen jedoch erhebliche Zweifel daran aufkommen, ob mit ihnen das Ziel einer „Ausgabeneutralität“ tatsächlich erreicht werden kann. Statt zur Verbesserung der Versorgung und des erlebten Versorgungsalltags von Patientinnen und Patienten beizutragen, wird es, wie schon in den vergangenen Jahren kommen. Ausgabenrisiken von bis zu 2 Mrd. Euro ab 2013 sind nicht auszuschließen. Damit würden die Beitragszahler seit 2007 allein für Ärzte und Krankenhäuser rund 18 Mrd. Euro mehr ausgeben. Diesen Ausgabenrisiken stehen jedoch keine spürbaren Verbesserungen bei der Versorgung gegenüber.

Für die Ausgabenrisiken gibt es auch keine Kompensationsmöglichkeiten an anderer Stelle. Anstatt zum Beispiel entsprechende wettbewerbliche Spielräume zuschaffen, werden die Leistungsbereiche der GKV weiterhin planwirtschaftlich reguliert werden.

Das durch die Maßnahmen des Versorgungsstrukturgesetzes erhebliche Ausgabenrisiken entstehen, bestätigt die Bundesregierung indirekt durch Artikel 1 Nr. 67 des Entwurfs, nach dem gemäß des neu eingefügten § 221b Abs. 2 bis zum 30. April 2014 eine Evaluierung der Vergütungsänderungen auf das Versorgungsgeschehen und der finanziellen Auswirkungen auf die GKV erfolgen soll. Die Bundesregierung rechnet offenbar selbst mit erheblichen Ausgabenrisiken und will sie bei der Festlegung der Höhe der Zahlungen des Bundes für den Sozialausgleich ab dem Jahr 2015 mindernd berücksichtigen. Dass der Bundeshaushalt vor finanziellen Belastungen durch das Versorgungsstrukturgesetz geschützt werden soll, ist nachvollziehbar. Finanzierungslücken beim Sozialausgleich, die durch steigende Ärztevergütungen entstehen können, dürfen jedoch nicht zu Lasten der Beitragszahler gehen. Die Bundesregierung hatte noch während des Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-



Finanzierungsgesetz erkennen lassen, dass der Sozialausgleich in vollem Umfang aus Steuermitteln finanziert werden soll. An diesem Grundsatz ist festzuhalten. Andernfalls würde sich die Befürchtung bestätigen, dass der Sozialausgleich für die Versicherten bei um sich greifenden Zusatzbeiträgen der Krankenkassen von der jeweiligen Haushaltslage des Bundes abhängig wird.

Die aktuellen gesetzgeberischen Maßnahmen zielen vor allem darauf ab, die Rahmenbedingungen für die Vertragsärzte zu verbessern und die wettbewerblichen Gestaltungsräume der Krankenkassen zu reduzieren. Der durch die zurückliegenden Gesundheitsreformen – einschließlich GKV-FinG und AMNOG - eingeschlagene Weg, mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen einzuführen, der dem Versicherten zu gute kommt, wird also zu Gunsten des kollektivvertraglichen Systems verlassen. Und das obwohl gerade auch das Versagen der Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Sicherstellung der Versorgung sowie der Verteilung der Vergütung von Ärztinnen und Ärzten zu den Problemen im Versorgungsalltag für Patienten und Ärzteschaft maßgeblich beigetragen hat.

Einzelpunkte:

### **1. Vertragsärztliche Versorgung**

Mit dem Gesetzentwurf droht der Finanzrahmen der GKV für die ärztlichen Honorare weiter aus den Fugen zu geraten. Insbesondere sollen geltende Begrenzungsregelungen für extrabudgetäre Leistungen entfallen und neue Einzelleistungen und Zuschläge hinzukommen. Damit besteht das Risiko, dass sich das Vergütungsniveau allein für das Ausgangsjahr 2012 - ohne die neuen Spezialärztlichen Leistungen - um rund 600 Millionen Euro jährlich erhöht.

Von den zusätzlich zur Verfügung gestellten Mitteln kommt jedoch nur ein Bruchteil von 100 Mio. Euro bei den Landärzten an. Die „Landarztförderung“ stellt offenbar nur einen Vorwand für allgemeine Honorarsteigerungen dar, ohne dass die Versicherten auf dem Lande nachhaltig profitieren werden. Darüber hinaus ist in hohem Maße zweifelhaft, ob die erheblichen Mehraufwendungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen angemessen verteilt werden, wenn die Honorarverteilung für die Zukunft allein in deren Hände gelegt wird. Politik und Krankenkassen sind gerade noch an der Bereitstellung der Finanzmittel beteiligt, die Verwendung dieser Mittel wird jedoch dem nicht zuletzt einkommenspolitisch motivierten Interessenausgleich von Arztgruppen in der Kassenärztlichen Vereinigung überlassen. Unterdessen entziehen sich zahlreiche Facharztgruppen der Quotierung der Gesamtvergütung zu den Hausärzten, indem sie ihre Praxistätigkeit für Versicherte der PKV zu Lasten der GKV-Versicherten erhöhen. Dies wird bei Hausärzten und Kinderärzten nicht beobachtet. Konsequenz zu lösen sind diese Systemdefekte zweifellos nicht mit immer „mehr Geld“, sondern nur durch Einzelverträge.

Nicht nachvollziehbar ist zudem, dass die jahrelang mit hohem politischem Nachdruck betriebene Entwicklung einer „morbidityorientierten Vergütung“ der Vertragsärzte durch den Verzicht auf die Kodierrichtlinien aufgegeben werden soll. Morbidityorientierte Vergütungssysteme sind prädestiniert, Mittel unter Einbezug medizinischer Kriterien zu verteilen. Einen „objektiven“ Mehrbedarf begründen können sie nicht. Mit der Aufgabe von Kodierrichtlinien wird aber bereits die Fiktion eines solchen Zusammenhangs aufgegeben und einem einkommensinduzierten „Kodierwettbewerb“ der Arztgruppen und Regionen Tür und Tor geöffnet.

Die Maßnahmen, mit denen die Niederlassung von Ärzten auf dem Lande gefördert werden sollen, werden begrüßt. Das gilt auch für die Abkehr von der Abstufung der ärztlichen Leistungen bei der Überschreitung vereinbarter Frequenzen, weil auf dem Lande teils besondere Versorgungssituationen anzutreffen sind. Allerdings betrifft diese Änderung nur eine geringe



Zahl von Vertragsärzten in Deutschland. Diese offenbart im Umkehrschluss, welche Überhöhung dieses Problem in der politischen Debatte erfahren hat. Eine gesetzliche Regelung ist überdies entbehrlich, da entsprechende Empfehlungen des Bewertungsausschusses bereits in Kraft getreten sind.

Allerdings werden alle gesetzgeberischen Maßnahmen zur Vermeidung der Unterversorgung auf dem Lande nichts ändern, wenn es bei der Überversorgung in den Zentren bleibt. Daher ist erforderlich, dass der Aufkauf von Sitzen auch vor dem 62. Lebensjahr des Arztes sowie die dringend erforderliche zeitliche Befristung von neuen Zulassungen in nicht überversorgten Gebieten, die die 100-Prozent-Schwelle erreicht haben, statt als „Kann-Regelung“ als „Soll-Regelung“ ausgestaltet wird.

## 2. Vertragszahnärztliche Versorgung

Der geplanten Reform der Honorierung (Aufhebung der Budgets, Vereinheitlichung der Punktwerte) und ihrer Verteilung stehen keine Vorgaben für eine qualitativ bessere Versorgung gegenüber. Darüber hinaus fehlt es an einer plausiblen Begründung, nach der die zahnärztlichen Vergütungen „morbiditybedingt“ weiterzuentwickeln sind. Da Prävention und Prophylaxe zumindest in der zahnärztlichen Versorgung wirksam und erfolgreich sind, verbietet es sich geradezu, eine Änderung des bisher konstanten „Behandlungsbedarfs“ der Versicherten zum Maßstab für Vergütungsänderungen zu machen. Den Zahnärzten würden im Grenzfall Anreize zugemutet, bei der Prävention nachzulassen. Die Folge könnte eine von keiner Seite der Beteiligten gewollte Verschiebung der Versorgung zugunsten des Zahnersatzes sein. Beim Zahnersatz sind allerdings bereits heute mehr als 60 Prozent der Umsätze durch die Patientinnen und Patienten selber zu finanzieren. Die Versicherten werden also bereits im hohen Maße mit den Kosten belastet. Vor diesem Hintergrund sind die Honorarreform und die damit verbundenen Ausgabenrisiken (von bis zu 360 Mio. Euro) abzulehnen.

## 3. Spezialärztliche Versorgung

Die vorgeschlagenen Regelungen zur spezialärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V werden nicht in eine neue Architektur der Bedarfsplanung eingebaut. Statt die Krankenhäuser an der ambulanten Bedarfsplanung mit Ärzten und Krankenkassen zu beteiligen, sollen sich Ärzte und Krankenhäuser, die entsprechende ambulante Leistungen erbringen wollen, bei der Behörde des Landes melden. Grundlegende Vertragsprinzipien werden an dieser Stelle ohne Not verlassen. Ein „*Wer kann, der darf*“ ist gleichbedeutend mit dem Laufenlassen des Angebotes und letztlich ein Verzicht auf gesicherte Qualität und nachvollziehbare Wirtschaftlichkeit. Der Entwurf sieht erst gar keine Vertragsgrundlage für die Spezialärztliche Versorgung vor – weder eine kollektivvertragliche, noch eine einzelvertragliche. Wie sollen die Krankenkassen auf dieser Grundlage die zugewiesene Aufgabe der Wirtschaftlichkeitsprüfung erfüllen, wenn zuvor vertragliche Maßstäbe dafür erst gar nicht geschaffen werden? So besteht auch bei der spezialärztlichen Versorgung nach einer Anlaufphase ein Ausgabenrisiko von jährlich 500 Mio. Euro.

## 4. Erprobung neuer Behandlungsmethoden

Der AOK-Bundesverband begrüßt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss künftig neue Methoden aussetzen und evaluieren können soll, wenn der Nutzenbeleg nicht ausreichend belegt werden kann. Dass sich auch geeignete ambulante Leistungserbringer in Studien an der Evaluation beteiligen dürfen, erhöht deren versorgungspolitische Relevanz. Als Schritt nach vorn betrachtet der AOK-Bundesverband auch, dass neue Methoden mit dem „Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative“ erprobt werden können. Allerdings darf dies nicht zur Aushöhlung des Erlaubnisvorbehalts im ambulanten Sektor führen, da ansonsten



erneut Mehrausgaben drohen. Daher sollte die Möglichkeit der ambulanten Erprobung auf sog. Innovationszentren begrenzt werden.

## 5. G-BA Reform

Die Vorgabe, wonach die Unparteiischen Mitglieder weder in den vergangenen drei Jahren für die Trägerorganisationen noch im Krankenhaus, als Arzt, Psychotherapeut oder Zahnarzt tätig sein durften, führt dazu, dass eine sachkundige und in den Angelegenheiten der GKV-erfahrene Besetzung dieser herausragenden Positionen künstlich erschwert wird. Die Folge könnte sein, dass diese für die Entscheidungen des G-BA zentrale Positionen „nur“ mit ehemaligen politischen Mandatsträgern, Mitarbeitern aus den Reihen des Bundesministeriums für Gesundheit bzw. seinen nachgeordneten Behörden oder sogar Vertretern der Industrie besetzt werden können.

Des Weiteren stellen auch die Veränderungen der Verfahrensabläufe und Notwendigkeit von Zweidrittel-Mehrheiten bei sektorenübergreifenden Versorgungsausschlüssen (z.B. im stationären Sektor, Arzneimittel) die sich in den vergangenen Jahren bewährte Handlungskompetenz des G-BA in Frage. Diese Regelung wird jegliche Beschlüsse zum Ausschluss von medizinisch nicht erforderlichen Verfahren im Gemeinsamen Bundesausschuss blockieren. Dies ist weder aus Sicht der Patientensicherheit noch aus Sicht der Beitragssatzstabilität sinnvoll. Darüber hinaus wird der sinnvolle Ansatz der Erprobung neuer Methoden in Studien konterkariert, weil Ausschlüsse, die dafür einen Anlass geben könnten, künftig selbst praktisch so gut wie ausgeschlossen sind. Werden in den Krankenhäusern immer mehr Behandlungsmethoden vergütet, deren Nutzenbeleg zweifelhaft ist, können Mehraufwendungen von bis zu 500 Mio. Euro pro Jahr nicht ausgeschlossen werden.

## 6. Stärkung wettbewerblicher Instrumente

Die AOK bekennt sich nachdrücklich zu einer wettbewerblichen Orientierung der GKV, um Qualität und Effizienz der Versorgung für die Versicherten zu verbessern. Doch das geschieht mit den hier geplanten Ansätzen nicht einmal ansatzweise. Denn hier geht es nicht um erweiterte Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen auf der Beschaffungsseite, also mehr direkten Vertragswettbewerb mit den Leistungserbringern. In der GKV ist doch nicht das „WAS“ an Leistungen der zentrale Gegenstand sinnvoller wettbewerblicher Steuerung (das ist in der Regel schon aufgrund der solidarischen Finanzierung systemweit zu klären), sondern das „WIE“: Wie werden die Leistungen erbracht und in Anspruch genommen, um im Sinne des Versicherten ein möglichst hohes Maß an Qualität und Wirtschaftlichkeit zu gewährleisten.

Die hier vorgesehene Ausweitung des Leistungsangebotes um Satzungs- und Ermessensleistungen läuft im Ergebnis darauf hinaus, bedeutsame Leistungen des GKV-Leistungskatalogs in die Satzungsautonomie der Krankenkassen zu legen und aus dem Risikoausgleich auszugliedern. Mit dieser Regelung wird somit ein Einfallstor zur Abschmelzung des GKV-Regelleistungskatalogs geöffnet.

Die Einführung erweiterter Satzungsregelungen ist also nicht geeignet, die wettbewerblichen Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen auf der Leistungsseite im Interesse der Versicherungsgemeinschaft zu stärken. Sie führt vielmehr zu nicht gerechtfertigten wettbewerblichen Verwerfungen durch Fehlanreize zur Leistungsausweitung und Risikoselektion. Diese werden zudem dadurch verstärkt, dass diese Leistungen aus der Finanzierungssystematik des Gesundheitsfonds ausgenommen werden sollen.



## 7. Schließung City BKK

Das Bundesversicherungsamt hat am 4. Mai 2011 als zuständige Aufsicht die Schließung der CITY BKK mit Ablauf des 30. Juni 2011 bekannt gegeben. Hierbei ist offenbar geworden, dass bei der Ausgestaltung der Schließungs- und Insolvenzregelungen für Krankenkassen durch das GKV-OrgWG vom 15.12.2008 insbesondere die mitgliedschafts- und leistungsrechtlichen Folgen im Falle einer Schließung bislang nur unvollständig geregelt sind. Mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf wird der Versuch unternommen, diese Lücken zu schließen. Die hierzu vorgeschlagenen Regelungen sind jedoch nicht ausreichend bzw. nur bedingt geeignet, um in etwaigen weiteren Schließungsverfahren Verunsicherungen und Abwicklungsprobleme zu Lasten der Versicherten bzw. Leistungserbringer zu verhindern.

In einem ersten Schritt sind Regelungen vorgesehen, die den Wechsel der von der Schließung betroffenen Versicherten in eine andere Kasse erleichtern und Risikoselektion der Krankenkassen vermeiden sollen. So soll u.a. die zu schließende Krankenkasse jedem Mitglied eine Übersicht über die wählbaren Krankenkassen einschließlich eines Aufnahmeantrags übermitteln und anbieten, den ausgefüllten Vordruck an die gewählte Krankenkasse weiterzuleiten (§ 155 Abs. 2 SGB V-E). Diese ist – unter Androhung von Zwangsgeld für ein Zuwiderhandeln – zur reibungslosen Aufnahme verpflichtet (§ 175 Abs. 1 S. 2, Abs. 2a SGB V-E). Trotz dieser Regelung bliebe es jedoch – so die Erfahrung im Fall der CITY BKK – dabei, dass eine Vielzahl von Versicherten ihr Kassenwahlrecht zum Schließungszeitpunkt nicht ausüben. Somit kann es zu Leistungsunterbrechungen (z. B. Ausfall von Kranken- und Pflegegeldzahlungen) von u.U. mehreren Wochen kommen. An dieser Stelle wäre ein grundsätzliches Regelungskonzept anzustreben, das ungeklärte Mitgliedschaftsverhältnisse nach dem Zeitpunkt der Schließung vermeidet. Um auch ohne ein solches Konzept eine reibungslosen Leistungsgewährung sowie die Vermeidung von Verunsicherung bei den Leistungserbringern sicherzustellen, sieht der vorliegende Gesetzesentwurf die zu schließende Krankenkasse als „Körperschaft in Abwicklung“ gemäß § 155 Abs. 1 SGB V in der Pflicht. Diese gilt schon nach der gegenwärtigen Rechtslage als fortbestehend, so lange und so weit der Zweck der Abwicklung es erfordert. § 271 Abs. 2a des Gesetzesentwurfes stellt hierzu klar, dass die Aufgabe auch die Deckung der Leistungsansprüche von denjenigen Versicherten umfasst, deren Mitgliedschaftsverhältnisse noch nicht geklärt sind. Die dafür vorgesehene vorläufige Finanzierung über die vom Bundesversicherungsamt verwaltete Liquiditätsreserve ist sachgerecht. Auf diese Weise wird die Abwicklungskörperschaft in die Lage versetzt, ihre Abwicklungsaufgaben trotz hierfür fehlender eigener Betriebsmittel vorläufig wahrzunehmen.

Die ansonsten noch fehlende Regelungsdichte für die komplexe Abwicklung einer Kassenschließung soll durch eine umfassende Rechtsetzungs- und Verwaltungsdelegation an den GKV-Spitzenverband gefüllt werden. Gem. § 217f Abs. 6 SGB-E wird dieser ermächtigt, alle für die Sicherstellung der Versicherten- wie der Leistungserbringeransprüche notwendigen Entscheidungen zu treffen. Die mit der Neuregelung verfolgte Zielsetzung, im Interesse der Versicherten und Leistungserbringer verlässliche Rahmenbedingungen für den Fall der Schließung bzw. Insolvenz zu schaffen, ist zwar zu begrüßen. Eine pauschale Übertragung von derart weitreichenden Entscheidungsbefugnissen an den GKV-Spitzenverband ist aber aus rechtlichen und ordnungspolitischen Gründen abzulehnen. Wenn der Gesetzgeber kein eigenes gesetzliches Abwicklungskonzept für Kassenschließungen entwickelt, bedarf die entsprechende Aufgabenübertragung an den GKV-Spitzenverband mit Blick auf die Versicherten und Leistungserbringer zumindest konkreter inhaltlicher Vorgaben für die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen einer Schließung.

## 8. Modellvorhaben zur Arzneimittelversorgung

Ein Katalog wirtschaftlicher Wirkstoffe für alle versorgungsrelevanten Indikationen kann eine Basis für eine wirtschaftlichere Versorgung der Versicherten mit Arzneimitteln sein. Dies



funktioniert allerdings nur, wenn somit verbindliche Standards festgelegt sind, d.h. der Medikationskatalog das Verbindlichkeitsniveau einer bundesweiten Positivliste erlangt, die über individuelle Verträge von Krankenkassen mit Arzneimittelherstellern wettbewerbsorientiert umgesetzt werden kann. Dies ist in den vorliegenden Änderungsanträgen nicht erkennbar.

Auch eine umfassende Beratung und Dokumentation („Arzneimittelmanagement“), das die Therapietreue sichert und bei Versicherten, die mehrere Medikamente einnehmen müssen das Risiko von unerwünschten Arzneimittelwirkungen minimiert, ist zu unterstützen. Dies ist jedoch schon heute Bestandteil der Versorgung und sollte von jedem Arzt und Apotheker auch gewissenhaft umgesetzt werden. Hier besteht somit keine Notwendigkeit der Gesetzesänderung.

Sollten dennoch in diesen Fragen Umsetzungsprobleme vor Ort erkannt werden, so sollten diese durch freiwillige Projekte der Beteiligten Ärzte, Apotheker und Krankenkassen optimiert werden können, denn die Interessenlagen wären in einem solchen Fall gleichgerichtet. Sinnvollen Projekten zur Verbesserung der Therapietreue sowie der Erhöhung der Effizienz wird sich die GKV nicht verweigern. Eine Schiedsverfahren, das zu Projekten „zwingt“ ist vollkommen entbehrlich. Insbesondere ein Schiedsverfahren, in dem die Leistungserbringer deklaratorisch über eine Stimmenmehrheit verfügen und den Kassen ihre Bedingungen einseitig diktieren können.

Einen unverzichtbaren Grundstein einer effizienten Arzneimitteltherapie stellen die Arzneimittelrabattverträge dar. Die dadurch erzielten Einsparungen für die Versicherten haben inzwischen eine derartige Größenordnung erreicht, dass sie aus der Finanzarchitektur der GKV nicht mehr wegzudenken sind. Der AOK-BV begrüßt, dass diese Auffassung vom Gesetzgeber offenbar geteilt wird, da die Arzneimittelrabattverträge in den geplanten Modellvorhaben ausdrücklich beibehalten werden sollen. Das wäre auch rechtlich gar nicht anders möglich, denn laufende Rabattverträge können nicht innerhalb ihrer Laufzeit außer Kraft gesetzt werden. Sie sind nach Vergaberecht europaweit ausgeschrieben abgeschlossen. Die Pharmaunternehmen, die Zuschläge erhielten, haben selbstverständlich einen Anspruch darauf, dass die Verträge auch in vollem Umfang erfüllt werden.

### **Gegenfinanzierung fraglich**

Die möglicherweise notwendige Gegenfinanzierung zu einigen Positionen (Landarztförderung, §116b, EGV) soll durch „erhebliche, aber nicht quantifizierbare Einsparungen in der stationären Versorgung“ (»im erheblichen nicht quantifizierbaren Umfang Minderausgaben durch Vermeidung unnötiger Einweisungen zur stationären Versorgung oder von Krankentransporten und Rettungsfahrten«) erfolgen. Diese pauschale Behauptung kann nicht überzeugen. Bislang konnte noch kein empirischer Nachweis über tatsächliche Verlagerungsbewegungen von stationär zu ambulant geführt werden, die nicht durch anderweitige Auslastung der stationären Kapazitäten wieder kompensiert worden wären.

Im Übrigen ist die Behauptung, durch eine höhere Versorgungsdichte von Vertragsärzten würden in anderen Leistungssektoren (Krankenhaus, Fahrtkosten) Einspareffekte realisiert, mit Blick auf die städtischen Hochkostenregionen nicht haltbar. Großstädte weisen neben einer hohen ambulanten Versorgungsdichte in aller Regel sehr hohe Krankenhauskosten auf (z. B. Berlin). Dieses Argument wäre nur zutreffend, wenn gleichzeitig mit dem Ausbau der ambulanten Versorgung die stationären Kapazitäten zurückgefahren würden.

Des Weiteren sollen stationär-ambulante Verlagerungsbewegungen, obgleich und wenn überhaupt empirisch-statistisch nur nicht valide quantifizierbar, bei der jährlichen Anpassung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) mit angerechnet werden. Damit besteht für die Krankenkassen einerseits eine erhebliche Gefahr der Doppelfinanzierung von ver-





tragsärztlichen Leistungen, andererseits können die vermeintlichen „nicht quantifizierbare Minderausgaben durch die Vermeidung von stationären Behandlungen“ der BMG-Argumentation dadurch gesetzlich gar nicht oder nur beschränkt zum Tragen kommen.



Nachfolgend wird zu den Regelungen des Gesetzentwurfs im Einzelnen Stellung genommen.

Soweit die Änderungen rein rechtstechnischer Natur oder redaktioneller Art sind, wird keine Stellung genommen.

## **II. Kabinettsentwurf**

### **Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

#### **Zu Artikel 1 Nr. 1 § 2 Abs. 1a SGB V neu (Umsetzung sog. Nikolausbeschluss)**

##### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Der neue Absatz 1a stellt sicher, dass der Versicherte im Einzelfall jede medizinische Leistung erhalten kann, wenn diese zur Behandlung von insbesondere lebensbedrohlichen Krankheiten dient. Er folgt somit dem sogenannten Nikolausbeschluss, in dem das BVerfG die Leistungsverpflichtung der GKV klarstellt.

##### **B Stellungnahme**

Die Änderung ist inhaltlich folgerichtig und vollzieht bereits die übliche Praxis zu Einzelfallentscheidungen nach. Auch jetzt schon übernehmen Krankenkassen nach Beurteilung durch den medizinischen Dienst im Einzelfall die Kosten für nicht zugelassene Leistungen, soweit mit der ausgewählten Behandlungsoption die Kriterien des sog. Nikolausbeschlusses vom BVerfG sowie der nachfolgenden konkretisierenden BSG-Entscheidungen als zutreffend erachtet werden.

Für eine vereinfachte Umsetzung des gesetzgeberischen Ziels wäre es daher zielführend und zwingend notwendig, die bislang geübte Praxis als Regelung im Gesetz zu konkretisieren.

In der Begründung zur Neuregelung (4. Absatz) finden die BSG-Urteile vom 04.04.2006, 26.09.2006 und 14.12.2006 Berücksichtigung. Das BSG hat eine Konkretisierung des Nikolaus-Beschlusses vorgenommen, indem es zusätzlich eine „notstandsähnliche (Extrem-) Situation“ fordert. Dieser Gesichtspunkt ist jedoch nicht in den Wortlaut der Neuregelung eingeflossen. Da mit dem GKV-VStG die Chance besteht, Rechtsklarheit zu schaffen, sollte die Neuregelung eindeutig sein und die bisherige Rechtsprechung abbilden. Außerdem kann hierdurch Fehlinterpretationen dahin gehend entgegengewirkt werden, dass die Rechtsgedanken der Entscheidung des BVerfG auf Bereiche ausgedehnt werden, in denen der Gesetzgeber aus wohl erwogenen Gründen in Abkehr zum früherem Recht den Leistungsumfang der GKV bewusst neu ausgerichtet hat (vgl. BSG vom 04.04.2006).

##### **C Änderungsvorschlag**

§ 2 Abs. 1a SGB V wird wie folgt gefasst:

„1a) Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder in der Regel tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung in einer notstandsähnlichen Situation, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, können auch eine von Absatz 1 Satz 3 abweichende



Leistung beanspruchen, wenn in medizinisch begründeten Ausnahmefällen eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Die Krankenkasse entscheidet im Einzelfall auf Basis der Bewertung des Medizinischen Dienstes.“



## **Zu Artikel 1 Nr. 2 a) § 11 Abs. 4 Satz 6 SGB V**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Redaktionelle Folgeänderung von Zu Artikel 1 Nr.8 § 39 Abs. 1 SGB V

### **B Stellungnahme**

Die Änderung ist folgerichtig.

### **C Änderungsvorschlag**

Keine



## Zu Artikel 1 Nr. 2b – § 11 Abs. 6 SGB V - Erweiterte Satzungsregelungen

### A Beabsichtigte Neuregelung

Es soll den Kassen die Möglichkeit eröffnet werden, Satzungsleistungen im Bereich der medizinischen Vorsorge- und Rehabilitation (§§ 23, 40 SGB V), der künstlichen Befruchtung (§ 27a SGB V), der zahnärztlichen Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz (§ 28 Abs. 2 SGB V), bei der Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (§ 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V), mit Heilmitteln (§ 32 SGB V) und Hilfsmitteln (§ 33 SGB V), im Bereich der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) und der Haushaltshilfe (§ 38 SGB V) sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern vorzusehen. Die zusätzlichen Leistungen dürfen nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen sein und sind von den Krankenkassen in ihrer Rechnungslegung gesondert auszuweisen.

### B Stellungnahme

Die vorgesehene Erweiterung der Handlungsoptionen auf der Leistungsseite läuft im Ergebnis darauf hinaus, wesentliche Kernleistungen des GKV-Leistungskatalogs in die Satzungsautonomie der Krankenkassen zu legen und aus dem Risikoausgleich auszugliedern. In der Begründung des Gesetzentwurfs für das GKV-VSG wird zwar darauf hingewiesen, dass es sich bei den Satzungsleistungen ausschließlich um Leistungen handeln soll, die eine Krankenkasse zusätzlich und im unmittelbaren Zusammenhang zum allgemeinen Leistungskatalog der GKV allen ihren Versicherten gewähren kann. Allerdings wird durch die Einführung erweiterter Satzungsregelungen in der vorgesehenen Form ein Einstiegstor zur Abschmelzung des GKV-Regelleistungskatalogs geöffnet.

Die Ausweitung des Leistungsangebotes um Satzungsleistungen in der vorgesehenen Form ist auch nicht geeignet, die wettbewerblichen Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen auf der Leistungsseite im Interesse der Versichertengemeinschaft zu stärken. Vielmehr wird die beabsichtigte Leistungsausweitung insbesondere unter Berücksichtigung der im Rahmen des GKV-VSG vorgesehenen Veränderung auf der Finanzierungsseite (vgl. Änderung des § 270 Abs. 1 Satz 1 Buchst. a SGB V i. d. F. des GKV-VSG-Gesetzentwurfs) zu nicht gerechtfertigten wettbewerblichen Verwerfungen führen.

### C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Neuregelung



## **Zu Artikel 1 Nummer 3 - § 19 Abs. 1a SGB V und zu Artikel 4 Nr. 1 - § 35 Satz 2 SGB XI neu und Artikel 13 Abs. 2 - Bindungswirkung von Leistungsentscheidungen)**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die vorgesehenen Ergänzungen der §§ 19 SGB V bzw. 35 SGB XI regeln, dass die Versicherten im Falle einer Schließung oder Insolvenz ihrer bisherigen Kranken- bzw. Pflegekasse auf den Fortbestand von Leistungsentscheidungen der geschlossenen Kranken- bzw. Pflegekasse vertrauen können. Eine Rücknahme von Leistungsentscheidungen durch die neu zuständige Krankenkasse soll nur unter den Voraussetzungen der §§ 44 bis 48 SGB X möglich sein. Die Regelung tritt rückwirkend zum 01.05.2011 in Kraft.

### **B Stellungnahme**

Die Neuregelung ist eine folgerichtige leistungsrechtliche Folgenbewältigungsregelung für den Fall der Schließung oder Insolvenz einer Kranken- bzw. Pflegekasse. Die Regelung ist unter dem Aspekt eines schutzwürdigen Vertrauens der Versicherten auf die ununterbrochene Gewährung gesetzlicher Leistungsansprüche gerechtfertigt. Da die Neuregelung keine Eingrenzung hinsichtlich des Zeitpunkts der Leistungsentscheidung trifft, stellt sie zugleich die Rechtslage klar, dass eine Kranken- bzw. Pflegekasse auch noch nach dem Zeitpunkt der Schließung bzw. Insolvenz im Bedarfsfall Leistungsentscheidungen treffen darf, um eine ununterbrochene Versorgung der Versicherten sicherzustellen. Sie handelt insofern als Abwicklungskörperschaft gem. § 155 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 46 Abs. 5 SGB XI.

Die in § 19 Abs. 1a Satz 2 SGB V vorgesehene Regelung ist allerdings entbehrlich, wenn nicht sogar missverständlich. Satz 2 gibt – ohne weiteren Regelungsinhalt – ohnehin geltendes Recht wieder; dies allerdings in einer höchst missverständlichen Art und Weise. Satz 2 bezieht sich vom Wortlaut auf den Fall der Rücknahme von Leistungsentscheidungen, verweist aber gleichzeitig auf die §§ 44 bis 48 SGB X, die neben der „Rücknahme“ auch die Fälle des Widerrufs vorsehen. Darüber hinaus werden ohne sachlichen Grund z. B. die allgemeinen verwaltungsrechtlichen Möglichkeiten der Umdeutung einer Leistungsentscheidung (§ 43 SGB X) und der Erstattung zu Unrecht erbrachter Leistungen (§ 50 SGB X) im Falle aufgehobener Leistungsentscheidungen ausgegrenzt. Es ist von einem rein redaktionellen Versehen auszugehen.

Die vorgesehene Neuregelung differenziert hinsichtlich der Bindungswirkung von Leistungsentscheidungen nicht zwischen Regel- und satzungsgestützten Mehr-Leistungen. Leistungsentscheidungen, die auf Satzungsregelungen der geschlossenen Krankenkasse beruhen, können über den Zeitpunkt der Schließung hinaus keine Wirkung mehr entfalten. Diesbezüglich ist eine Klarstellung erforderlich.

Das rückwirkende Inkrafttreten zum 01.05.2011 ist dem Umstand geschuldet, dass die Regelung auch für den Schließungsfall der CITY BKK gelten soll.

### **C Änderungsvorschlag**

§ 19 Abs. 1a SGB V wird wie folgt gefasst:

„Endet die Mitgliedschaft durch die Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse, gelten die durch die geschlossene Krankenkasse festgestellten gesetzlichen Leistungsansprüche fort; dies gilt nicht bei Leistungen, die auf einer Satzungsregelung beruhen.“



## Zu Artikel 1 Nr. 4 § 28 SGB V - Ärztliche und zahnärztliche Behandlung (Delegation)

### A Beabsichtigte Neuregelung

Die Partner der Bundesmantelverträge müssen innerhalb von sechs Monaten beispielhaft festlegen, bei welchen Tätigkeiten andere Personen ärztliche Leistungen erbringen können und welche Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind.

### B Stellungnahme

Für die Erstellung einer Liste delegierfähiger Leistungen durch die Partner der Bundesmantelverträge bedarf es eigentlich keines gesetzlichen Auftrages. Dies wird ihnen bereits im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrages nach § 87 SGB V ermöglicht. Die Partner der Bundesmantelverträge haben bereits mit der Umsetzung des § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V (Vergütungsposition für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen) in der Delegationsvereinbarung (Anlage 8 der Bundesmantelverträge) eine Positivliste ärztliche Leistungen festgelegt, die durch nicht-ärztliches Personals in der Häuslichkeit des Patienten in Abwesenheit des Vertragsarztes erbracht werden dürfen. Die Delegationsvereinbarung wurde seinerzeit vom BMG hinsichtlich der Festlegung von delegierfähigen Leistungen nicht beanstandet.

Der Delegationsansatz ist heute schon tägliche Praxis und findet seine rechtliche Grundlage in den §§ 15 Abs. 1 Satz 2, 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V, in den Bundesmantelverträgen sowie im Vergütungs- und Berufsrecht. Sollte der Gesetzgeber dennoch an seinem Willen festhalten, explizit einen Auftrag zur Erstellung einer Liste delegierfähiger Leistungen an die Bundesmantelvertragspartner zu erteilen, sollte dieser rechtstechnisch im § 87 Abs. 1 SGB V verortet werden.

Eine beispielhafte Auflistung delegierfähiger Leistungen ist grds. nicht geeignet, dem Arzt Rechtssicherheit zu geben, ob eine bestimmte Leistung angeordnet werden kann. Um Rechtssicherheit zu schaffen, bedarf es einer abschließenden Liste delegierfähiger Leistungen. Entsprechend ist der gesetzliche Auftrag zu formulieren.

Die Anwendung der Delegationsliste erfordert gleichzeitig, dass die Bewertungen der Gebührenordnungspositionen des EBM um ärztliche Leistungsanteile bereinigt werden. Ein Auftrag zur Bereinigung der Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes sollte hier explizit - analog des Auftrages zur Erstellung der Liste- gesetzlich formuliert werden.

Der Kreis der Stellungnahmeberechtigten sollte ggf. erweitert werden. Insbesondere sind auch den Verbänden der nicht-ärztlichen (Pflege-) Berufe Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

### C Änderungsvorschlag

Es wird ein neuer Satz 3 in § 87 Abs. 1 eingefügt:

„Die Partner der Bundesmantelverträge legen bis zum 30.06.2012 eine Liste ärztlich angeordneter Hilfeleistungen anderer Personen nach §§ 15 Abs. 1 Satz 2 und 28 Abs. 1 Satz 2 und die Anforderungen an die Erbringung fest. Den maßgeblichen Organisationen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“



Es wird ein neuer Satz 2 in § 87 Abs. 2 eingefügt:

„Bis spätestens 30.09.2012 ist mit Wirkung zum 01.01.2013 eine Bereinigung der Bewertungen der Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes auf Basis der Liste ärztlich angeordneter Hilfeleistungen nach § 87 Abs. 1 Satz 3 um ärztliche Leistungsanteile durchzuführen.“





## Zu Artikel 1 Nr. 5 § 32 Abs. 1a SGB V – Heilmittel (Langzeitverordnungen)

### A Beabsichtigte Neuregelung

Bei langfristigem Behandlungsbedarf genehmigen die Krankenkassen auf Antrag der Versicherten die erforderlichen Heilmittel für einen geeigneten Zeitraum. Über den Antrag ist innerhalb von 4 Wochen zu entscheiden, ansonsten gilt er als genehmigt. Das Nähere insbesondere zu den Genehmigungsvoraussetzungen soll der G-BA regeln.

### B Stellungnahme

Die Regelung erfolgt im Zusammenhang mit dem Abbau von Wirtschaftlichkeitsprüfung und Regressrisiko für den verordnenden Vertragsarzt. Nach dem ebenfalls zur Änderung vorgesehenen § 106 unterliegen genehmigte Heilmittelverordnungen nicht länger der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Damit werden im Heilmittelbereich ausgabenbegrenzend wirkende Maßnahmen gleich an zwei Stellen gelockert. Das eigentliche gesetzgeberische Ziel, Ärzte mit besonders vielen schwerkranken Patienten vor Regressen zu schützen, wird aber bereits durch die Festlegung von überregional geltenden Praxisbesonderheiten bei der Neufassung des § 84 erreicht.

Dass es ausschließlich um die Verlagerung des Kostenrisikos auf die Krankenkassen geht, zeigt sich daran, dass eine langfristige Verordnung nicht vorgesehen ist, der Patient also weiterhin für jede neue Verordnung den Arzt aufsuchen muss, die Krankenkasse dann aber keine Steuerungsmöglichkeit mehr haben soll. Anders als in der Gesetzesbegründung angegeben, beseitigt das Genehmigungsverfahren keinen unnötigen bürokratischen Aufwand, sondern schafft neuen. Die Genehmigungsnotwendigkeit ist vom Arzt zu begründen, die Krankenkassen haben diese zu prüfen und werden hierzu neben eigenen Mitarbeitern auch Kapazitäten beim medizinischen Dienst benötigen. Da aktuell bei den meisten Krankenkassen kein Genehmigungsverfahren für Heilmittel existiert, ist hier ein zusätzlicher Verwaltungsaufbau nötig, der angesichts von 30 Millionen Heilmittelverordnungen im Jahr zu immensen Bürokratiekosten führen wird.

Für den betroffenen Patienten ist das Genehmigungsverfahren ebenfalls eine unnötige, den Therapieprozess verzögernde, bürokratische Hürde. In der Zeit des Genehmigungsprozesses ruht die Therapie. Selbst wenn eine langfristige Genehmigung versagt wird, bedeutet dies aber noch nicht, dass das eigentlich grundlegende Rezept nicht ausgeführt werden kann. Gegenüber dem Status Quo, wo der Patient jede Verordnung sofort vom Therapeuten bedienen lassen kann, wird also ein weiterer Bürokratieschritt eingebaut.

Laut Gesetzesbegründung soll die vom G-BA bereits beschlossene Einführung einer langfristigen Genehmigung für besonders betroffene Patienten eine ausdrückliche Rechtsgrundlage erhalten. Allerdings wird aus dem Gesetzestext nicht erkennbar, welche Voraussetzungen für eine derartige Genehmigung erfüllt sein müssen. Es ist daher zu befürchten, dass vom Arzt zur Umgehung der Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht nur Patienten mit schweren chronischen Erkrankungen, die dauerhaft ein bestimmtes Heilmittel brauchen (z.B. krankengymnastische Atemtherapie bei Mukoviszidose), sondern auch Patienten mit nur vorübergehendem Behandlungsbedarf in das Genehmigungsverfahren geschickt werden. Dabei kann die Wirtschaftlichkeit einer Verordnung während der Therapie auf Basis eines einzelnen Rezepts kaum von der Krankenkasse, sondern wesentlich besser vom Arzt im Verordnungsgesamtzusammenhang beurteilt werden.

### C Änderungsvorschlag

Streichung der Neuregelung.



## Zu Artikel 1 Nr. 6 § 33 Abs. 9 SGB V – Hilfsmittel (Intraokularlinsen)

### A Beabsichtigte Neuregelung

Dem § 33 wird folgender Absatz angefügt:

„(9) Absatz 1 Satz 5 gilt entsprechend für Intraokularlinsen.“

Mit dem neuen Absatz 9 wird geregelt, dass die Krankenkassen die Kosten medizinisch notwendiger Intraokularlinsen einschließlich der für diese Versorgung notwendigen ärztlichen Leistungen auch dann übernehmen, wenn Versicherte eine Sonderlinse gewählt haben.

### B Stellungnahme

Mit der geplanten Regelung wendet sich der Gesetzgeber vom Grundsatz ab, dass die GKV nur Leistungen im Rahmen einer medizinisch notwendigen und ausreichenden Behandlung übernehmen muss.

Es ist nicht erkennbar, dass der Einsatz von Multifokallinsen für die Versicherten einen wesentlichen Vorteil bedeutet, der Einsatz kann vielmehr auch mit Risiken verbunden sein. Ausreichende Studien zur Verträglichkeit und Art sowie Schweregrade und Dauer von Nebenwirkungen fehlen. Nur ein Teil der auf dem Markt verfügbaren Multifokallinsen wurde in Studien untersucht. Es können keine validen Aussagen zu Komplikationsraten beim Einsatz von Multifokallinsen im Vergleich zu Monofokallinsen aus den vorliegenden systematischen Übersichten getroffen werden.

Die Multifokallinsen sind nur nach intensiver Beratung der Patienten für eine relativ kleine Patientengruppe geeignet. Darüber hinaus sollten sie nur bei Menschen verwendet werden, die relativ "niedrige" Ansprüche an das Sehen haben. Vor allem Versicherte, die noch selbst Auto fahren oder viel lesen müssen, haben häufig mit diesen Linsen Schwierigkeiten bzw. benötigen trotzdem eine Sehhilfe

Da sich der Einsatz selten medizinisch begründen lässt und ggf. sogar zu Nachteilen führt, sollten nur Versicherte, die eine eindeutige medizinische Indikation für den Einsatz haben, diese erhalten. Medizinisch indizierte Multifokallinsen werden schon jetzt von der GKV übernommen. Nicht nur aus Qualitätssicherungsaspekten empfiehlt sich hier die Bevorzugung von Zentren zur Linsenimplantation. Die insgesamt sehr geringe Anzahl der bisher eingesetzten Multifokallinsen spricht auch dafür, dass der Wunsch der Versicherten nach diesen Linsen nicht so stark wie angenommen ist. Um den besonderen Qualitätsanforderungen zu genügen und diese zu garantieren, sollten daher, wenn überhaupt, selektivvertragliche Regelungen oder auch z.B. Regelungen in Sachkostenvereinbarungen gefunden werden.

Der in der Begründung aufgeführte Hinweis „Die Versicherten zahlen in diesen Fällen nur die Mehrkosten, einschließlich etwaiger Folgekosten, die durch die Sonderlinse bedingt sind.“ bedarf dringend einer Klarstellung. So existieren bei den monofokalen Intraokularlinsen erhebliche Preisunterschiede. Es ist völlig unklar, welche Höhe der Mehrkosten durch die Versicherten übernommen werden sollen. Da es sich in den überwiegenden Fällen um eine medizinisch nicht begründbare „Wunschleistung“ der Versicherten handelt, müsste seitens der Krankenversicherung der jeweils günstigste Preis angenommen werden, um die Versicherten und Beitragszahler, die keine Multifokallinse in Anspruch nehmen, nicht zu benachteiligen. Zudem müsste der Versicherte, der diese Mehrleistung in Anspruch nimmt, vorher darauf hingewiesen werden, dass aufgrund der fehlenden Untersuchungen zur Verträglichkeit und Nutzen der Multifokallinsen bei eventuell notwendigen Operationen zum Austausch der Multifokallinsen gegen monofokale Linsen die entstehenden Kosten (ärztliche Leistung und



neue Linse) voll zu seinen Lasten gehen, da es der Versichertengemeinschaft nicht zuzumuten ist, für Folgekosten von Wunschleistungen aufzukommen. Die Kosten für die monofokale Linse wurde bereits beim Einsetzen der Multifokale Linse übernommen.

Da der Nutzen einer Multifokallinse bisher nicht nachgewiesen wurde, vielmehr auch Risiken existieren und eine solche Regelung die Gefahr der Aushöhlung des Sachleistungsprinzips in sich birgt, lehnt der AOK-BV diese Regelung ab, soweit und solange das Risiko nicht beim Leistungsanbieter verbleibt.

### **C     Änderungsvorschlag**

Streichung der vorgesehenen Neuregelung



## **Zu Artikel 1 Nr. 7 § 35c Abs. 1 SGB V - Zulassungsüberschreitender Einsatz von Arzneimitteln**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die bestehenden fachgebietsbezogenen Expertenkommissionen „Off-label“ sollen um eine fachübergreifende Expertenkommission ergänzt werden, die bedarfsbezogen sowie interdisziplinär arbeitet.

Zudem soll die Arbeitsweise der Expertenkommissionen durch eine vom BMG zu genehmigende Geschäftsordnung geregelt werden. Für die Zusammenarbeit mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss sind Regelungen in der Verfahrensordnung zu treffen.

### **B Stellungnahme**

Die geplanten Regelungen sind zu begrüßen.

Mit der Einrichtung einer weiteren Expertengruppe neben den bisherigen Gebieten Infektiologie, Neurologie/Psychiatrie und Onkologie, die bedarfsorientiert über den Off-label-Einsatz von Arzneimitteln in aktuellen Themengebieten berät, könnte ein kurzfristiger Beratungsbedarf abgedeckt werden.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## Zu Artikel 1 Nummer 7b – neu – § 38 SGB V - Haushaltshilfe

### A Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltender Rechtslage können Krankenkassen Satzungsregelungen zur Haushaltshilfe vorsehen, die über den Pflichtleistungsanspruch nach § 38 Abs. 1 SGB V hinausgehen. Diese Satzungsregelung würde mit der Änderung in eine Soll-Regelung überführt werden.

### B Stellungnahme

Bei Umsetzung der Neuregelung würden die Krankenkassen zukünftig quasi verpflichtet werden, Satzungsregelungen zur Haushaltshilfe vorzusehen, die über den Pflichtleistungsanspruch nach § 38 Abs. 1 SGB V hinausgehen. Bisher liegt eine Erweiterung des Anspruchs auf Haushaltshilfe im Ermessen der Krankenkassen. Mit Blick auf den auch wettbewerblichen Charakter der Haushaltshilfe-Mehrleistungsregelung besteht kein zwingender Anlass, das Ermessen der Krankenkassen zur Nutzung dieser Satzungsoption gegen Null zu reduzieren. Gleichzeitig ist jedoch auch festzustellen, dass bereits nahezu alle Krankenkassen Haushaltshilfe-Mehrleistungen im Interesse ihrer Versicherten anbieten. Die vorgesehene Neuregelung kann daher als interessengerechte Lösung akzeptiert werden, weil einerseits insgesamt Unterstützungsmöglichkeiten außerhalb der in § 38 Abs. 1 SGB V gesetzlich normierten Anspruchsvoraussetzungen geschaffen werden und andererseits den Krankenkassen der Gestaltungsspielraum bei der Umsetzung entsprechender Mehrleistungen erhalten bleibt.

Interpretationsbedürftig ist allerdings der in der Begründung vorgesehene Hinweis auf die ebenfalls im Rahmen des GKV-VStG vorgesehene Einführung „Erweiterter Satzungsregelungen“ (vgl. Ergänzung des § 11 SGB V um einen Absatz 6). 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

Die Begründung ist um folgenden 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.“



## **Zu Artikel 1 Nr. 8 § 39 Abs. 1 SGB V – Krankenhausbehandlung (Entlassungsmanagement)**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

In § 39 Abs. 1 SGB V wird der Anspruch des Patienten auf ein Entlassungsmanagement gesondert für das Krankenhaus fixiert.

### **B Stellungnahme**

Der Gesetzgeber verdeutlicht seine Kritik am bestehenden Entlassungsmanagement unter der besonderen Berücksichtigung der Akutkrankenhäuser und fordert entsprechende Aktivitäten ein. Diese Aktivitäten waren bereits nach § 11 Abs. 4 durch die Leistungserbringer zu ergreifen, jedoch veränderte sich die Situation nicht wesentlich. Der Gesetzgeber hat es unterlassen bei fortschreitendem Ignorieren der Regelung Sanktionsmaßnahmen gegenüber den Krankenhäusern zu fixieren oder zumindest einen die Erstellung eines Berichts über die Qualität des Entlassungsmanagements durch den Patientenbeauftragten der Bundesregierung oder den G-BA zu verfügen. Insofern besteht eine gewisse Wahrscheinlichkeit der fortwährenden Nichtbeachtung der Vorschrift, weil auch schon bei der Abfassung des § 11 Abs. 4 SGB V der Krankenhausbereich im Zentrum des Interesses stand.

An diesem grundsätzlichen Problem ändert der Gesetzgeber auch nichts dadurch, dass er ohne konkrete Sanktionsmöglichkeiten den Krankenkassen die Verantwortung dafür übergibt, die Umsetzung des Entlassungsmanagements zu organisieren.

### **C Änderungsvorschlag**

An geeigneter Stelle im SGB V wäre zu ergänzen: Der Gemeinsame Bundesausschuss wird beauftragt jährlich einen Bericht über das Entlassungsmanagement an den Sektorgrenzen des Gesundheitswesens zu verfassen.

Der Satz aus der Begründung zu § 39 Abs. 1 SGB V „Die Krankenkassen, gegen die sich der Anspruch auf Krankenhausbehandlung richtet, sind verpflichtet dafür zu sorgen, dass die Erbringung der Leistungen sichergestellt ist.“ ist ersatzlos zu streichen



## **Zu Artikel 1 Nr. 9 § 40 Abs. 1 SGB V – ambulante Rehabilitation**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Regelungen für die stationäre Rehabilitation werden unter Einbezug des Infektionsschutzgesetzes auf die ambulanten Rehabilitationsleistungen durch die Einfügung eines neuen § 111 c übertragen.

### **B Stellungnahme**

Diese den Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes folgende Übertragung auf den Bereich der ambulanten Rehabilitation (hier in Abs. 3 des § 111c) ist aufgrund der unter Nr. 39 angemarkten Punkte und der Argumentation in der AOK-Stellungnahme zum Infektionsschutzgesetz abzulehnen.

Die Umsetzung von Versorgungsverträgen ist für die ambulante Rehabilitation grundsätzlich sachgerecht.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

.



## Zu Artikel 1 Nr. 10 § 47a SGB V - Höhe und Berechnung des Krankengeldes

### A Beabsichtigte Neuregelung

47a SGB V regelt die Berücksichtigung von Einmalzahlungen bei der Krankengeldberechnung in „Übergangsfällen“ des Jahres 2000. Diese Vorschrift ist inzwischen gegenstandslos und kann gestrichen werden.

### B Stellungnahme

Die Änderung ist folgerichtig

### C Änderungsvorschlag

Keiner





## Zu Artikel 1 Nr. 11 § 71 SGB V - Beitragssatzstabilität

### A Beabsichtigte Neuregelung

Die geplanten Änderungen an § 71 SGB V beziehen sich auf zwei Punkte:

1. Künftig sollen Verträge nach § 73c Absatz 3 und § 140a Absatz 1 der für die Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde vorgelegt werden. Diese soll den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder, in denen diese Verträge oder Verträge nach § 73b Absatz 4 wirksam werden, Gelegenheit geben, innerhalb eines Monats Stellung zu nehmen. Die Aufsichtsbehörde stellt vor einer Beanstandung das Benehmen her. Parallel dazu sollen künftig nach entsprechender Ergänzung in Absatz 5 auch Verträge gemäß § 73b den Verwaltungsbehörden in den Ländern, in denen sie wirksam werden, vorgelegt werden. Der Gesetzgeber intendiert damit einen „weiteren Überblick über die Verträge mit Auswirkungen auf das landesbezogene Versorgungsgeschehen“.
2. Durch Anfügung eines neuen Absatzes 6 sollen künftig die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder den Krankenkassen zur Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung vorschlagen können, Verträge nach den §§ 73b, 73c und 140a abzuschließen. Es handelt sich bei „Vorschlagsrecht“ rechtlich um die Form eines „Mitwirkungs- bzw. Gestaltungsrechts“ der Länder, ohne dass die Krankenkassen an deren Vorschläge gebunden wären.

### B Stellungnahme

Zu 1.:

Mit der Vorlagepflicht will der Gesetzgeber schon bei Vertragsschluss auch für wettbewerbliche Verträge eine aufsichtsrechtliche Prüfung einführen. Die Vorlagepflicht greift allein schon aus ordnungspolitischen Gründen zu weit und schafft unnötige bürokratische Prozesse. Selektivverträge sollen Innovationen fördern. Sie unterliegen deshalb nicht den Formalien kollektivvertraglichen Verträge. Vielmehr übernehmen die Krankenkassen im Wettbewerb Verantwortung und haften für die Konsequenzen ihrer Entscheidungen unmittelbar auf der Finanz- wie auf der Marktseite. Aufgrund der Rahmenbedingungen besteht zudem ein vitales Interesse, keine Verträge abzuschließen, die ihre Haushaltslage beeinträchtigen. Aus diesem Grund wird die Erweiterung der Vorlagepflichten bei Vertragsschluss für die wettbewerblichen Verträgen abgelehnt.

Zu 2.:

Die Regelung ist ebenfalls aus ordnungspolitischen Erwägungen abzulehnen. Sie führt zu überflüssigem Verwaltungshandlungen und Bürokratie. Faktisch können sich die Länder auch ohne diese Regelung jederzeit an die Krankenkassen wenden und Vorschläge und Anregungen für die Verbesserung der Versorgung durch die genannten Verträge einreichen. Durch die Regelung besteht die Gefahr der Einflussnahme auf die Geschäfts- und Vertragspolitik einzelner Krankenkassen, die zu Wettbewerbsverzerrungen führen könnten.

### C Änderungsvorschlag

Streichung der Neuregelung



## Zu Artikel 1 Nr. 12 § 73 Abs. 7 SGB V - Kassenärztliche Versorgung

### A Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgeschlagene Regelung stellt klar, dass es Vertragsärzten nicht gestattet ist, für die Zuweisung von Versicherten ein Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile zu erhalten bzw. sich versprechen zu lassen.

### B Stellungnahme

Die Klarstellung ist zu begrüßen. Allerdings sollte ebenfalls klargestellt werden, dass bei gesetzlich zulässigen Vereinbarungen mit Krankenkassen, über finanzielle Anreize für die Mitwirkung an der Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven und die Verbesserung der Qualität der Versorgung, diese Regelung nicht greifen soll. Dies ist zwar in der Gesetzesbegründung enthalten, die Aufnahme in den Gesetzestext würde die Rechtssicherheit erhöhen, wobei der klarstellende Charakter in der Begründung genannt werden sollte.

### C Änderungsvorschlag

Ergänzung des neuen Absatzes 7 um folgenden Satz 3:

Gesetzlich zulässige Vereinbarungen mit Krankenkassen über finanzielle Anreize für die Mitwirkung an der Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven oder die Verbesserung der Qualität der Versorgung bleiben hiervon unberührt.



## Zu Artikel 1 Nr. 13 § 73b Absatz 4a SGB V - Hausarztzentrierte Versorgung

### A Beabsichtigte Neuregelung

Durch den Gesetzentwurf der Bundesregierung zu § 73b SGB V soll nunmehr geregelt werden, dass

- der in Abs. 4a Satz 4 enthaltene Hinweis über den Ausschluss der aufschiebenden Wirkung der Klage gegen die Festlegung des Vertragsinhaltes zu streichen ist und
- eine Klage gegen die Festlegung des Vertragsinhalts nicht gegen die Schiedsperson, sondern gegen eine der beiden Vertragsparteien zu richten ist (§ 73b Abs. 4a Satz 5 SGB V neu).

Die Streichung der Regelung über den Ausschluss der aufschiebenden Wirkung soll erfolgen, weil hierdurch der „Eindruck“ habe entstehen können, es handele sich bei dem Schiedsspruch um einen Verwaltungsakt. Die Streichung soll die fehlende Qualität des Verwaltungsakts und die Tätigkeit der Schiedsperson als sog. Vertragshelfer analog § 317 BGB „klarstellen“. Unter Orientierung an der Parallelregelung des § 77 Abs. 1 S. 5 SGB XII soll weiterhin geregelt werden, dass Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts gegen die jeweils andere Vertragspartei zu richten sind.

Dies ergänzt die bisherige Begründung im Gesetzentwurf, nach der eine „entsprechende Klarstellung“ erforderlich sei, da zu dieser Frage unterschiedliche Rechtsprechung ergangen sei.

### B Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung wird abgelehnt, da sie zu gravierenden Beeinträchtigungen der gesetzlichen Krankenkassen in Bezug auf den Rechtsschutz und die Erfüllung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität führt. Sie löst zudem den grundlegenden Widerspruch eines Schiedsverfahrens (Einigungszwang im Selektivbereich) außerhalb der Regelversorgung (§ 89 SGB V) nicht auf.

#### 1. Rechtsschutz

Mit Rücksicht auf die vorhandene Rechtsprechung und Literatur handelt es sich bei der geplanten Neuregelung tatsächlich um eine konstitutive und keine lediglich klarstellende Änderung. Nach derzeitigem Rechtsstand ist die jeweilige Schiedsperson passiv legitimiert für die Klage gegen den Schiedsspruch als Verwaltungsakt. Dies ergibt sich aus der nunmehr zur Streichung vorgesehenen Regelung des § 73b Abs. 4a Satz 4 SGB V. Danach haben Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson und die Festlegung des Vertragsinhalts keine aufschiebende Wirkung. Der Ausschluss der aufschiebenden Wirkung der Klage ist dann geboten, wenn einer Klage aufschiebende Wirkung zukommt. Dies ist jedoch ausschließlich bei der Anfechtungsklage gegen Verwaltungsakte nach § 86a Abs. 1 Satz 1 SGG der Fall (s. dazu BVerwGE 116, 78, 82 zum Schiedsverfahren nach § 93b BSHG / § 77 SGB XII). Schon aus diesem Grund handelt es sich bei der Festlegung des Vertragsinhalts durch die Schiedsperson um einen Verwaltungsakt. Bestätigt wird dies im Übrigen dadurch, dass die Bestimmung der Schiedsperson durch die Aufsicht der Krankenkasse gemäß § 73b Absatz 4a Satz 2 SGB V in jedem Fall einen Verwaltungsakt darstellt. Dass für eine Klage gegen den Schiedsspruch als Verwaltungsakt die jeweilige Schiedsperson passiv legitimiert ist, wird einhellig in Rechtsprechung und Literatur vertreten:



*vgl. SG Bremen, B. v. 24.09.2010 – S 1 KA 36/10 ER; SG Stuttgart, B. v. 05.01.2011 – S 10 KA 57-50/10 ER; SG Stuttgart, B. v. 04.02.2011 – S 11 KA 6373/10 ER; SG Hamburg, B. v. 08.03.2011 – S 3 KA 18/11 ER; Adolf, in: juris PK-SGB V, § 73b SGB V Rn. 55.3; Schnapp, NZS 2010, 241, 245 f.; Orłowski, ZMGR 2009, S. 124, 131; Ebsen, Rechtliche Anforderungen an das Handeln der Schiedsperson für die Festlegung des Vertrages über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V, 2009, Rn. 20.*

Auch das Bundessozialgericht hat in seinem Urteil vom 25.11.2010 (zu § 132a SGB V) angedeutet, dass es mit Rücksicht auf den zwingenden Charakter des Schiedsverfahrens nach § 73b Abs. 4 Satz 2 i.V.m. Abs. 4a SGB V und den in § 73b Abs. 4a Satz 4 SGB V geregelten Ausschluss der aufschiebenden Wirkung der Klage gegen die Festlegung des Vertragsinhalts durch Schiedsspruch die Verwaltungsaktsqualität des Schiedsspruchs für naheliegender hält (Urt. v. 24.11.2010 – B 3 KR 1/10 R – Rn. 26). Das Bundessozialgericht hat die Frage im Ergebnis offen gelassen, weil sie nicht entscheidungsrelevant war. Divergierende Rechtsprechung zur Verwaltungsaktsqualität des Schiedsspruchs nach § 73b Abs. 4a SGB V liegt damit nicht vor.

Würde die Gesetzesänderung in der Begründung dennoch als „Klarstellung“ bezeichnet und würden die Sozialgerichte dieser Begründung folgen, hätte dies zur Konsequenz, dass aufgrund einer rückwirkenden Änderung des verfahrensrechtlichen und prozessualen Rahmens bereits laufende Klageverfahren gegen Schiedspersonen kostenpflichtig für die klagende Partei abgewiesen werden müssten. Tatsächlich handelt es sich damit um konstitutive und nicht lediglich klarstellende Änderungen. Konsequenz der rückwirkenden Änderung wäre, dass in bereits laufenden Verfahren gegen Schiedspersonen die Klagen kostenpflichtig für die klagende Partei abgewiesen werden müssten. Ein solcher Eingriff in laufende Gerichtsverfahren ist unangemessen. Zwischenzeitlich sind die in zahlreichen Schiedsverfahren ergangenen Schiedssprüche Gegenstand bundesweit anhängiger Gerichtsverfahren, die im Vertrauen auf die bisherige Rechtslage angestrengt wurden. Die zur Zeit geltende Regelung über den Ausschluss der aufschiebenden Wirkung der Klage, welche Grundlage des Vertrauens in die Verwaltungsakt-Qualität des Schiedsspruches ist, ist durch das GKV-OrgWG vom 15.12.2008 ins SGB V eingefügt worden und bereits seit über zweieinhalb Jahren in Kraft. Auch die hier in der Begründung als Parallelregelung angeführte Vorgängerregelung des § 77 Abs. 1 S. 5 SGB XII wurde vom Bundesverwaltungsgericht (BVerwGE 116, 78 ff.) als konstitutive gesetzliche Änderung ausgelegt. Dort handelte es sich um einen gesetzlichen Parteiwechsel. Das Gericht führte darüber hinaus aus, dass die Entscheidung des Gesetzgebers für das Institut des Verwaltungsakts zu einem systemgerechten Rechtsschutz führe. Dieser wird durch die geplante Gesetzesänderung ohne sachlichen Grund aufgegeben. Namentlich fehlt es für das Schiedsverfahren an der für die Anwendung der §§ 317 ff BGB unverzichtbaren Freiwilligkeit (s. dazu BVerwGE 116, 78, 80; BVerwGE 108, 47, 50 ff), die die eingeschränkte gerichtliche Kontrolle der Schiedssprüche rechtfertigt. Denn sowohl der Vertragsschluss als auch das Schiedsverfahren sind und bleiben in § 73b Abs. 4 i.V.m. Abs. 4a SGB V zwingend vorgeschrieben.

## 2. Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots

Darüber hinaus käme es zur Änderung des Prüfungsansatzes hinsichtlich der materiellen Rechtmäßigkeit des Schiedsspruchs. Damit entstünden negative Folgen in Bezug auf die vom Gesetzgeber gerade durch das GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FG – getroffenen Regelungen zur Beachtung der Beitragssatzstabilität und damit auf die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots bei Verträgen, die nach dem 22.09.2010 zustande kommen. Bei Anlegung des zukünftig geltenden Prüfmaßstabes der offenbaren Unbilligkeit nähme der Gesetzgeber in Kauf, dass die von ihm mit Wirkung ab 22.09.2010 vom Gesetzgeber eingezogene Kostenbegrenzung (§ 73b Abs. 5a, 8 SGB V) ausgehebelt wird. Es widerspricht sich, wenn



der Gesetzgeber klare versicherungsmathematische Regelungen dazu trifft, wann der Grundsatz der Beitragssatzstabilität erfüllt ist, und andererseits dann die entsprechenden Festlegungen zum einen durch eine Schiedsperson getroffen werden, die im Hinblick auf ihr Tun nicht im Rahmen eines Gerichtsverfahrens zur Verantwortung gezogen werden kann und zum anderen lediglich einer gerichtlichen Kontrolle i.S.d. § 319 BGB im Hinblick auf ihre offenbare Unbilligkeit unterzogen werden.

Die geplante gesetzliche Einordnung des Schiedsspruchs als bloßer Gestaltungsakt beinhaltet damit eine geringere Überprüfbarkeit des Schiedsspruches in formeller und materieller Hinsicht. Anders als bei einer Anfechtungsklage gegen einen Verwaltungsakt würde die gerichtliche Prüfung bei Rechtswidrigkeit auch nicht zur Aufhebung des Schiedsspruchs führen, sondern das Gericht wäre nach § 319 BGB verpflichtet, die offenbar unbilligen Regelungen durch nicht offenbar unbillige Regelungen zu ersetzen.

Der Gesetzgeber nähme erhebliche Nachteile für die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Versichertengemeinschaft sowie mögliche Rechtsverstöße gegen früher gesetztes Recht in Kauf, um die Schiedsperson aus der Verantwortung für die Rechtmäßigkeit ihres Handelns zu entlassen.

Die einzig sachgerechte Lösung ist eine konsequente Ausrichtung der HzV auf eine selektivvertragliche Gestaltungsspielräume wahrende und Innovationswettbewerb stimulierende Regelung. Danach ist ein Vertragsprivileg für privatrechtlich organisierte hausärztliche Gemeinschaften ebenso zurück zu nehmen, wie die Schiedsregelung selbst. Im Ergebnis sollte vielmehr wieder eine Verhandlungslösung entstehen. Zur Absicherung der Verbindlichkeit einer Verhandlungslösung könnte sich der Gesetzgeber wettbewerblich systemkonformer Lösungen bedienen.

## **C      Änderungsvorschlag**

Die beabsichtigte Neuregelung wird abgelehnt.

Im Sinne einer wettbewerblich orientierten Versorgung im Bereich der Selektivverträge ist darauf zu verzichten, einen Vertragsabschluss durch einen Schiedsspruch zu erzwingen, wenn es zwischen den Vertragsparteien nicht zu einer Einigung kommt. Um den Vertragswettbewerb zu fördern und unwirtschaftliche Mehrausgaben der Krankenkassen zu vermeiden, sind stattdessen vielmehr sowohl der Kontrahierungszwang als auch das Vertragsmonopol des Hausärzterverbandes endgültig zu beseitigen.

Aus rechtssystematischen Gründen wäre lediglich hilfsweise ein Konstrukt denkbar, bei dem der Schiedsspruch als Verwaltungsakt von der zuständigen Aufsichtsbehörde zu genehmigen und bei öffentlichem Interesse ggf. mit einem Sofortvollzug zu verbinden wäre.



## Zu Artikel 1 Nr. 14 § 75 Absatz 1 SGB V – Inhalt und Umfang der Sicherstellung

### A Beabsichtigte Neuregelung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen können den Notfalldienst auch durch Kooperationen und eine organisatorische Verknüpfung mit Krankenhäusern sicherstellen.

### B Stellungnahme

Politisch intendiert ist die Steigerung der Attraktivität des niedergelassenen Arztes auf dem Land. Die Regelung ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings ist sie nicht auf strukturschwache Gebiete begrenzt und hätte in Ballungsräumen eine andere Wirkung. Vorrangig ist dabei eine Mehrbelastung der Krankenkassen durch Verlagerungen und Konkurrenz zwischen den Sektoren, die mit den derzeitigen Regelungsgrundlagen induziert werden, zu befürchten. Es bedarf sektorübergreifender Lösungen.

### C Änderungsvorschlag

Die Voraussetzungen sollten enger definiert werden. Wenn alle Möglichkeiten der Notfallversorgung ausgeschöpft sind, ist eine sektorübergreifende Organisation denkbar. Die Sicherstellungsverantwortung sollte dabei bei den KV verbleiben. Die Vergütung sollte weiterhin aus der MGV und kostenneutral für die Kassen erfolgen. Im Rahmen des Versorgungsauftrags sollte die Einhaltung der Rechte und Pflichten des SGB V gefordert werden (Pharmakotherapie, stationäre Einweisungen). Die Notfallambulanz des Krankenhauses sollte jedoch weiterhin nicht über die Möglichkeiten der Verordnung und Abrechnung wie der niedergelassene Arzt verfügen.



Zusätzlicher Regelungsbedarf aus Sicht des AOK-BV  
**Zu Artikel 1 § 75 Absatz 7 SGB V – Inhalt und Umfang der Sicherstellung**

**A Vermisste Neuregelung**

Es fehlt eine Neuregelung zu dem unten dargestelltem Sachverhalt unter § 75 Abs, 7

**B Stellungnahme**

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat am 17.05.2011 beschlossen, dass jede Kassenärztliche Vereinigung (KV) für die Jahre von 2013 bis 2015 nach einer auf der Grundlage von § 75 Abs. 7 SGB V im Innenverhältnis der KVen festzulegenden verbindlichen Verfahren jährlich 0,5 Prozentpunkte des jeweiligen prozentualen Zuwachses der Gesamtvergütungen im Vorjahr an die KBV abzuführen hat; das resultierende Finanzvolumen soll jährlich über einen in der entsprechenden Richtlinie der KBV festgelegten, ausschließlich diagnosebasierten, patientenbezogenen und Leistungen der haus- und fachärztlichen Grundversorgung betreffenden Ausgleich auf die KVen rückverteilt werden.

Sollte eine entsprechende Richtlinie der KBV gesetzmäßig gefasst werden können und – neben dem Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ) – eine weitere Umverteilung von Finanzmitteln zwischen den KVen stattfinden (dürfen), ist zumindest eine gesetzliche Verpflichtung zur genauen Offenlegung der verschiedenen Finanzflüsse zwischen den KVen erforderlich.

**C Änderungsvorschlag**

Für eine Umverteilung von Mitteln der Gesamtvergütung zwischen den KVen auf der Grundlage von Richtlinien nach § 75 Abs. 7 SGB V wird eine gesetzliche Verpflichtung errichtet, nach der den Krankenkassen Umfang und Zweck der einzelnen Finanzflüsse zwischen den KVen offenzulegen sind. Die Offenlegung hat in den Transparenzberichten gemäß § 87c (neu) zu erfolgen.



## **Zu Artikel 1 Nr. 15 § 77 SGB V – Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

In Absatz 1 werden die Sätze 2 und 3 als obsolet aufgehoben. Absatz 2 legt fest, dass sich Kassenärztliche Vereinigungen mit Zustimmung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden auch für den Bereich mehrerer Länder vereinigen können. Die gültigen Gesamtverträge können dann noch längstens vier Quartale weiter gelten. Es besteht aber die Option, dass die Vertragspartner unterschiedliche landesspezifische Vergütungen vereinbaren.

Durch die Änderung des Absatzes 6 wird den Kassenärztlichen Vereinigungen in Analogie zu den Leistungsträgern ermöglicht, die Wahrnehmung gesetzlicher Aufgaben auf andere Kassenärztliche Vereinigungen zu übertragen, z.B. Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung.

### **B Stellungnahme**

Analogie zu den Regelungen für regionale Krankenkassen. Durch die Option, unterschiedliche Vergütungen vereinbaren zu können, lassen sich weiterhin landesspezifische Besonderheiten berücksichtigen.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner





## **Zu Artikel 1 Nr. 16 § 79SGB V – Organe der KVen und KBV**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Amtszeit des Vorstands einer Kassenärztlichen Vereinigung bzw. der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beträgt künftig bis zu sechs Jahre.

### **B Stellungnahme**

Flexibilisierung der bislang gültigen Regel, dass die Vorstände KV/KBV für eine Amtszeit von definiert sechs Jahren gewählt werden. Analogie zu den Regelungen für Krankenkassen seit dem GKV-WSG.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## Zu Artikel 1 Nr. 17 § 79c Satz 1 SGB V – Beratender Fachausschuss

### A Beabsichtigte Neuregelung

Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung werden je ein beratender Fachausschuss für die hausärztliche Versorgung und ein beratender Fachausschuss für die fachärztliche Versorgung gebildet, die aus Mitgliedern bestehen, die an der jeweiligen Versorgung teilnehmen und nicht bereits Mitglied in einem Fachausschuss nach § 79b sind."

### B Stellungnahme

Die Bildung des Ausschusses dient einem besseren Einbezug des hausärztlichen Sachverständigen

### C Änderungsvorschlag

Keiner



## **Zu Artikel 1 Nr. 19 a) und b) § 84 Abs. 1 und 2 SGB V – Arznei- und Heilmittelbudget, Richtgrößen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Es wird klargestellt, dass die Vorschriften zur Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung nach § 84 alle Leistungen nach § 31 SGB V umfassen.

### **B Stellungnahme**

Die geplante Regelung ist zu begrüßen. Damit wird Rechtsklarheit hinsichtlich der hier umfassten verordneten Leistungen geschaffen.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## **Zu Artikel 1 Nr. 19 c) § 84 Abs. 8 SGB V - Heilmittelbudget, bundesweite Praxisbesonderheiten**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

KBV und GKV-Spitzenverband legen bis zum 30.09.2012 erstmals bundesweit geltende Praxisbesonderheiten für die Verordnung von Heilmitteln fest, die nicht unter die Wirtschaftlichkeitsprüfung fallen. Bei Nichteinigung entscheidet das Schiedsamt. Auf Landesebene können weitere Praxisbesonderheiten vereinbart werden.

### **B Stellungnahme**

Die bisher sehr unterschiedlichen Landesregelungen zu Praxisbesonderheiten sollen auf diese Weise vereinheitlicht werden. Es ist zu befürchten, dass dies zu einer Umsetzung nach dem Maximalprinzip führt. Weder Gesetzestext noch Begründung enthalten Hinweise, welche Kriterien bundesweit geltende Praxisbesonderheiten erfüllen müssen.

Nach der Gesetzesbegründung sollen die neuen Festlegungen auch schon für Prüfungen, die frühere Zeiträume betreffen, maßgeblich sein. Dies führt zu massiver Rechtsunsicherheit hinsichtlich der Verbindlichkeit der aktuell getroffenen regionalen Vereinbarungen.

### **C Änderungsvorschlag**

Die Neuregelung sollte dahingehend präzisiert werden, dass sich die festzulegenden Praxisbesonderheiten auf die Verordnung von Heilmitteln für Patienten mit besonders schwerwiegendem und dauerhaftem Behandlungsbedarf beziehen. In der Gesetzesbegründung der Satz zu streichen, dass die künftig verbindlichen Festlegungen auch schon für Prüfungen für frühere Zeiträume verbindlich sein können.



## Zu Artikel 1 Nr. 20 a) § 85 Abs. 2 Satz 7 SG B V – Vertragszahnärztliche Versorgung

### A Beabsichtigte Neuregelung

Aufhebung des Vorrangs der Beitragssatzstabilität sowie Aufgabe der Ausgabenbegrenzung durch die Aufhebung der strikten Grundlohnsummenanbindung mit dem Ziel, die Verhandlungsspielräume zu flexibilisieren und damit Möglichkeiten zu schaffen, um auf Überschreitungen in der Gesamtvergütung reagieren zu können.

### B Stellungnahme

Eine Aufhebung des Vorrangs der Beitragssatzstabilität sowie eine Aufgabe der Ausgabenbegrenzung sind weder wirtschaftlich geboten noch zahnmedizinisch erforderlich. Denn Wissenschaftliche Studien, die von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und Bundeszahnärztekammer (BZÄK) in Auftrag gegeben wurden, belegen diesbezüglich, dass die Bindung der Ausgaben an die Grundlohnsummenentwicklung (GLS) sowie Budgetierung im konservierend-chirurgischen Bereich nicht zu einer Gefährdung der Zahngesundheit geführt hat, sondern unter diesen Voraussetzungen sogar ein Rückgang der Zahnverluste bei Erwachsenen und Senioren erreicht werden konnte. Da weder die Versorgungsqualität weiterentwickelnde Vorgaben damit verbunden werden, noch sonstige Verbesserungen für die Patientinnen und Patienten vorgegeben werden, würde eine solche gesetzliche Vorgabe ausschließlich dazu führen, dass nur die Einnahmesituation der Zahnärzte verbessert wird.

Darüber hinaus wären die entstehenden Mehrausgaben ausschließlich von den Versicherten über Zusatzbeiträge zu finanzieren.

Die geplante Streichung des Absatzes 2 Satz 7 wird abgelehnt.

### C Änderungsvorschlag

Beibehaltung der bisherigen Regelung.



## Zu Artikel 1 Nr. 20 b) § 85 Abs. 2a SGB V – Vertragszahnärztliche Versorgung

### A Beabsichtigte Neuregelung

Herstellung von Chancengleichheit im Wettbewerb durch die einmalige Nivellierung der landesdurchschnittlichen Punktwerte und der Gesamtvergütung bei den verschiedenen Krankenkassen und Krankenkassenarten mit dem Ziel, Belastungsunterschiede abzubauen sowie eine Ausgangsbasis für die Vertragsverhandlungen auf Länderebene ab 2013 herzustellen.

### B Stellungnahme

Historisch bedingt werden seit Jahrzehnten vergleichbare vertragszahnärztliche Leistungen von den Krankenkassen mit den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) mit unterschiedlichen Punktwerten abgerechnet. Von den Ersatzkassen wurden die unterschiedlichen Punktwerte und die höchstzulässigen Gesamtvergütungen bis zur Einführung des Gesundheitsfonds durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG), vor allem als Marketing- bzw. Wettbewerbselement genutzt, um sich „positiv“ von den anderen Krankenkassen abgrenzen zu können. Nun drängt erneut der Verband der Ersatzkassen (vdek) - Hand in Hand mit der KZBV - auf eine Änderung der gesetzlichen Grundlagen für die Errechnung der Punktwerte und höchstzulässigen Gesamtvergütungen.

Die christdemokratisch geführte Bundesregierung hat in der vergangenen Wahlperiode diesbezügliche Initiativen zur Punktwertangleichung zurückgewiesen und z.B. in der Antwort auf die Kleine Anfrage der FDP-Bundestagsfraktion „Probleme bei der Umsetzung der Gesundheitsreform“ – Drucksache 16/10084, vom 5. August 2008 – daraufhin gewiesen, dass *„(...) die in der vertragszahnärztlichen Versorgung bestehenden unterschiedlichen Punktwerte für die Vergütung nicht auf Vorgaben des Gesetzgebers beruhen, sondern darauf, dass die Ersatzkassen in der Vergangenheit auf Selbstverwaltungsebene höhere Punktwerte als die übrigen Krankenkassen vereinbart hatten. Die mit den höheren Punktwerten verbundenen höheren Belastungen der Ersatzkassen gegenüber den übrigen Krankenkassen rechtfertigen kein regulierendes Eingreifen des Gesetzgebers. Zudem ist zu berücksichtigen, dass sich die Ersatzkassen mit den höheren Vergütungen in der Vergangenheit auch Wettbewerbsvorteile verschafft haben, indem sie den Versicherten gegenüber auf den „Einkauf einer besseren Versorgung“ hinweisen konnten.“*

Die AOK teilt diese Auffassung der Bundesregierung nach wie vor und sieht daher auch keine gesetzgeberische Notwendigkeit für eine entsprechende Änderung. Zudem wird eine Erhöhung der Punktwerte und der höchstzulässigen Gesamtvergütungen, ohne dass eine qualitative Verbesserung in der zahnmedizinischen Versorgung erfolgt, zu weiteren Mehrausgaben führen, die nur von den Versicherten über Zusatzbeiträge zu finanzieren wären.

Sollte eine Vereinheitlichung der Punktwerte dennoch aus politischen Gründen gewollt sein, müssen dringend zwei Grundsätze beachtet werden:

1. Die Berechnung eines Durchschnittspunktwertes bedarf einer validen Datengrundlage. Deshalb muss als Basisjahr ein Abrechnungsjahr herangezogen werden, in dem alle Leistungs- und Zahlungsvorgänge des betreffenden Jahres abgeschlossen sind. Für die vorgesehene Punktwertnivellierung ist unter diesen Prämissen das Jahr 2010 – korrigiert um die GLS-Steigerungen - zugrunde zu legen, weil für dieses Jahr erstmalig alle abrechnungstechnisch relevanten Vorgänge abgeschlossen sind.
2. Die Berechnungsgrundsätze sollten für alle KV-Bezirke einheitlich und nachvollziehbar sein und müssen das tatsächliche Leistungsgeschehen der Kassen widerspiegeln. Hierzu sind Vertragspunktwerte als Berechnungsgrundlage nicht geeignet. Berechnungs-



grundlage sollte vielmehr die abgerechnete Gesamt-Punktmenge und das insgesamt für die vertragszahnärztliche Versorgung zur Verfügung gestellte Vergütungsvolumen sein.

Die nähere Ausgestaltung sollte der Landesebene obliegen. Sollte ein bundeseinheitlicher Punktwert angestrebt werden, bedarf es auch bundesweit geltender Berechnungsgrundlagen und vorgaben.

Darüber hinaus muss ausgeschlossen werden, dass den betroffenen Krankenkassen aus dieser Maßnahme Mehrausgaben entstehen. Es ist gesetzlich eine kostenneutrale Nivellierung der Punktwerte sicherzustellen.

### **C     Änderungsvorschlag**

Die gesetzlichen Vorgaben zur Punktwertnivellierung sind auf realistische und von den Vertragspartnern umsetzbare Grundlagen zu stellen. Hierzu zählt zum einen die Schaffung einer validen Datengrundlage auf der Basis der Abrechnungsdaten des Jahres 2010. Berechnungsgrundlage sollten zum anderen die abgerechneten Gesamt-Punktmengen und die insgesamt zur Verfügung gestellten Vergütungsvolumina der Krankenkassen sein.



## Zu Artikel 1 Nr. 20 d) § 85 Abs. 3 SGB V – Vertragszahnärztliche Versorgung

### A Beabsichtigte Neuregelung

Eröffnung von flexibleren Verhandlungsspielräumen für die Vereinbarung der Gesamtvergütungen auf Länderebene unter Berücksichtigung von neuen Kriterien, wie z.B. die Zahl und Struktur der Versicherten, die Morbiditätsentwicklung sowie die Kosten- und Versorgungsstruktur mit dem Ziel, eine angemessene Vergütungshöhe vereinbaren zu können.

### B Stellungnahme

Grundsätzlich ist die Weiterentwicklung der Gesamtvergütung auf Länderebene zu begrüßen. Dabei ist wie bisher der Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten. Die Forderung der Zahnärzteschaft, die Beitragssatzstabilität nur noch zu „berücksichtigen“, verlässt die bisherige einnahmenorientierte Ausgabenpolitik und führt zu Mehrausgaben. Darüber hinaus sollte vor der Aufnahme als gesetzliche Regelung das Kriterium der Morbidität im vertragszahnärztlichen Bereich zunächst eindeutig definiert werden. Die Flexibilisierung der Gesamtvergütung insbesondere durch die Aufnahme des Kriteriums von Kostenstrukturen wird abgelehnt. Vielmehr sollten Besonderheiten bei der Versorgungsstruktur wie z.B. die Zahnarztdichte oder die Kostendegression bei steigenden Punktmengen Berücksichtigung finden.

Zur Mitteilung der Zahl der Versicherten einer Krankenkasse, die ihren Wohnsitz im Bezirk der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung haben (gegliedert nach den Altersgruppen des Vordrucks KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung), ist die Vereinbarung eines entsprechenden Datensatzes auf Selbstverwaltungsebene erforderlich.

Der § 85 Absatz 3 ist entsprechend abzuändern.

### C Änderungsvorschlag

„(3) In der vertragszahnärztlichen Versorgung vereinbaren die Vertragsparteien des Gesamtvertrages die Veränderungen der Gesamtvergütungen unter Berücksichtigung der Zahl und Struktur der Versicherten, der Versorgungsstruktur, der für die vertragszahnärztliche Tätigkeit aufzuwendenden Arbeitszeit sowie der Art und des Umfangs der zahnärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs beruhen. Bei der Vereinbarung der Veränderungen der Gesamtvergütungen ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71) in Bezug auf das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragszahnärztlichen Leistungen ohne Zahnersatz neben den Kriterien nach Satz 1 zu beachten. Absatz 2 Satz 2 bleibt unberührt. **Die Krankenkassen haben den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die Zahl ihrer Versicherten vom 1. Juli eines Jahres, die ihren Wohnsitz im Bezirk der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung haben, gegliedert nach den Altersgruppen des Vordrucks KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung bis zum 1. Oktober des Jahres mitzuteilen.** Bei den Verhandlungen über die Vereinbarungen nach Satz 1 für das Jahr 2013 sind die gegenüber der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung für das Jahr 2010 abgerechneten Punktmengen für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz nach vollständig erfolgter sachlich-rechnerischer Berichtigung sowie nach der Prüfung der Plausibilität von Art und Umfang der zahnärztlichen Leistungen in Bezug auf die angegebenen Befunde angemessen zu berücksichtigen.“





## Zu Artikel 1 Nr. 20 f) § 85 Abs. 4 SGB V – Vertragszahnärztliche Versorgung

### A Beabsichtigte Neuregelung

Der Honorarverteilungsmaßstab für die vertragszahnärztliche Versorgung soll durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigung in eigener Verantwortung als Satzung beschlossen werden. Mit den Krankenkassen auf Länderebene ist das Benehmen herzustellen.

### B Stellungnahme

Die Einflussnahme der Krankenkassen bei der Verteilung der Gesamtvergütung sollte beibehalten werden, insbesondere wenn Kriterien zur Ausgabenbegrenzung wegfallen sollen.

### C Änderungsvorschlag

Die Regelungen in Absatz 4 Satz 2 sind wie folgt zu ändern:

„(4)...Sie wendet dabei in der vertragszahnärztlichen Versorgung den im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen festgesetzten Verteilungsmaßstab an.“



## Zu Artikel 1 Nr. 21 § 85c SGB V – Vergütung ärztlicher Leistungen im Jahr 2006

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Aufhebung abgelaufener Übergangsregelungen.

### **B Stellungnahme**

Die Aufhebung ist sachgerecht.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## **Zu Artikel 1 Nr. 22 a, b, c,) § 87 Abs. 2a-c SGB V – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Neuregelung schwächt die Verpflichtung zur Pauschalierung im hausärztlichen Bereich ab und weist dem Bewertungsausschuss die Aufgabe zu, die Aufnahme von telemedizinischen Leistungen zu prüfen und ggf. zu beschließen.

### **B Stellungnahme**

Die Regelungen zum EBM bedeuten in der hausärztlichen Vergütung eine Abkehr von der in der Vergangenheit auch von den Ärzten gewünschten Vereinfachung und Entbürokratisierung der Abrechnung durch eine Pauschalierung.

Der AOK-BV begrüßt grundsätzlich eine umfassende Neuordnung und -kalkulation des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes. Allein durch eine Herauslösung von Einzelleistungen aus der hausärztlichen Versichertenpauschale sieht der AOK-BV die bestehenden Probleme mit dem EBM in seiner derzeitigen Fassung jedoch nicht gelöst.

Durch eine nicht sachgerechte, morbiditätsunabhängige Pauschalierung im hausärztlichen Sektor werden Anreize zur Risikoselektion gesetzt. Gleichzeitig hat die systematische Überbewertung der technischen Leistungen aufgrund veralteter Kostendaten Anreize zur Erbringung dieser Leistungen geführt und in den entsprechenden Fachgruppen eine medizinisch nicht begründbare Leistungsmengenausweitung gefördert. Weder Leistungsmengenausweitung noch Risikoselektion würden durch eine Rückkehr zu den von den Hausärzten stets bekämpften Einzelleistungen vermindert, von Behandlungseffizienz als gesundheitsökonomischem Ziel der vertragsärztlichen Vergütungssystematik scheint wieder Abstand genommen zu werden.

Die Herauslösung von Einzelleistungen aus den hausärztlichen Versichertenpauschalen aufgrund einer tatsächlich oder vermeintlich bestehenden „Förderungswürdigkeit“ erzeugt regelmäßig eine Forderungsdynamik nach einer extrabudgetären Vergütung bzw. nach einer höheren Bepreisung solcher Leistungen, was nicht in jedem Fall sachgerecht ist. Mit der Herauslösung von Einzelleistungen aus den Versichertenpauschalen innerhalb der MGV und der damit einhergehenden Leistungsmengen- bzw. Ausgabenspreizung würde dem hausärztlichen Versorgungsbereich wieder zu einer Ausdifferenzierung von diagnosebasierter Morbidität verholfen, was sich gesamtvergütungswirksam auch auf die Höhe der diagnosebezogenen Veränderungsrate dieses Versorgungsbereichs auswirken kann (durch den hohen Pauschalierungsgrad in der aktuellen hausärztlichen Honorierung kann diagnosebasierte Morbidität derzeit nur wenig differenziert abgebildet werden). Aufgrund der Vielzahl empirisch nur unzureichend fundierter Annahmen, im Verhandlungswege festgesetzter Bewertungsrelationen und einer veralteten Datengrundlage kann von einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes aus Sicht des AOK-BV schon lange nicht mehr gesprochen werden. Es ist daher zweifelhaft, ob auf Basis des aktuellen EBM eine sachgerechte Berücksichtigung telemedizinischer Leistungen, soweit es erforderlich ist, möglich ist.



## **C    Änderungsvorschlag**

Der AOK-BV empfiehlt folgende Maßnahmen für eine EBM-Reform:

- Umstellung der EBM-Kalkulation auf eine Teilkostenrechnung. Eine getrennte Vergütung ärztlicher und technischer Leistungsanteile soll ermöglicht werden, soweit es einer leistungsorientierten Vergütung dienlich ist. Dies würde auch die Berücksichtigung eines ggf. anfallenden Mehraufwandes für telemedizinische Leistungen abbilden.
- Angleichung des Pauschalierungsgrades von Haus- und Fachärzten,
- Die Neuordnung und -kalkulation wird durch eine neutrale Stelle vorgenommen, die auch regelmäßig die erforderlichen Daten erhebt. Durch eine regelmäßige Anpassung würden auch Wirtschaftlichkeitseffekte berücksichtigt.



## **Zu Artikel 1 Nr. 22 e § 87 Abs. 2e SGB V – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Zu- und Abschläge auf den Orientierungswert aufgrund von Unter- oder Überversorgung sollen entfallen.

### **B Stellungnahme**

Die Abschaffung der Zu- und Abschläge auf den bzw. von dem Orientierungswert aufgrund von Unter- bzw. Überversorgung würde den Wegfall eines hocheffektiven Instruments zur Versorgungs- und Niederlassungssteuerung bedeuten.

Diese Einschränkung der Steuerungsmöglichkeiten kann durch die Einführung reiner zuschlagsgebundener Instrumente nicht ersetzt werden, da letztere hinsichtlich überversorgter Regionen keine ausreichende Anreizwirkung entfalten.

### **C Änderungsvorschlag**

Die Änderung in § 87 Absatz 2 e sowie die Folgeänderungen in anderen Vorschriften wird nicht vorgenommen.



## **Zu Artikel 1 Nr. 22 i) § 87 Abs. 3a SGB V – Berichtspflichten des Bewertungsausschusses**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Aufgrund der eingeschränkten Kompetenzen des Bewertungsausschusses werden dessen Berichtspflichten auf die Analyse seiner Beschlüsse reduziert.

### **B Stellungnahme**

Die Neuregelung der Vorschrift steht in einem inhaltlichen Zusammenhang mit der Neufassung des §87c SGB V.

Es wird betont, dass aus Sicht des AOK-BV auf die in der aktuell geltenden Regelungen geforderten Berichte nicht verzichtet werden kann, wenn es eine interessenübergreifende Transparenz des vertragsärztlichen Leistungs- und Vergütungsgeschehens geben soll. Auch wenn der Bewertungsausschuss zukünftig zur vertragsärztlichen Vergütung hauptsächlich Empfehlungen abgeben soll, ist eine umfassende Datentransparenz erforderlich. Dies gilt nicht nur für die Vertragspartner auf Landesebene, sondern auch für den Bewertungsausschuss selbst, insbesondere mit Hinblick auf verbleibende Aufgaben, beispielsweise die Beschlussfassung zum EBM und zur Trennung der fach- und hausärztlichen Vergütung.

Die in der Neuregelung niedergelegte Beschränkung auf die Analyse der Auswirkungen seiner Beschlüsse ist insofern eine sinnentleerte Vorschrift, da ein Bericht über die Auswirkungen von Empfehlungen auf die Verhandlungsergebnisse in den KV-Bezirken aufgrund der unklaren Ursache-Wirkung-Beziehungen auf eine reine Spekulation ohne jeden praktischen Wert hinausliefere. Hier ist eine Beschränkung auf diejenigen Aufgaben notwendig, die zuverlässige Aussagen über die Auswirkungen zulassen.

Daher fordert der AOK-BV eine umfassende Berichtslegung zur vertragsärztlichen Vergütung durch den Bewertungsausschuss.

### **C Änderungsvorschlag**

Der Absatz 3a des §87 wird wie folgt gefasst:

Der Bewertungsausschuss analysiert die Auswirkungen seiner Beschlüsse, insbesondere zur Leistungsbewertung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab und deren Auswirkungen auf die vertragsärztlichen Honorare. Er veröffentlicht vierteljährlich vorläufige und endgültige Daten und Berichte zur aktuellen Entwicklung der Vergütungs- und Leistungsstruktur in der vertragsärztlichen Versorgung im Quartal. Aus den Berichten soll für jede Kassenärztliche Vereinigung insbesondere die Verwendung der durch die Krankenkassen entrichteten Gesamtvergütungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, insbesondere die Ergebnisse der Honorarverteilung und des Fremdkassenzahlungsausgleichs, das Honorar je Arzt, Arztgruppe, Fall und Leistungsgruppen hervorgehen. Zusätzlich ist über Arztzahlen, Fallzahlen und Leistungsmengen und Veränderungen der Kostenstrukturen zu informieren. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt hierzu dem Institut des Bewertungsausschusses die erforderlichen Daten einschließlich erforderlicher Korrekturlieferungen.



Zusätzlicher Regelungsbedarf aus Sicht des AOK-BV

## **Zu Artikel 1 Nr. 22 § 87 Abs 3f SGB V – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Vorschrift, welche die Datenerhebungen des Bewertungsausschusses regelt, bleibt trotz dessen eingeschränkter Kompetenzen unverändert. Um der Kompetenzverschiebung in der Honorarverhandlung vom Bewertungsausschuss zu den Gesamtvertragspartnern und den übrigen Zielen des Versorgungsgesetzes Rechnung zu tragen, ist eine bessere Datentransparenz und -sparsamkeit geboten.

### **B Stellungnahme**

Nach Ansicht des AOK-BV entspräche eine Anpassung der Vorschrift des § 87 Absatz 3f den Zielen des Versorgungsgesetzes nach Stärkung der regionalen Vertragspartner und Vereinfachung.

Der Regierungsentwurf hat mit der Neuregelung des §87a Abs. 6 SGB V der Kompetenzverlagerung nur teilweise Rechnung getragen. Die geänderte Vorschrift sieht vor, dass für die Verhandlungen auf Landesebene erforderliche Daten erhoben und über das Institut des Bewertungsausschusses an die Partner der Gesamtverträge zurück übermittelt werden. Diese Vorschrift betrifft jedoch die separate Neuerhebung von Daten.

Gleichzeitig ist angesichts der Verschiebung der Vertragskompetenzen aber erforderlich, dass Daten, die der Bewertungsausschuss zum Beschluss seiner Empfehlungen an die Landesebene erhebt und verarbeitet, den regionalen Vertragspartnern zur Verfügung gestellt werden, damit diese die Empfehlungen nachvollziehen und überprüfen können. Ohne eine entsprechende Prüfmöglichkeit werden die Vertragspartner auf Landesebene erfahrungsgemäß regelmäßig den Empfehlungen folgen, womit diese eine Verbindlichkeit erhalten, die das Gesetz gerade nicht vorsieht. Daher soll der Bewertungsausschuss die Datengrundlagen und Methoden seiner Empfehlungen gegenüber den Gesamtvertragspartnern offen legen.

Ergeht keine Empfehlung des Bewertungsausschusses, soll eine Datenübermittlung hingegen nicht notwendig sein (Datensparsamkeit). Zur Begrenzung des Verwaltungsaufwands sollen die Krankenkassen und ihre Verbände zur Erhebung und Verarbeitung der Daten Dritte beauftragen können.

Die Datenlieferwege auf Bundes- und Landesebene sind in Art, Umfang und Anzahl hinsichtlich des Grundsatzes der Datensparsamkeit zu überprüfen. Auf Bundesebene ist zu hinterfragen, inwieweit der Umfang der derzeit laufenden Datenerhebungsprozesse angesichts der eingeschränkten Aufgaben des Bewertungsausschusses noch angemessen ist. Dies betrifft insbesondere die weitere Notwendigkeit der Erhebung von Daten aus Verträgen nach §§ 73b, 73c und 140a SGB V und die grundsätzliche Vermeidung aufwändiger versichertenbezogener Vollerhebungen, soweit sie nicht unbedingt erforderlich sind. Auch soll der Bewertungsausschuss abhängig vom konkreten Verwendungszweck bei der Rückübermittlung an die Vertragspartner auf Landesebene prüfen, inwieweit eine vollständige Übermittlung notwendig ist oder eine Beschränkung auf versichertenbezogenen aggregierte oder gruppierte Daten angezeigt ist.



## C Änderungsvorschlag

Der Absatz 3f wird wie folgt gefasst:

Satz 1 wird nach „Form“ wie folgt ergänzt:

„ ; Daten aus den außerhalb der kollektivvertraglichen vertragsärztlichen Versorgung vereinbarten Einzelvertragsformen sind von der Übermittlung ausgeschlossen, wenn sie nicht zur Gewährleistung einer Anpassung der Bewertungen der Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab auf betriebswirtschaftlicher Basis erforderlich sind.“

In Satz 2 wird nach „Satz 1“ folgender Teilsatz eingeschoben:

... „die, sofern personenbezogen, regelmäßig als Stichprobe zu erheben sind,“

Nach Satz 6 werden folgende Sätze 7 bis 9 angefügt:

„7 Soweit Empfehlungen des Bewertungsausschusses nach §87a Absatz 5 Satz 1 und 7 ergangen sind, stellt das Institut des Bewertungsausschusses den Vertragspartnern nach §87a Absatz 2 Satz 1 die diesen Empfehlungen zugrunde liegenden und auf den jeweiligen Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung bezogenen Daten unentgeltlich und in pseudonymisierter Form zur Verfügung. 8 Umfang und Gliederung der Daten soll sich nach dem konkreten Verwendungszweck richten. 9 Die Krankenkassen und ihre Verbände können zur Annahme und Verarbeitung der Daten auch Dritte beauftragen. 10 Art, Zeitpunkt, Umfang und Verfahren der Datenübermittlung bestimmt der Bewertungsausschuss erstmals bis zum 31.08.2011.“





**Zu Artikel 1 Nr. 22 n) § 87 Abs. 7 SGB V – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte** (Berichterstattung des BA zur Steuerungswirkung der Punktwerte bei Über- und Unterversorgung auf das ärztliche Niederlassungsverhalten)

**A Beabsichtigte Neuregelung**

Absatz 7 wird in Folge des im Gesetzentwurf vorgesehenen Wegfalls der Zu- und Abschläge auf den Orientierungswert aufgrund von Unter- bzw. Überversorgung aufgehoben.

**B Stellungnahme**

Auf die Ausführungen des AOK-BV zu Artikel 1 Nr. 21 § 87 Absatz 2e wird verwiesen. Entsprechend des Änderungsvorschlags an jener Stelle ergibt sich der u. g. Vorschlag für eine Folgeänderung.

**C Änderungsvorschlag**

§87 Abs. 7 bleibt bestehen.



**Zu Artikel 1 Nr. 22 n) § 87 Abs. 8 SGB V – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte** (Evaluation des BA zur Umsetzung von § 87a Abs. 6 und § 87b Abs. 4 in Bezug auf den datenschutzrechtlichen Grundsatz der Datenvermeidung und Datensparsamkeit)

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Absatz 8 wird aufgehoben.

### **B Stellungnahme**

Die Streichung einer Berichtspflicht hinsichtlich – sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene – zu erhebender versichertenbezogener Daten wird vom AOK-BV generell als nicht sachgerecht erachtet. Auf Grundlage des § 87a Abs. 6 in der Fassung des Regierungsentwurfs sollen nicht zu pseudonymisierende Sozialdaten auf der Landesebene übermittelt werden; da ein Beschluss des Bewertungsausschusses zu den entsprechenden Sozialdatenerhebungen, -verarbeitungen und -nutzungen nicht getroffen wurde, ist die gemäß § 87 Abs. 8 ergangene Evaluation des Bewertungsausschusses als gegenstandslos zu betrachten. Auf der Bundesebene werden auf Grundlage des § 87 Abs. 3f SGB V auch nach der Einschränkung der Kompetenzen des Bewertungsausschusses noch umfangreiche Anforderungen von (pseudonymisierter) Sozialdaten bestehen bleiben oder hinzukommen, welche bislang in keiner Weise in Bezug auf den datenschutzrechtlichen Grundsatz der Datenvermeidung und Datensparsamkeit bei der Umsetzung von § 87a Abs. 4 und 5 evaluiert werden sollten oder wurden.

Die Konstruktion, dass der Bewertungsausschuss Berichte über die Einhaltung des Grundsatzes der Datensparsamkeit und -vermeidung bei der von ihm selbst beschlossenen Lieferung von Sozialdaten gemäß § 87 Abs. 3f oder § 87a Abs. 6 erstellt, ist dabei in Frage zu stellen. Daher schlägt der AOK-BV die Berichterstellung durch einen vom Bewertungsausschuss und seinen Trägern unabhängigen Dritten vor.

Sollten in Zukunft versichertenbezogene Datenlieferungen auf Landesebene nach § 87a Abs. 6 Satz 2 oder anderweitig vereinbart werden, wäre vor allem bei der (erlaubten) Erhebung und Verarbeitung nicht-pseudonymisierter Daten eine nicht nur einmalige, sondern regelmäßige Berichtspflicht zur Umsetzung des § 87a Abs. 6 in Bezug auf den datenschutzrechtlichen Grundsatz der Datenvermeidung und Datensparsamkeit allein aus datenschutzrechtlichen Gründen erforderlich und unabdinglich.

### **C Änderungsvorschlag**

§ 87 Abs. 8 wird wie folgt gefasst:

„Ein vom BMG beauftragter unabhängiger Dritter oder eine vom BMG beauftragte unabhängige Organisation evaluiert im Zweijahresrhythmus die Umsetzung von § 87 Abs. 3f [bei *Beibehaltung*: und § 87a Abs. 6] in Bezug auf den datenschutzrechtlichen Grundsatz der Datenvermeidung und Datensparsamkeit und berichtet hierüber dem Bewertungsausschuss und dem BMG bis zum 30.06. des jeweiligen Folgejahres. Absatz 6 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend. Das BMG berichtet auf dieser Grundlage dem Deutschen Bundestag bis zum 31.12. des desselben Jahres.“



**Zu Artikel 1 Nr. 22 n) § 87 Abs. 9 SGB V – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte** (Konzept zur schrittweisen Konvergenz der Vergütungen)

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Durch die Aufhebung des § 87 Absatz 9 SGB V wird die Verpflichtung des Bewertungsausschusses, bis zum 30. April 2010 ein Konzept zur schrittweisen Konvergenz der Vergütungen vorzulegen, aufgehoben.

#### **B Stellungnahme**

Der AOK-BV bekräftigt seine kritische Haltung zu der oben bezeichneten Vorschrift, welche er auch in seiner Stellungnahme zum GKVFinG dargelegt hat, und begrüßt daher die Streichung des Absatzes.

Insbesondere durch die Zielsetzung, die Honorarverhandlungen zu regionalisieren, wird einer schrittweisen Konvergenz und den damit verbundenen Umverteilungswirkungen der Boden entzogen. Es wäre ein unauflösbarer Widerspruch, den regionalen Vertragspartnern einerseits die Kompetenz der Honorarbemessung zuzuweisen, auf der anderen Seite aber die auf dieser Grundlage zustande gekommenen Vereinbarungen durch zentrale Eingriffe wieder relativieren zu wollen.

#### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## **Zu Artikel 1 Nr. 23 b) § 87a Abs. 2 SGB V – Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Abweichend von der Regelung des GKV-WSG soll es für die Vertragspartner auf KV-Ebene zukünftig möglich sein, leistungs- und leistungserbringerbezogene Zuschläge auf den Orientierungspunktwert zu vereinbaren.

### **B Stellungnahme**

Die Neuregelung verschafft den durch LSG-Rechtsprechung für unzulässig erklärten Punktwertzuschläge die erforderliche gesetzliche Grundlage.

Die Zuschlagsregelung ist vor dem Hintergrund bereits bestehender bzw. geplanter Regelungen aus dem SGB V unnötig. Zum einen gibt es bereits die Möglichkeit, im Rahmen des § 136 Abs. 4 qualitätsbezogene Punktwertzuschläge zu vereinbaren. Von dieser Regelung wurde in den KV-Bezirken aufgrund des Widerstands der Kassenärztlichen Vereinigungen gegen entsprechende Vorschläge der Krankenkassen nur selten Gebrauch gemacht. Daher ist die vorliegende Regelung zu Punktwertzuschlägen, die einer Forderung der KBV entspricht, weniger einem Qualitätsinteresse, sondern einzig und allein einem Vergütungsinteresse geschuldet.

Dem Ziel, Leistungserbringern in Regionen mit geringer Arztdichte eine höhere Vergütung zukommen zu lassen, wird mit deren Ausnahme von der Mengenbegrenzungsregel bereits Rechnung getragen.

Grundsätzlich stehen Zuschläge – wie auch Abschläge –, die nicht KV-weit, sondern subregional vereinbart werden, im Widerspruch zum Gedanken einer EURO-Gebührenordnung, da es „den“ vereinbarten Punktwert und einheitliche Preise dann eben nicht mehr gibt. Während punktuelle Förderungen nach § 136 Abs. 4, die in Einzelverträgen vereinbart werden, in diesem Zusammenhang als nicht schädlich anzusehen sind, kann angesichts von Zuschlägen, die ganze Leistungserbringergruppen und Teilregionen betreffen können, von einer EURO-Gebührenordnung nicht mehr gesprochen werden.

### **C Änderungsvorschlag**

Streichung des geplanten Satzes 3.



## **Zu Artikel 1 Nr. 23 e) § 87a Abs. 4 SGB V – Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Neuregelung des § 87a Absatz 4 SGB V soll den regionalen Vertragspartnern die Kompetenz zur Verhandlung der Gesamtvergütung zugewiesen werden. Insgesamt werden die bisherigen fünf Tatbestände benannt, nach denen die Partner der Gesamtverträge den Behandlungsbedarf unter Berücksichtigung der entsprechenden Empfehlungen des Bewertungsausschusses (§ 87a Abs. 5) anpassen können, und weitergehend konkretisiert.

Die jährliche Anpassung des Behandlungsbedarfs soll dabei auf Basis der jeweils jüngsten vorliegenden, vier Kalendervierteljahre umfassenden Daten zur Netto-Menge der abgerechneten Leistungen nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen erfolgen.

### **B Stellungnahme**

Der § 87a Absatz 4 gehört zu dem Kreis der zentralen Vorschriften, in denen sich – folgt man der Begründung – der Paradigmenwechsel von einer zentral gesteuerten zu einer weitgehend regionalisierten Vergütungs- und Honorarpolitik äußern soll.

In der Formulierung des Regierungsentwurfs wird – anders als im Gesetzentwurf - als Aufsatzmenge für die Bestimmung des Behandlungsbedarfs der vereinbarte Behandlungsbedarf des Vorjahres festgelegt. Diese Korrektur wird ausdrücklich begrüßt, werden damit erhebliche Ausgabenrisiken der früheren Formulierung ausgeräumt. Gleichzeitig regt der AOK-BV an, die Aufsatzmenge auf den durchschnittlichen Behandlungsbedarfs eines Versicherten mit Wohnort im Bezirk der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zu beziehen, um möglichen Missverständnisse zu begegnen.

Zusätzlich fordert der AOK-BV, die Berücksichtigung von Verlagerungseffekten zwischen dem ambulanten und stationären Sektor bei der Weiterentwicklung der MGV zu streichen. Zum einen ist eine objektive Bestimmung von Verlagerungseffekten mit statistisch-mathematischen Methoden nicht seriös und valide leistbar. Zum anderen wird der potentielle Einfluss solcher Verlagerungseffekte durch die Herauslösung spezialärztlicher Leistungen aus der MGV weiter marginalisiert, sodass auf eine Berücksichtigung bei den regionalen Verhandlungen verzichtet werden kann. Der Aufwand für die vom Bewertungsausschuss für ein statistisch wenig valides Bestimmungsverfahren geforderten Datenerhebungen einerseits und der potentielle, durch die Schwierigkeiten bei der Ermittlung geminderte Nutzen stehen daher in keinem sachgerechten Verhältnis zueinander.

Die in Satz 2 enthaltene Regelung, die vereinbarte MGV auf die Krankenkassen gemäß des jeweiligen Anteils an der Ist-Leistungsinanspruchnahme aufzuteilen, findet ausdrückliche Zustimmung. Auch hier regt der AOK-BV lediglich eine sprachliche Klarstellung an, da sich der Inhalt des Satzes 2 ohne Zuhilfenahme der Begründung nicht zweifelsfrei erschließt. Hier wäre eine gesetzliche Regelung wünschenswert, die für sich alleine genommen nachvollziehbar ist. Darüber hinaus fordert der AOK-Bundesverband bei der Bemessung der Ist-Leistungsinanspruchnahme neben der sachlich-rechnerischen Richtigstellung auch die Ergebnisse der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach §106a SGB V zu berücksichtigen. Damit wird den jüngsten Prüfergebnissen des Bundesrechnungshofes Rechnung getragen.



Satz 3 des Regierungsentwurfs definiert neben demographischen Kriterien die ambulanten Behandlungsdiagnosen als Grundlage zur Ermittlung der Veränderung der Morbiditätsstruktur. Durch den Wegfall der Allgemeinen Kodierrichtlinien aufgrund des anhaltenden Widerstands der Ärzteschaft ist jedoch nicht einmal mehr ein Mindestmaß an Einheitlichkeit und Regelmäßigkeit bzw. -gebundenheit der Diagnoseverschlüsselung gegeben. Ohne eine weitere Diagnosevalidierung, wie sie beispielsweise im Rahmen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs zur Anwendung kommt, besteht die Gefahr, dass die diagnosebezogene Steigerungsrate eher statistische Artefakte abbildet als das tatsächliche Diagnose- und Behandlungsgeschehen. Einen Diagnosebezug in der vertragsärztlichen Vergütung ohne Kodierrichtlinien oder anderer Validierungs- und Qualitätssicherungsverfahren kann es aus Sicht des AOK-BV nicht geben. Daher lehnen wir die Berücksichtigung einer diagnosebezogenen Steigerungsrate ab, soweit keine regelgebundene Kodierung gewährleistet ist.

### **C     Änderungsvorschlag**

Formulierungsvorschlag für den Absatz 4:

1. der Zahl der Versicherten der Krankenkasse [...]
2. der Morbiditätsstruktur der Versicherten aller Krankenkassen [...]
3. von Art und Umfang der ärztlichen Leistungen [...];

dabei sind die Empfehlungen und Vorgaben des Bewertungsausschusses gemäß Absatz 5 zu berücksichtigen.“

*Satz 1:*

„Grundlage der Vereinbarung über die Anpassung des Behandlungsbedarfs, jeweils aufsetzend auf dem durchschnittlich je GKV-Versicherten mit Wohnort im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung für das Vorjahr nach Absatz 3 Satz 2 vereinbarten und bereinigten Behandlungsbedarf, sind Veränderungen

1. der Zahl der Versicherten der Krankenkassen mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung,
2. der Morbiditätsstruktur der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung, sowie
3. von Art und Umfang der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs der Krankenkassen oder auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Absatz 1 beruhen,
4. des Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen aufgrund der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei der vertragsärztlichen Leistungserbringung;

dabei sind die Empfehlungen und Vorgaben des Bewertungsausschusses gemäß Absatz 5 zu berücksichtigen.

*Satz 2 und 3:*

Für die Festlegung des jeweiligen Aufsatzwertes einer Krankenkasse bei der Anpassungen des Behandlungsbedarfs je Versicherten nach Satz 1 ist der für das Vorjahr in dieser KV vereinbarte und bereinigte durchschnittliche Behandlungsbedarf je GKV-Versicherten zu gewichten. Die im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung jeweils anzuwendenden kas-



senspezifischen Gewichtungsfaktoren ergeben sich aus den Vertragsparteien vorliegenden aktuellen Daten über die Menge der abgerechneten vertragsärztlichen Leistungen aus vier Quartalen, jeweils nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und Berücksichtigung der Ergebnisse der Plausibilitätsprüfungen nach § 106a Abs. 3 SGB V sowie Abzug der Menge der für den Personenkreis nach § 264 Abs. 2 SGB V abgerechneten vertragsärztlichen Leistungen; sie bestimmen sich als Verhältnis aus der durchschnittlichen Menge der je Versicherten der jeweiligen Krankenkasse mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung erbrachten vertragsärztlichen Leistungen zu der durchschnittlichen Menge der je GKV-Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechneten vertragsärztlichen Leistungen.

**Satz 4:**

Die Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach Satz 1 Nr. 2 sind auf Grundlage demographischer Kriterien zu vereinbaren; vertragsärztliche Behandlungsdiagnosen nach §295 Absatz 1 Satz 2 können bei gewährleisteter flächendeckend regelgebundener Kodierung als weitere für die ambulante Versorgung relevante Morbiditätskriterien herangezogen werden.



## **Zu Artikel 1 Nr. 23f § 87a Abs. 5 SGB V – Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Der Bewertungsausschuss soll nicht mehr ein Verfahren zur Messung der Veränderungen der Morbiditätsstruktur beschließen, sondern hierzu lediglich Empfehlungen aussprechen. Teil der Empfehlungen soll die Ermittlung und Bereitstellung KV-spezifischer Veränderungsdaten, zum einen einer diagnosebezogenen und zum anderen einer auf Alter und Geschlecht bezogenen Rate sein. Als Klassifikationsmodell wird das derzeit geltende Modell H des Instituts des Bewertungsausschusses festgelegt.

Der Bewertungsausschuss wird ermächtigt, das Modell in bestimmten Zeitabständen anzupassen, sowie

- Verfahren für die Bereinigung von Relativgewichten im Falle der Berücksichtigung extra-budgetärer Leistungen zu empfehlen
- Verfahren zur Bereinigung der MGV infolge von Selektivverträgen vorzugeben.

### **B Stellungnahme**

Der AOK-BV lehnt die Nutzung ambulant kodierter Diagnosen zusammen mit der Verwendung eines diagnosebezogenen Klassifikationsverfahrens zur Messung vergütungsrelevanter Veränderungen der Morbiditätsstruktur ab.

Die Abrechnungslogik im vertragsärztlichen Bereich fordert bei jeder Abrechnung (im Rahmen der quartalsbezogenen Einzelfallnachweise) die Dokumentation der Behandlungsanlässe mittels ICD-10-Diagnosen. Infolge einer zunehmenden Arztdichte – wie in den letzten 20 Jahren geschehen – und infolge der sich ändernden Spezialisierungsstruktur/Fachgruppenzusammensetzung der zugelassenen Ärzteschaft (u.a. mit einer Zunahme fachärztlich tätiger Ärzte) ändert sich automatisch auch die Menge an abgerechneten EBM-Leistungen und Abrechnungsfällen als auch das damit in Verbindung stehende kodierte ICD-Diagnosenspektrum und -volumen. Das ambulante Kodiergeschehen spiegelt neben einem sich möglicherweise ändernden Krankheitsspektrum insbesondere auch ein sich änderndes und ausweitendes Angebot vertragsärztlicher Leistungen wider. Ambulante Diagnosen und das diagnosebezogene Klassifikationsmodell H, welches grundsätzlich auf nahezu alle kodierten Diagnosen zurückgreift und nunmehr gesetzlich festgelegt werden soll, wandeln somit einen erheblichen Teil der Leistungsmengenausweitung und des sich ändernden Kodiergeschehens in unverantwortlicher Weise in vergütungsrelevante Steigerungsraten um. Die Höhe der Steigerungsraten hängt zudem von der letztlich verwendeten Ausdifferenzierung des Modells sowie vom dem zugrunde liegenden berücksichtigten Leistungsspektrum ab: generell lässt sich festhalten, dass die so genannten morbiditätsbedingten Steigerungsraten umso höher ausfallen, je mehr Diagnosegruppierungen im Klassifikationsalgorithmus ausdifferenziert sind und je breiter die Leistungsmengen- bzw. Ausgabenspreizung der MGV-Leistungen (auf Basis welcher die Relativgewichte allein ermittelt werden) ist. Solchermaßen methodenabhängige Steigerungsraten haben keinen objektiven Bezug zur tatsächlich gesundheitszustandsbedingten Veränderung der in Anspruch genommenen Leistungen.

Der Entwurf macht hinsichtlich des Klassifikationsmodells relativ detaillierte Vorgaben. Dies ist erstaunlich, da gleichzeitig die Aussagekraft derartiger Modelle ohne einheitliche Standards in der Diagnosecodierung stark eingeschränkt wird. Es besteht daher ein Widerspruch





zwischen der im Absatz 5 gemachten Vorgabe und ihrem Detaillierungsgrad und der gleichzeitigen Abschaffung der ambulanten Kodierrichtlinien.

Aus Sicht des AOK-BV wird ein diagnosebezogenes Klassifikationsmodell auf diese Weise noch manipulationsanfälliger. Objektive und darüber hinaus nicht manipulationsanfällige Variablen zur Messung der Veränderung der Morbiditätsstruktur stellen bisher nur Alter und Geschlecht dar.

Eine Bereinigung der Relativgewichte aufgrund der Vergütung extrabudgetärer Leistungen ist insbesondere bei Ermittlung und Verwendung KV-spezifischer Relativgewichte nicht erforderlich. Die Bereinigung für diese Leistungen wird über die Bereinigung des Leistungsbedarfs um (KV-spezifische) extrabudgetäre Leistungen – d.h. die ausschließliche Berücksichtigung von MGV-Leistungen – realisiert. Daher kann diese Regelung entfallen. Die Bereinigung von bundeseinheitlichen Relativgewichten, welche auf einer von der Bundesebene zu definierenden MGV-/EGV-Abgrenzung basieren, um auf Länderebene extrabudgetär gestellte Leistungsanteile – und umgekehrt auch die Wiedereingliederung von Leistungsanteilen, die im Gegensatz zur MGV-/EGV-Abgrenzung auf der Bundesebene auf Länderebene in die MGV gestellt worden sind – ist statistisch nicht valide. Auf KV-spezifische Relativgewichte sollte v.a. auch dann abgestellt werden, wenn trotz der berechtigten Einwände an einem diagnosebezogenen Verfahren zur Messung vergütungsrelevanter Veränderungen der Morbiditätsstruktur festgehalten wird. Die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten durch das Institut des Bewertungsausschusses stellte bislang auf bundeseinheitliche Relativgewichte für festgelegte Diagnosegruppen ab. Für die Berechnung der Relativgewichte ist derjenige Leistungsbedarf relevant, der auf Leistungen entfällt, die im Rahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) vergütet werden. Wird die MGV fortan regional verhandelt, wird sich u. A. durch KV-spezifische Fördermaßnahmen, durch eine unterschiedliche Abgrenzung der MGV von extrabudgetären Leistungen und durch die unterschiedliche Auswirkung der Bereinigung nach §116b Absatz 7 der Leistungsbedarf in Relation zu den dokumentierten Diagnosen zwischen den KV-Bezirken unterschiedlich entwickeln. Diese Divergenz kann durch bundeseinheitliche Relativgewichte nicht abgebildet werden. Ergebnis wäre eine Verzerrung der Veränderungsfaktoren. Daher muss konsequenterweise bei einer Regionalisierung der Gesamtvergütungsvereinbarung auch das Klassifikationsmodell KV-spezifische Relativgewichte verwenden. Um Verzerrungen in den Relativgewichten und morbiditätsbedingten Veränderungsdaten zu vermeiden, sollte bei deren Ermittlung ausschließlich auf die Daten (demographische Indikatoren, ggf. Diagnosen und MGV-Leistungsmengen) von Versicherten zurückgegriffen werden, die an keinen Selektivverträgen teilnehmen, für die eine Bereinigung der MGV vorgenommen wird, und diese auch für die (kollektivvertraglich erbrachten Teil-)Behandlungsbedarfe von Selektivvertragsteilnehmern angesetzt werden.

## **C     Änderungsvorschlag**

Der Bewertungsausschuss soll nicht mehr ein Verfahren zur Messung der Veränderungen der Morbiditätsstruktur beschließen, sondern hierzu lediglich Empfehlungen aussprechen. Teil der Empfehlungen soll die Ermittlung und Bereitstellung KV-spezifischer Veränderungsdaten sein, die ausschließlich auf demographischen Kriterien aufbauen.

Sollte trotz der berechtigten Einwände an einem diagnosebezogenen Verfahren zur Messung vergütungsrelevanter Veränderungen der Morbiditätsstruktur festgehalten werden, wird Satz 5 wie folgt geändert:

„Für die Ermittlung der jeweiligen diagnosebezogenen Rate ist das geltende Modell des Klassifikationsverfahrens mit der Maßgabe anzuwenden, dass KV-bezirksspezifische Rela-



tivgewichte verwendet werden. Bei der Ermittlung der demographischen wie auch diagnosebezogenen Veränderungsrate sind Daten von Versicherten, die an Selektivverträgen mit Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung teilnehmen, nicht zu berücksichtigen. Für die Anpassung des kollektivvertraglichen Behandlungsbedarfs nach Absatz 3 Satz 2 bei Versicherten, die an Selektivverträgen mit Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung teilnehmen, sind die für die jeweilige Gesamtvergütung ermittelten Veränderungsrate anzusetzen.“

In Satz 7 werden nach „Behandlungsbedarfs“ die Worte „Behandlungsbedarfs sowie ein Verfahren zur Bereinigung der Relativgewichte des Klassifikationsverfahrens im Falle von Vergütungen nach Absatz 3 Satz 5“ gestrichen.



## **Zu Artikel 1 Nr. 23 g) § 87a Abs. 6 SGB V – Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten (Datenübermittlungen auf Landesebene von den Kassen an die KVen)**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Zu Art, Umfang, Zeitpunkt und Verfahren der Übermittlung von für die Vereinbarungen nach den Absätzen 2 bis 4 erforderlichen Daten auf Landesebene beschließt der der Bewertungsausschuss Vorgaben.

### **B Stellungnahme**

Gemäß dem Regierungsentwurf zu §87a Abs. 4 Satz 2 als auch des AOK-Vorschlages kommt der tatsächlichen Leistungsanspruchnahme (sogenannte Brutto-Leistungsmenge) eine herausragende Bedeutung bei der Bemessung bzw. Aufteilung der MGV auf die Krankenkassen zu. Zur Berücksichtigung der Zahl der Versicherten gemäß §87a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 ist es erforderlich, dass die Krankenkassen in einem einheitlichen Format diese Informationen bereitstellen. Die hierfür notwendige Rechtsgrundlage entfällt mit der Neufassung des §87c SGB V.

Die Neuregelung des §87a Abs. 6 schafft eine neue Rechtsgrundlage und ermöglicht die Fortführung der Bereitstellung sowohl der Daten der arztseitigen Rechnungslegung durch die Kassenärztlichen Vereinigung als auch der Versichertenzahlen durch die Krankenkassen. Zusätzlich wird die Rückübermittlung der erhobenen Daten auf die Ebene der regionalen Vertragspartner ermöglicht. Diese Regelung entspricht weitgehend der Forderung des AOK-BV, die für die regionalen Verhandlungen erforderliche Datentransparenz herzustellen.

Allerdings teilt der AOK-BV die apodiktische Feststellung der Entwurfsbegründung zu § 87a Abs. 6 nicht, dass auf regionaler Ebene keine versichertenbezogenen Daten erforderlich seien. Tatsächlich ist es heute noch nicht absehbar, welche Daten für die Verhandlung der teilweise sehr vielseitigen und komplexen Tatbestände, insbesondere des § 87a Abs. 4 SGB V, notwendig sein werden. Die Beschränkung des Datenaustauschs auf aggregierte bzw. gruppierte Daten ohne Versichertenbezug würde den Informationsvorteil der Kassenärztlichen Vereinigungen festigen, die über sämtliche Abrechnungsdaten mit Patienten- und Arztbezug verfügen. Daher spricht sich der AOK-BV dafür aus, auch die Erhebung und Übermittlung versicherten- und ggf. arztbezogener Daten in pseudonymisierter Form zu ermöglichen, soweit es für die Honorarverhandlungen erforderlich ist.

Der Bewertungsausschuss muss für seine Empfehlungen zu den Absätzen 4 Satz 1 Nr. 2 (und ggf. Nr. 4) ohnehin bundesweit versichertenbezogene Daten erheben und tut dies gemäß § 87 Abs. 3f. Aus datenschutzrechtlichen Gründen sowie Gründen der Datenvermeidung und Datensparsamkeit ist der Vorschlag des AOK-BV dahingehend, das die auf Bundesebene erhobenen und verarbeiteten Daten den jeweiligen Vertragspartnern auf Landesebene in nicht aggregierter Form zusammen mit den Ergebnissen der Berechnungen zu den Veränderungen der Morbiditätsstruktur gemäß Absatz 5 Sätze 2 und 3 (neu) übermittelt werden (siehe auch Änderungsvorschlag zu § 87 Abs. 3f).

Unabhängig davon, ob § 87a Abs. 6 aufgehoben wird oder nicht, ist grundsätzlich an § 87 Abs. 8 festzuhalten (siehe Änderungsvorschlag zu § 87 Abs. 8 SGB V)

### **C Änderungsvorschlag**

§ 87a Abs. 6 in der Fassung des Regierungsentwurfs wird um den folgenden Satz 2 ergänzt:

Die Daten können versicherten- oder arztbezogen in pseudonymisierter Form erhoben werden.



## Zu Artikel 1 Nr. 24 § 87b SGB V – Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung)

### A Beabsichtigte Neuregelung

In § 87b Absatz 1 wird die alleinige Honorarverteilungskompetenz den Kassenärztlichen Vereinigungen übertragen, der Honorarverteilungsmaßstab soll lediglich im Benehmen mit den Krankenkassen erfolgen. Die KBV hat zu Fragen der Mengensteuerung und der Berücksichtigung kooperativer Behandlungsformen Vorgaben – ebenfalls im Benehmen, diesmal mit dem GKV-SV – zu erlassen. Zur Festlegung des Vergütungsvolumens der haus- bzw. fachärztlichen Versorgung sollen Vorgaben im Einvernehmen bestimmt werden.

Abs. 3 Satz 1 regelt, dass Ärzte der jeweils betroffenen Arztgruppe bei der Behandlung von Patienten in Planungsbereichen mit festgestellter eingetretener oder drohender Unterversorgung oder lokalem Versorgungsbedarf von Maßnahmen zur Fallzahlbegrenzung oder -minderung befreit werden.

### B Stellungnahme

Die Neuregelung des Regierungsentwurfs sieht formal eine Honorarverteilungsautonomie der Kassenärztlichen Vereinigungen vor, stattet die Kassenärztliche Bundesvereinigung aber mit einer weitreichenden Eingriffsverpflichtung aus. Die behauptete Regionalisierung der Honorarverteilung ist damit Makulatur. Der AOK-BV spricht sich gegen die alleinige Festlegung der Honorarverteilung durch die KVen und die dominierende Stellung der KBV aus und fordert gleichzeitig eine Regelung für die arztseitige Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen.

Die Honorarverteilung ist in hohem Maße versorgungsrelevant. Die Steuerung der Vergütung beeinflusst Umgang und Intensität der Leistungserbringung. Durch insuffiziente Honorarverteilungsregeln kann auf der Ebene des einzelnen Vertragsarztes der Anreiz zur Leistungsverknappung und Risikoselektion gesetzt werden, die wiederum von den KVen zum Anlass für weitere Vergütungsforderungen an die Kassen und die Politik genommen werden. Auch wenn die Krankenkassen aufgrund der herrschenden Informationsasymmetrien zwischen KVen und Krankenkassen nur punktuell Einfluss auf die Honorarverteilung genommen haben mögen, hat schon der Begründungszwang für die Ausgestaltung der Honorarverteilung für eine gerechtere und im Versorgungssinn effektivere Honorarverteilung (z.B. Förderung von Leistungen) gesorgt.

Bei einer Beibehaltung der Einvernehmensherstellung ließen sich die weitreichenden Kompetenzen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nicht aufrechterhalten. Stattdessen soll der Bewertungsausschuss Rahmenvorgaben erlassen. Derartige bundesweite Rahmenvorgaben, die auch nur Empfehlungscharakter haben können, sind insbesondere hinsichtlich der arztseitigen Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen erforderlich, um eine Diskriminierung von Selektivvertragsärzten zu verhindern.

Absatz 3 Satz 1 ist in Bezug auf den Geltungsbereich der Nicht-Anwendung von Maßnahmen zur Fallzahlbegrenzung oder -minderung missverständlich formuliert („bei der Behandlung von Patienten des betreffenden Planungsbereiches“) und sollte präziser und unstrittiger formuliert werden.



## C Änderungsvorschlag

Im Entwurf wird durchgängig

- Der Begriff „Benehmen“ durch „Einvernehmen“ ersetzt.
- Der Begriff „Honorarverteilungsmaßstab“ durch „Honorarverteilungsvertrag“ ersetzt.

Abs. 3 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen einen Beschluss nach § 100 Absatz 1 oder 3 getroffen, dürfen für Ärzte der betroffenen Arztgruppe der betreffenden Bezugsregion (§ 100 Absatz 1 bzw. Absatz 3) im Verteilungsmaßstab Maßnahmen zur Fallzahlbegrenzung oder -minderung keine Anwendung finden.“

Abs. 4 wird wie folgt gefasst:

„Der Bewertungsausschuss kann Rahmenvorgaben zu den Regelungen des Absatzes 2 Satz 1 und 2 und zur Festlegung und Anpassung der haus- und fachärztlichen Vergütungsvolumina nach Absatz 1 Satz 1 beschließen. Er beschließt Vorgaben zur Umsetzung der Bereinigung nach §87a Abs. 5 Satz 4 in der Honorarverteilung. Dabei ist sicherzustellen, dass Ärzte, die an Selektivverträgen teilnehmen, nicht benachteiligt werden.“



## **Zu Artikel 1 Nr. 25 § 87c SGB V – Transparenz der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Vormals bestehende Berichtspflichten des Bewertungsausschusses werden zugunsten einer Transparenzpflicht der KBV abgelöst. Der Regelungsvorschlag beschreibt sehr allgemein die zu berichtenden Informationen, stellt die konkrete Ausgestaltung der Transparenz hinsichtlich Inhalt und Form der Veröffentlichung in das Ermessen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

### **B Stellungnahme**

Die Neuregelung greift bezüglich der Verteilung des Honorars in laufende Beratungen des Bewertungsausschusses über eine umfassende Offenlegung der vertragsärztlichen Vergütung ein. Sie stellte inhaltlich einen erheblichen Rückschritt in dem Bemühen dar, Transparenz über das Leistungs- und Vergütungsgeschehen in der vertragsärztlichen Vergütung herzustellen und Fehlverteilungen der Honorare zwischen und innerhalb von Arztgruppen sichtbar zu machen. Erfahrungsgemäß ist von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine tendenziell restriktive Auslegung der Transparenz zu erwarten. Vollständige Transparenz ist aber unerlässlich, dass der Bewertungsausschuss die ihm zugewiesenen Aufgaben, z.B. eine sachgerechte Kalkulation des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes oder Vorgaben hinsichtlich der Haus-/Facharzettrennung, erfüllen kann. Es wäre eine deutliche Informationsasymmetrie zu erwarten, wenn der Bewertungsausschuss in seinen Entscheidungen von der Bereitschaft der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abhängig wäre, welche Informationen sie veröffentlicht und welche nicht. Daher sollte die Bestimmung des Berichtsumfanges weiterhin vollumfänglich in die Kompetenz des Bewertungsausschusses fallen. Einen entsprechenden Vorschlag hat der AOK-BV mit der Neufassung des §87 Abs. 3a SGB V unterbreitet.

### **C Änderungsvorschlag**

Der Regelungsinhalt des § 87 c SGB V wird durch den AOK-Vorschlag zum §87 Abs. 3a SGB V ersetzt. Daher wird die Streichung gefordert.



## Zu Artikel 1 Nr. 26 § 87d SGB V Vergütung vertragsärztlicher Leistungen im Jahr 2012

### A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neufassung des § 87 d entfällt für das Jahr 2012 die Mengensteuerung für extrabudgetäre Leistungen. Gleichzeitig wird für diesen Zeitraum die Steigerung der MGV auf 1,25% begrenzt. Alle Verweise auf 2011 und die Punktwertdifferenzierung aufgrund von Über- oder Unterversorgung sollen aufgehoben werden.

### B Stellungnahme

Der Vorschlag berücksichtigt die Neustrukturierung des §87a Abs. 4 nur unzureichend, wobei allerdings eine redaktionelle Unachtsamkeit zu vermuten ist. Bei der Weiterentwicklung der MGV soll nach dem Regierungsentwurf ein versichertenbezogener Steigerungssatz von 1,25% zur Anwendung kommen. Dabei sollen §87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 1, 3 und 4 nicht zur Anwendung kommen. In der neuen Regelungsstruktur (und mit korrigierter Nummerierung) würden damit die Veränderung der Morbiditätsstruktur und die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven über die Steigerungsrate hinaus berücksichtigt, die Veränderung der Zahl der Versicherten, mögliche Verlagerungseffekte von ambulant zu stationär und Veränderungen von Art und Umfang der vertragsärztlichen Leistungen hingegen nicht. Der AOK-BV geht davon aus, dass das nicht die Intention des Regierungsentwurfs ist. Eine korrigierte Formulierung im vermuteten Sinne des Entwurfs wird unter C vorgeschlagen.

Mit dem Wegfall des §87d Abs. 4 Satz 6 würde eine Regelung des GKVFinG wieder rückgängig gemacht. Dort war die Begrenzung der extrabudgetären Leistungen eine von für die Reform der Finanzierung der GKV notwendigen Maßnahmen auf der Ausgabenseite. Der Gesetzgeber hat diese Begrenzung verantwortbar gehalten, da keine Leistungseinschränkungen oder Qualitätsverluste zu erwarten gewesen sind. Im Falle der vorliegenden Begrenzungsregelungen sollten medizinisch nicht begründbare Ausgabenentwicklungen vermieden werden.

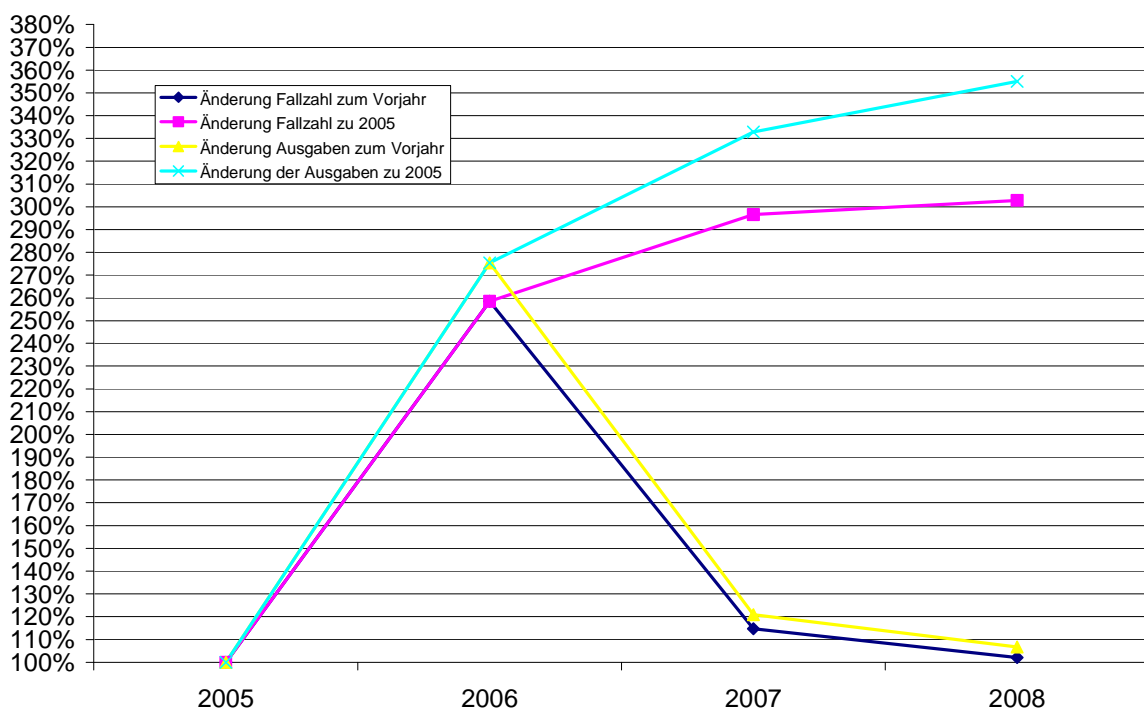
Der Gesetzentwurf zum Versorgungsgesetz steht in einem nicht auflösbaren Widerspruch zu den Zielen und Annahmen des nicht einmal ein Jahr alten GKVFinG. Aus dem Gesetzentwurfentwurf wird auch nicht deutlich, warum diese Ziele und Annahmen nicht weiter gelten sollen. Stattdessen wird als Zweck der Regelung die Förderung des ambulanten Operierens als ambulante Leistung genannt – was angesichts der begründeten Zweifel des Gesetzgebers an der medizinischen Notwendigkeit der Leistungsmengenentwicklung nicht überzeugen kann.

Ebenso wenig überzeugend sind die Aussagen zur Finanzwirkung der Neuregelung. Ausgesprochen pauschal wird eine Kompensation der Mehrkosten, die sich auf ca. 250 Mio. EUR belaufen werden, durch Minderausgaben durch die Vermeidung stationärer Aufenthalte behauptet. Die vorgetragene Substitutionswirkung des ambulanten Operierens ist jedoch zweifelhaft, insbesondere dann, wenn es sich, wie der Gesetzgeber im GKVFinG zum Ausdruck brachte, teilweise um medizinisch nicht indizierte Eingriffe handeln sollte. So lässt sich empirisch in den Jahren 2005 bis 2008 keine Substitution der im Krankenhaus stationär abgerechneten Fälle durch die Möglichkeit zur ambulanten Abrechnung nach § 115b feststellen. Vielmehr sind aus finanziellen Gründen – wegen des günstigen Mindererlösausgleichs – stationäre Eingriffe durch ambulante Operationen ersetzt worden, was insgesamt zu Mehrkosten geführt hat. Vielmehr kam es zu einer exorbitanten Zunahme der Behandlungen (+



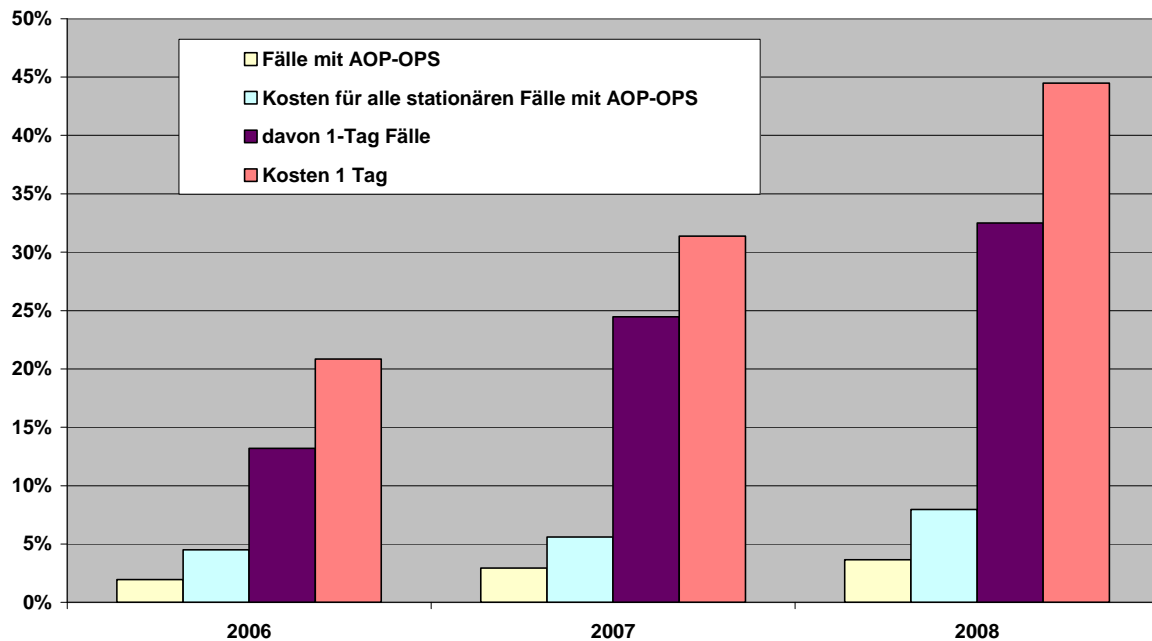
rund 300%) und der Ausgaben (+ rund 350%) im ambulanten Bereich, bei zeitgleich unverminderter Kostendynamik im stationären Bereich: Zeitgleich haben auch die Fallzahlen und Ausgaben bei Vertragsärzten zugenommen.

Statt einer erwünschten Substitution hat damit eine deutliche Zunahme an abgerechneten Fällen im Krankenhaus durch die Änderung im Vertrag nach § 115b SGB V stattgefunden. Die Ausnahme der AOP-Leistungen vom Budget für vertragsärztliche Leistungen hat zu einer medizinisch nicht erklärbaren Leistungsvermehrung geführt hat. Hierdurch sind nicht nur die Kassenausgaben gestiegen, sondern es werden auch unnötige operierte Patientinnen und Patienten gefährdet.



**AOP nach § 115b im Krankenhaus, Änderung der Abrechnungszahlen AOK**




**Ausgaben und Fälle 1-d stationär mit AOP-OPS**


Stationäre Ausgaben und Fälle mit AOP-OPs, Änderung der Abrechnungszahlen AOK

### C Änderungsvorschlag

Beibehaltung des § 87 d SGB V in seiner derzeitigen Fassung mit folgenden Änderungen:

§87 Abs. 2 Satz 8 wird nach „entsprechend“ wie folgt ergänzt:

..., wobei die Regelungen nach § 87 a Abs. 4 Nr. 2, 4, und 5 in der Fassung des Versorgungsstrukturgesetzes für das Jahr 2012 nicht angewendet werden.



## Zu Artikel 1 Nr. 27 § 90 SGB V – Landesausschüsse

### A Beabsichtigte Neuregelung

Die beratende Mitwirkung der Aufsichten in den Landesausschüssen (Mitberatung, Antragsrecht zur Tagesordnung, Anwesenheit bei der Abstimmung) sowie die Rechtsaufsicht der Obersten Verwaltungsbehörden über die Landesausschüsse wird eingeführt.

Ein Beanstandungsrecht für Entscheidungen nach § 99 Abs. 2, der neu gefasst wurde, sowie bei Bedarfsplänen, Feststellung von Unterversorgung und drohender Unterversorgung, lokalem Versorgungsbedarf und Überversorgung wird eingeführt.

### B Stellungnahme

Die Aufsicht über die Landesausschüsse wird zur Rechtsaufsicht erweitert. Bisher unterlag lediglich die Geschäftsführung der Landesausschüsse der Aufsicht (§ 90 Abs. 4 SGB V). Nun wird diese analog der Befugnisse des BMG gegenüber dem G-BA ausgestaltet.

Die Länder werden gestärkt und die Selbstverwaltung auf Landesebene wird geschwächt. Konkret sollen die Landesbehörden im Rahmen der Erstellung des Bedarfsplans durch die KV nicht mehr nur ins "Benehmen" gesetzt werden, vielmehr erhalten sie nun ein Beanstandungsrecht.

Die Länder erhalten das Recht, ein sektorübergreifendes Gremium auf Landesebene zu schaffen, wobei die Ausgestaltung und Besetzung den Ländern obliegt und die Beschlüsse des Gremiums Empfehlungscharakter haben. Die Einbeziehung der stationär tätigen Ärzte in die Bedarfsplanung rechtfertigt ein sektorübergreifend planendes Gremium.

Die erweiterte Rechtsaufsicht durch die Landesbehörden, insbesondere die damit entstehenden Möglichkeiten zur Ersatzvornahme werden abgelehnt, da damit die Trennung von Entscheidungsträger und Kostenverantwortung aufgehoben wird, was Mehrkosten erwarten lässt.

### C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Neuregelung



## Zu Artikel 1 Nr. 28 § 90a SGB V – Gemeinsames Landesgremium

### A Beabsichtigte Neuregelung

Ein sektorübergreifendes Landesgremium kann auf Landesebene gebildet werden und das Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben.

Das Landesgremium erhält, soweit das Landesrecht es vorsieht, Gelegenheit zur Stellungnahme zu Entscheidungen nach § 99 Abs. 2 (neu gefasst, siehe unten), sowie zu Bedarfsplänen, Feststellung von Unterversorgung und drohender Unterversorgung.

### B Stellungnahme

Die Länder erhalten das Recht ein sektorübergreifendes Gremium auf Landesebene zu schaffen, wobei die Ausgestaltung und Besetzung den Ländern obliegt und die Beschlüsse des Gremiums Empfehlungscharakter haben. Die Einbeziehung der stationär tätigen Ärzte in die Bedarfsplanung rechtfertigt ein sektorübergreifend planendes Gremium.

Die Regelung geht über die Eckpunkte hinaus und nimmt die Stellungnahmeberechtigung zu Beschlüssen des Landesausschusses auf. Damit werden die Empfehlungen des Landesgremiums weiter operationalisiert. Zu begrüßen ist die Präzisierung hinsichtlich der Versorgungsfragen.

### C Änderungsvorschlag

Die Ansätze zur sektorenübergreifenden Planung sollten zu einer konsequenten Neuordnung der ambulanten Beteiligung der Krankenhäuser nach dem Konzept der AOK und Beteiligung der Krankenhäuser im Landesausschuss innerhalb der Parität, wenn sektorübergreifenden Fragen zu entscheiden sind, weiter entwickelt werden.



## Zu Artikel 1 Nr. 29 a) § 91 SGB V – Gemeinsamer Bundesausschuss

### A Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Benennung der Unparteiischen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses sollen die Unparteiischen Mitglieder und ihre Stellvertreter durch die Trägerorganisationen einvernehmlich benannt werden. Der Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages kann dieser Benennung mit Zweidrittelmehrheit widersprechen, wenn er die Unparteilichkeit als nicht gewährleistet ansieht. Die Trägerorganisationen können dann nochmals einen Vorschlag vorlegen. Wird auch dieser abgelehnt erfolgt eine Benennung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Als Unparteiische Mitglieder und ihre Stellvertreter können nur Personen benannt werden, die in den vorausgehenden 3 Jahren für keine Trägerorganisation und nicht im Krankenhaus, als Arzt, Psychotherapeut oder Zahnarzt tätig waren. Die Amtszeit wird zudem auf eine Amtszeit von 6 Jahren begrenzt.

### B Stellungnahme

Die Strukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses haben sich bewährt, mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz wurden hauptamtliche Unparteiische Vorsitzende eingeführt, die im Konsens durch die Trägerorganisationen benannt wurden. Die erfolgreiche Arbeit und die gefassten Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zeigen, dass die gemeinsame Selbstverwaltung funktioniert.

Die Notwendigkeit eines Widerspruchsrechts für den Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags ergibt sich nicht und führt zu einer problematischen Vermengung von Bundestag und gemeinsamer Selbstverwaltung.

Deutlich problematischer ist allerdings die mit der Dreijahresfrist geschaffene Regelung, die der Selbstverwaltung stammende Personen abgesehen von den amtierenden unparteiischen Mitgliedern aus diesem Amt ausschließen wird, wenn diese nicht zwischenzeitlich für mindestens 3 Jahre einen anderen Arbeitgeber finden, um anschließend benannt werden zu können. Da Personen, die für diese anspruchsvolle Tätigkeit das notwendige Wissen haben, außerhalb der Trägerorganisationen und der Ärzteschaft kaum zu finden sein werden, kann diese Regelung nur so interpretiert werden, dass zukünftig diese für die Entscheidungen des G-BA zentrale Positionen durch Mitglieder oder ehemalige Mitglieder des BMG und seiner nachgeordneten Behörden besetzt werden sollen.

Mit den vorgeschlagenen Änderungen beschreibt der Gesetzgeber somit einen Weg des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einer abhängigen Behörde und in Richtung Staatsmedizin.

### C Änderungsvorschlag

Artikel 1, Nr. 28, Buchstabe a wird gestrichen.



## Zu Artikel 1 Nr. 29 b) § 91 SGB V – Gemeinsamer Bundesausschuss

### A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dieser Neuregelung soll bei Beschlüssen, die nur einen der Leistungssektoren wesentlich betreffen alle fünf Stimmen der Leistungserbringerseite anteilig auf dieses Mitglied übertragen werden. Bei Beschlüssen, die zwei der drei Leistungssektoren betreffen soll die Stimme des unbeteiligten Sektors anteilig auf die beiden Leistungssektoren der Leistungserbringerbank verteilt werden.

### B Stellungnahme

Mit dieser Neuregelung werden die erst mit dem WSG eingeführten sektorübergreifenden Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses, die sich bewährt haben, wieder rückgängig gemacht. Da wegen der notwendigen Berücksichtigung des Versorgungssektors auch Beschlüsse zu sektorgleichen und -übergreifenden Themen letztlich in zwei sektorbezogenen Beschlüssen resultieren, wird hier der Status quo ante vor dem Wettbewerbsstärkungsgesetz wieder eingeführt. Sektorbezogene Entscheidungen außerhalb des Sonderbereichs der zahnärztlichen Behandlung spielen eine völlig zu vernachlässigende Rolle und sind angesichts der immer weiter überlappenden Versorgungssektoren nicht mehr zeitgemäß. Die sektorbezogenen Beschlüsse hatten sich gerade in der Vergangenheit als problematisch erwiesen, da es hier bei gleichen Methoden und Rahmenbedingungen in den Sektoren zu unterschiedlichen Entscheidungen und Qualitätsanforderungen kam. Aus diesem Grund wurde im WSG die sektorübergreifende Beschlussfassung eingeführt. Aus den genannten Gründen ist diese Regelung abzulehnen.

Eine Regelung für Entscheidungen im zahnärztlichen Bereich sektorbezogene Beschlüsse zu ermöglichen sowie zu Entscheidungen die den kassenzahnärztlichen Bereich nicht betreffen, die Stimme der KZBV auf KBV und DKG aufzuteilen, ist nachvollziehbar.

### C Änderungsvorschlag

Satz 1 des Absatz 2 a wird „einen der Leistungssektoren“ durch „alleine zahnärztliche Leistungen“ ersetzt. Im Satz 3 werden die Worte „allein einen oder“ gestrichen. Satz 2 und 3 werden gestrichen.



## **Zu Artikel 1 Nr. 29 d) §91 SGB V – Gemeinsamer Bundesausschuss**

### **A Beabsichtigte Neuregelung:**

Das Stellungnahmerecht wird erweitert auf den Bundesbeauftragten für den Datenschutz, für diejenigen Beschlüsse, die die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener oder personenbeziehbarer Daten regeln.

### **B Stellungnahme:**

Diese Änderung ist sachgerecht.

### **C Änderungsvorschlag:**

Keiner



## **Zu Artikel 1 Nr. 29 e) § 91 SGB V - Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Für sektorübergreifende Beschlüsse, die zur Folge haben, dass Leistungen die bisher zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden konnten, ausgeschlossen werden, bedarf es einer Zweidrittelmehrheit der Stimmen.

Die nicht-öffentlichen Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses sind vertraulich.

### **B Stellungnahme**

Diese Neuregelung muss gemeinsam mit der Regelung in Buchstabe b) betrachtet werden und soll in Zukunft verhindern, dass die Deutsche Krankenhausgesellschaft nochmals durch eine Mehrheit aus GKV und anderen Leistungserbringern überstimmt werden kann, da alle Beschlüsse zu stationären Leistungen (Verbotsvorbehalt) entweder sektorbezogen mit einfacher Mehrheit oder aber sektorübergreifend mit Zweidrittelmehrheit getroffen werden müssen. Die Einführung einer Zweidrittelmehrheit ist nicht nachvollziehbar insbesondere in einer Demokratie, in der eine einfache Mehrheit für die Regierungsbildung und weitreichende Gesetzgebungsverfahren ausreicht. Diese Regelung wird jegliche negativen Beschlüsse im Gemeinsamen Bundesausschuss zu stationären Leistungen blockieren. Dies ist weder aus Sicht der Patientensicherheit noch aus Sicht der Beitragssatzstabilität sinnvoll.

Die Festlegung, dass nicht-öffentliche Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses vertraulich sind ist eine sinnvolle Klarstellung.

### **C Änderungsvorschlag**

Artikel 1, Nr. 28, Buchstabe e, Buchstabe aa wird gestrichen.



## **Zu Artikel 1 Nr. 29 g) §91 - Stellungnahmen des Gemeinsamen Bundesausschusses**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Erweiterung der schriftlichen Stellungnahmen durch Anhörungen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seinen Beschlüssen die Bürokratiekosten im Sinne des § 2 Abs. 2 des Gesetzes zur Einsetzung eines nationalen Normenkontrollrates anzugeben.

### **B Stellungnahme**

Mit der zusätzlichen Möglichkeit der mündlichen Stellungnahme für stellungnahmeberechtigte Organisationen, die nach Nr. 29 (§ 92 Abs. 7 d) zusätzlich in relevantem Ausmaß erweitert werden sollen, werden die formalen Anforderungen an die Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nochmals deutlich erhöht. Schnelle Beratungen und Beschlussfassungen werden hierdurch noch weiter erschwert.

Die Angabe der Bürokratiefolgekosten durch aus Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses resultierende Informationspflichten wird begrüßt.

### **C Änderungsvorschlag**

Streichung des §91 Absatz 9





## **Zu Artikel 1 Nr. 30 c) § 92 - Anhörungsrechte**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Für die Methodenbewertung im ambulanten Sektor einschließlich Qualitätssicherung, die Methodenbewertung im stationären Sektor, sowie für die neugeschaffene Möglichkeit der Durchführung von Erprobungen gemäß des neu geschaffenen §137e durch den Gemeinsamen Bundesausschuss wird das Anhörungsrecht auf weitere Organisationen erweitert. Dies sind die einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften sowie die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Medizinproduktehersteller bei Methoden, die Medizinprodukte betreffen.

Zu Fragen der Bedarfsplanung erhalten die Länder ein Mitberatungsrecht.

Auch das RKI hat zur Sicherung der Hygiene in der Versorgung nach § 137 Abs. 1 ein Stellungnahmerecht.

### **B Stellungnahme**

Durch die Erweiterung der stellungnahmeberechtigten Organisationen werden die formalen Anforderungen an Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nochmals deutlich erweitert. Die betreffenden wissenschaftlichen Fachgesellschaften waren bislang in der Regel durch ihre Einbindung als Fachexperten durch die Leistungserbringerseite an den Beratungen direkt beteiligt. Durch diese neue Stellungnahmemöglichkeit ergibt sich eine Doppelung dieses Beteiligungsrechtes. Die Anhörung von Medizinprodukteherstellern zum Nutzen, der medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit für mit deren Produkten verbundenen Methoden ist nicht nachvollziehbar.

Da die Expertise des RKI für hygienerelevante Beratungsthemen hilfreich sein kann, ist diese Ergänzung hilfreich.

### **C Änderungsvorschlag**

Streichung von § 92 Abs. 7 d.



## **Zu Artikel 1 Nr. 31 § 95 – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, hier: Gründungsvoraussetzung eines MVZ sowie Umwandlung von Angestelltenstellen in Vertragsarztsitz**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Zum einen werden die Gründungsvoraussetzungen für ein MVZ neu geregelt. Zukünftig können nur an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligte Leistungserbringer ein MVZ gründen. Zum anderen wird geregelt, dass der ärztliche Leiter auch im MVZ ärztlich tätig sein muss.

Zusätzlich werden die Gesellschaftsformen eines MVZ eingeschränkt. So ist die Form einer AG zukünftig nicht mehr erlaubt. Bestehende MVZ erhalten einen (eingeschränkten) Bestandsschutz.

Durch die Möglichkeit, dass angestellte Ärzte zukünftig ein Recht auf Zulassung/ Niederlassung erhalten tritt eine weitere Flexibilisierung ein. Angestellte Ärzte können somit auch in gesperrten Gebieten eine Zulassung erhalten.

### **B Stellungnahme**

Die Beschränkung, dass der ärztliche Leiter als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein muss, schränkt die Möglichkeiten, ein MVZ als innovative Alternative zu einer Einzelpraxis zu betreiben ein. Dies gilt umso mehr, dass MVZ zukünftig nur von zugelassenen Vertragsärzten und von zugelassenen Vertragsärzten sowie von gemeinnützigen Trägern gegründet werden können.

Warum ein ärztlicher Leiter, der nicht unmittelbar als Arzt in die Organisations- und Versorgungsstrukturen eingebunden ist, keine Einwirkungsmöglichkeiten auf die Abläufe haben soll, leuchtet nicht ein, sondern ist vielmehr typische betriebliche Praxis. Die Therapiefreiheit des einzelnen Arztes in einem MVZ ist davon unabhängig, ob die ärztliche Leitung selbst ärztlich aktiv ist.

Die Einschränkung Rechtsform (gegenüber GmbH und Personengesellschaften), die bei Krankenhäusern und sogar Uni-Kliniken kein Problem ist, ist nicht sachgerecht.

Und schließlich führte eine Umwandlung von ärztlichen Beschäftigungsverhältnissen im ambulanten Bereich in Arztsitze größtenteils zu einer unerwünschten Verringerung gemeinsam geführter Praxen und damit zu höheren Praxiskostenanteilen. Beiträge zu mehr Wirtschaftlichkeit der Versorgung werden der Revision unterzogen.

### **C Änderungsvorschlag**

Streichung der Neuregelung.



**Zu Artikel 1 Nr. 31 f) § 95 Abs. 9b – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, hier: Gründungsvoraussetzung eines MVZ sowie Umwandlung von Angestelltenstellen in Vertragsarztsitz**

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Eine genehmigte Anstellung ist auf Antrag des anstellenden Arztes vom Zulassungsausschuss in eine Zulassung umzuwandeln, sofern nicht gleichzeitig ein Nachbesetzungsverfahren beantragt wurde.

Folgeänderung zum neuen § 95 Absatz 9b SGB V. Aufgrund der Vorschrift des § 1 Absatz 3 Nummer 2 ZV gilt die Regelung auch für Anstellungen in medizinischen Versorgungszentren.

#### **B Stellungnahme**

Durch die Möglichkeit, dass angestellte Ärzte zukünftig ein Recht auf Zulassung/ Niederlassung erhalten tritt eine weitere Flexibilisierung ein. Angestellte Ärzte können somit auch in gesperrten Gebieten eine Zulassung erhalten. Damit tritt kein Abbau von Zulassungen ein, es werden jedoch auch zusätzliche Zulassungen verhindert.

#### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## **Zu Artikel 1 Nr. 32 § 95d – Pflicht zur fachlichen Fortbildung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Ausdehnung der Pflicht zur fachlichen Weiterbildung auf Eigenbetriebe der Kassenärztlichen Vereinigungen, die an der Versorgung teilnehmen.

### **B Stellungnahme**

Sachgerechte redaktionelle Klarstellung(en)

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## Zu Artikel 1 Nr. 33 § 98 – Zulassungsverordnungen

### A Beabsichtigte Neuregelung

Die Zulassungsverordnungen müssen künftig auch Vorschriften enthalten, mit denen die Voraussetzungen für eine Befristung von Zulassungen beschrieben werden.

### B Stellungnahme

Folgerichtige Klarstellung im Kontext zur Befristung von Zulassungen. In den Eckpunkten zum Versorgungsgesetz wurde eine "Möglichkeit" zur Befristung von Zulassungen in offenen Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad ab 100% angeführt.

### C Änderungsvorschlag

Die befristeten Zulassungen sollten aus Sicht der AOK in Planungsbereichen ab einem Versorgungsgrad von 100 Prozent verpflichtenden Charakter haben. Sollte eine Einschränkung auf das Vorliegen von versorgungsspezifischen Gründen erfolgen, müssten diese z. B. in der Richtlinie zur Bedarfsplanung näher bestimmt werden.

Für die ambulante spezialärztliche Versorgung sollte die Bewilligung der Zulassung durch die Landesbehörde generell zeitlich befristet erfolgen und jeweils auf eine Dekade begrenzt werden.



## Zu Artikel 1 Nr. 34 § 99 – Bedarfsplan

### A Beabsichtigte Neuregelung

Die Benehmensregelung mit den zuständigen Landesbehörden hinsichtlich des Bedarfsplans wird gestrichen.

Demografie, Morbidität und die Berücksichtigung weiterer regionaler Besonderheiten können auf Landesebene, abweichend von den Regelungen in der Bedarfsplanungsrichtlinie, bestimmt werden.

Die Stellungnahmeberechtigung der zuständigen Landesbehörden zur Ermittlung der Verhältniszahlen wird aufgenommen.

Die Vorlage des Bedarfsplans bei der Aufsicht wird verpflichtend. Die Aufsicht kann innerhalb von zwei Monaten beanstanden.

Die Regelung nimmt auch die Anrufung des Landesausschusses bei Nichteinigung bzw. bei fehlendem Einvernehmen, wie einer Beanstandung, der nach § 99 (1) 6 abzuhelpfen ist, auf.

### B Stellungnahme

Die Streichung der Benehmensregelung ist sachlich korrekt, da die Landesbehörden ein Beanstandungsrecht in § 99 (1) 6 erhalten.

Die Regelungen zu Demografie, Morbidität und die Berücksichtigung weiterer regionaler Besonderheiten wurden am 17.05.2011 in einem Gespräch der Bund-Länder-Kommission nachverhandelt. Die Morbidität wurde dabei zusätzlich aufgenommen.

Insgesamt ist eine erhebliche Gefahr hinsichtlich der Anpassung der Verhältniszahlen und der Steigerung der Arztdichte zu sehen, die durch unterschiedliche methodische Auslegung der Begriffe "regionale Besonderheiten", "Demografie" und "Morbidität" entstehen kann. KBV und ZI haben Vorschläge hierzu entwickelt. Zudem ist der Einsatz des Analysetools der KBV politisch gewünscht.“

Die Stellungnahmeberechtigung der zuständigen Landesbehörden zur Ermittlung der Verhältniszahlen ist rechtsystematisch unverständlich, da die obersten Landesbehörden ein Beanstandungsrecht in § 99 (1) 6 erhalten.

Bei der Einführung der Beanstandungsfrist handelt es sich um eine analoge Ausgestaltung der Aufsichtsfunktion des BMG ggü. dem G-BA. Neu im Vergleich zu den Eckpunkten ist die aufgenommene Frist von 2 Monaten zur Beanstandung.

### C Änderungsvorschlag

Wegen der Unbestimmtheit und methodischen Unschärfe der Begriffe "regionale Besonderheiten" und "Demografie" und "Morbidität" sind diese Instrumente nicht geeignet, um eine adäquate Anpassung der Verhältniszahlen der primär- und fachärztlichen Grundversorgung auf regionaler Ebene zu ermöglichen und den Stichtagsbezug zu ersetzen. Es werden zumindest methodische Vorgaben auf Bundesebene gefordert, die in der Richtlinie zur Bedarfsplanung verankert werden sollten.



## Zu Artikel 1 Nr. 35 § 101 – Überversorgung

### A Beabsichtigte Neuregelung

Der G-BA beschließt in der Richtlinie auch Regelungen zur Berücksichtigung der von Ärzten erbrachten spezialärztlichen Leistungen nach § 116b sowie durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte bei der Berechnung des Versorgungsgrades.

Sonderbedarfszulassungen werden präzisiert. Die Richtlinie regelt nun nicht mehr die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze zur "Wahrung der Qualität", sondern stattdessen zur "Gewährleistung" der vertragsärztlichen Versorgung in einem bestimmten Versorgungsbereich, um einen lokalen oder einen qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf zu decken.

Es erfolgt eine Neufestlegung der regionalen Planungsbereiche zum 1. Januar 2013, so dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt werden kann.

Eigeneinrichtungen werden in die Ermittlung des Versorgungsgrades einbezogen.

Der Anrechnungsfaktor an der vertragsärztlichen Versorgung (0,5 bei einem hälftigen Versorgungsauftrag) ist bei der Erbringung ambulanter spezialärztlicher Leistungen ebenfalls zu verringern. Dies ist bei der Ermittlung des Versorgungsgrades zu berücksichtigen.

In Abs. 2 Satz 1 wird ein Verweisungsfehler aufgehoben.

Der Stichtagsbezug bei der Neufestlegung der Verhältniszahlen entfällt. Die demografische Adjustierung der Verhältniszahlen wird aufgenommen.

### B Stellungnahme

Die Regelung zur Berücksichtigung der von Ärzten erbrachten spezialärztlichen Leistungen nach § 116b sieht nach der Gesetzesbegründung einen Abzug vom Versorgungsgrad einer Arztgruppe vor. Beispiel könnten z.B. komplexe Katarakt-OPs der Augenärzte sein (einfache werden in der Gesetzesbegründung zu § 116b ausgeschlossen), das heißt, es wird ermittelt, in welchem Grad der Augenarzt tatsächlich der konservativen resp. Grundversorgung zur Verfügung steht. Die Regelung ist grundsätzlich zu begrüßen, insbesondere dann, wenn alle Arztgruppen zukünftig geplant werden.

Es hätte jedoch weitere Regelungen bedurft, um den Ländern mehr Rechtsicherheit in den Entscheidungen zu geben, wenn alle Ärzte in die Bestimmung des Versorgungsgrades einbezogen werden sollen.

Es bleibt offen, ob durch die Zählung von Ärzten z. B. ermächtigte Fachabteilungen von Krankenhäusern nach § 116a angemessen in die Berechnung des Versorgungsgrades einbezogen werden.

Sonderbedarfszulassungen werden in der Richtlinie präzisiert. In der Vergangenheit ist ein erheblicher Teil der Neuzulassungen über die Sonderbedarfe ermöglicht worden und hat in bestimmten Arztgruppen zu überproportionalen Zulassungen geführt. Die Absicht des Gesetzgebers, mehr Zulassungen in strukturschwachen Regionen über dieses Instrument zu ermöglichen, ergibt sich aus der Gesetzesbegründung.



Sind alle Arztgruppen in die Bedarfsplanung aufgenommen wird die Notwendigkeit von Sonderbedarfszulassungen deutlich reduziert. Bei ausreichender Präzisierung der Planungsinstrumente (flexible Planungsbereiche nach Versorgungsstufen) und deren regionaler Anwendung wird die Sonderbedarfszulassung perspektivisch selten erforderlich sein.

Schon in den Eckpunkten wurde das Instrument der Sonderbedarfszulassungen als weiterhin notwendig bewertet, da die regionalen Anpassungsmöglichkeiten begrenzt sind. Langfristig könnten Sonderbedarfszulassungen bei flexiblen Planungsbereichen dann erforderlich bleiben, wenn damit häufige Neuzuschnitte der Planungsbereiche vermieden werden können. Zudem ist es möglich, dass die Bedarfsplanungsrichtlinie in der nun zu erwartenden Weiterentwicklung nicht alle Schwerpunktbezeichnungen in den Arztgruppen berücksichtigt und damit die Zulassungen und Versorgungsmöglichkeiten nicht der Weiterentwicklung des ärztlichen Angebots gerecht werden. Wenn Sonderbedarfszulassungen sprachlich präziser gefasst werden, sollten sie in ihrer „Zulassungslogik jedoch dem Instrument der Ermächtigungen angepasst werden.“

Die Raumanbindung der Planungsbereiche wird zugunsten einer flexiblen Lösung mit der Zielsetzung, eine flächendeckende wohnortnahe Versorgung sicherzustellen, abgelöst. Wohnortnähe wird arztgruppenspezifisch verstanden. Eine Orientierung an den zum Teil zu großen Kreiszuschnitten ist nicht geeignet und ein kleinräumiger zentral festgelegter Zuschnitt hätte zu viele Neuzulassungen zur Folge. Da auch ein Planungsbezug für Spezialärzte vorgeschlagen wird, darf davon ausgegangen werden, dass der Gesetzgeber grundsätzlich auch für diese Versorgungsstufe Arztgruppen für möglich hält und lediglich die ambulanten spezialärztlichen Leistungen in Abzug bei der Ermittlung des Versorgungsgrades bringen will. Regionale Zuschnitte der Planungsbereiche sind möglich, da nach § 99 (1) 3 Abweichungen von der Bedarfsplanungsrichtlinie bei der Aufstellung des Bedarfsplanes zugelassen werden.

Die demografische Adjustierung der Verhältniszahlen ist grundsätzlich zu befürworten.

### **C     Änderungsvorschlag**

Der Gesetzgeber sollte vorgeben, dass alle Arztgruppen in die Bedarfsplanung aufgenommen werden. Es sollte explizit vorgegeben werden, dass auch ermächtigte Einrichtungen bei der Berechnung des Versorgungsgrads in Abzug zu bringen sind.

Auch bei den Sonderbedarfszulassungen ist eine zeitliche Befristung resp. die Prüfung von Versorgungsgesichtspunkten sachgerecht.

Die Differenzierung nach Arztgruppen und Versorgungsstufen bei der Festlegung der Größe der Planungsbereiche wird nur ermöglicht. Sie sollte verpflichtend in das Gesetz aufgenommen und auf alle Ärzte bezogen werden.

Der G-BA soll die Rahmenbedingungen schaffen, damit die Landesausschüsse flexibler arbeiten können. Voraussetzung dafür ist die eindeutige Beschreibung der Versorgungsstufen resp. die Zuordnung der Arztgruppen zu den Versorgungsstufen und jeweils angemessenen Planungsräumen in der Bedarfsplanungs-Richtlinie. Es sollte konkret formuliert werden, wie die dafür vom G-BA zu schaffenden Kriterien aussehen sollen. Der G-BA sollte die Anpassungsfaktoren für eine sachgerechte Bestimmung festlegen, deren Anwendung auf regionaler Ebene zur Bestimmung des tatsächlichen Versorgungsbedarfs erfolgt.





## Zu Artikel 1 Nr. 35c § 101 Abs. 6 – Vertragszahnärztliche Versorgung

### A Beabsichtigte Neuregelung

Hier erfolgt eine Synchronisation zum Ärztebereich, in dem der Gemeinsame Bundesausschuss nunmehr auch für den vertragszahnärztlichen Bereich verpflichtet wird, Richtlinien in der Bedarfsplanung zu erlassen, so dass ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf bezüglich der nicht unterversorgten Planungsbereiche festgestellt werden kann. Damit wird den KZVen die Möglichkeit zur Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an Vertragszahnärzte eröffnet.

### B Stellungnahme

Diese Änderung ist nicht erforderlich.

Die Feststellung von zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfen diene der Flexibilisierung der Hausärzterversorgung, insbesondere in ländlichen Regionen und soll nunmehr schlichtweg auf den Zahnärzterbereich übertragen werden. Zum einen gibt es im Zahnärzterbereich bisher keinerlei Anhaltspunkte, die einen derartigen gesetzlichen Regelungsbedarf begründen könnten. Zum anderen gibt es für Zahnärzte – anders als bei Ärzten – zurzeit keine Zulassungsbeschränkung, so dass Sicherstellungszuschläge zum jetzigen Zeitpunkt keinen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungslage im zahnärztlichen Bereich leisten.

Sicherstellungszuschläge können nur dann sinnvoll greifen, wenn gleichzeitig auf der Basis der vertragszahnärztlichen Bedarfsplanung eine Zulassungssteuerung für über- und unterversorgte Planungsbereiche zwingend stattfindet (analog vertragsärztlicher Bereich).

### C Änderungsvorschlag

Streichung der Neuregelung.



## Zu Artikel 1 Nr. 36 §103 – Zulassungsbeschränkungen

### A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird eine Regelung aufgenommen, um zu verhindern, dass der Ausschluss des Nachbesetzungsverfahrens durch einen vorzeitigen Zulassungsverzicht umgangen wird.

Bei der Entscheidung über die Nachbesetzung einer Vertragsarztpraxis sollen Versorgungsgesichtspunkte stärker berücksichtigt werden.

Lebenspartner werden hinsichtlich der Weitergabe einer Praxis gleichgestellt.

Auf die Dauer der ärztlichen Tätigkeit werden Kindererziehungszeiten und Pflege von Angehörigen angerechnet.

Bei der Auswahlentscheidung nach Satz 4 sind - mit dem Ziel die Freiberuflichkeit der ärztlichen Tätigkeit zu stärken - medizinische Versorgungszentren, deren Geschäftsanteile und Stimmrechte nicht mehrheitlich in vertragsärztlicher Hand liegen, gegenüber Vertragsärzten und vertragsärztlichen medizinischen Versorgungszentren nachrangig zu berücksichtigen.

Der KV steht bei der Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen ein Vorkaufsrecht zu, das nicht übertragbar ist. Die Regelung ist eine Ergänzung zu § 105 (3).

Die Vorkaufsregelung sieht vor, dass ein Kauf über die Praxis zwischen der KV und dem ausscheidenden Vertragsarzt unter den Bedingungen zustande kommt, die der ausscheidende Vertragsarzt mit dem Nachfolger vereinbart hat. Nach Ausübung des Vorkaufsrechts ist eine Fortführung der Praxis ausgeschlossen.

Auch MVZ können Vertragsarztsitze in gesperrten Planungsbereichen übernehmen und ein angestellter Arzt kann die vertragsärztliche Tätigkeit weiterführen. Wenn die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte des MVZ nicht den Ärzten zusteht, steht den anderen Bewerbern das Vorkaufsrecht zu.

### B Stellungnahme

Es wird ein Vorkaufsrecht der KVn bei der Nachbesetzung von Praxen vorgesehen. Die Ablösung einer Praxis oberhalb des Verkehrswertes ist fraglich, es gilt weiter die Regelung nach § 103 (4) 7 alt bzw. 8 neu, nach der die wirtschaftlichen Interessen des ausscheidenden Vertragsarztes oder seiner Erben nur insoweit zu berücksichtigen sind, als der Kaufpreis die Höhe des Verkehrswertes der Praxis nicht übersteigt. Unklar bleibt, wie dieses Vorkaufsrecht finanziert wird und wie bspw. die materiellen Werte weiterverwertet werden. Ebenso unklar ist, wie Privatpatienten in die Berechnung einbezogen werden, bzw. ob die Versicherungsgemeinschaft die Ablösesumme für die Privatpatienten ebenso zu tragen hat.

Grundsätzlich ist die Anpassung der Regelungen zur Verlegung eines Vertragsarztsitzes in ein MVZ sehr zu begrüßen. Mitunter wird jedoch ein Praxissitz aus einer lokal unterversorgten Region in eine überversorgte Region in ein MVZ verlegt und danach in Folge des nun neuen lokalen Versorgungsbedarfs eine neue Praxis zugelassen. Dieser Entwicklung könnte entgegen gewirkt werden, wenn die Gesetzesbegründung entsprechend präziser gefasst wäre.



## C Änderungsvorschlag

Das Vorkaufsrecht sollte aus dem Strukturfonds finanziert werden. Unabhängig davon sollte in der nun vorliegenden Regelung klargestellt werden, ob der Kaufpreis aus der Gesamtvergütung zu bestreiten ist. Dies würde auch einen Beitrag der Krankenkassen und deren Einnahmen mit einschließen. Außerdem sollte über den Beitrag der PKV eine Regelung getroffen werden, da diese rund 10 Prozent der Patienten und einen erheblichen Anteil des Umsatzes einer Praxis ausmachen.

Sofern der Versorgungsgrad bei Nichtausschreibung nicht unter 100% sinkt, sollte darüber hinaus die Möglichkeit bestehen, dass in überversorgten Gebieten die Nachfolge von Praxen nicht ausgeschrieben wird und nur von Kind, Ehegatten oder Lebenspartner die Praxis weitergeführt werden darf.

Die Anpassung der Regelung ist noch einmal zu überprüfen, da das Wort ""weitergeführt"" zweimal in einem Satz vorkommt.



## Zu Artikel 1 Nr. 37 §105 – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

### A Beabsichtigte Neuregelungen

In Eigeneinrichtungen erbrachte Leistungen sind aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zur vergüten.

Es wird ein Strukturfonds eingerichtet. Die Beschränkung der Förderung des freiwilligen Verzichts auf die Zulassung als Vertragsarzt für Ärztinnen und Ärzte ab dem 62. Lebensjahr wird aufgehoben. In einem gesperrten Planungsbereich ist eine finanzielle Förderung auch durch den Kauf der Arztpraxis bei freiwilligem Verzicht des Vertragsarztes durch die KV ohne Ausschreibung möglich. Die Möglichkeit zum Betrieb von Eigeneinrichtungen durch kommunale Träger wird eingeführt.

### B Stellungnahme

Die Klarstellung, die in den Eckpunkten bereits angekündigt wurde, wird umgesetzt. Die Leistungen dürfen nicht aus den Verwaltungskosten der KVen vergütet werden.

Der Strukturfonds wird von den KVen zur Finanzierung von Fördermaßnahmen errichtet. Er wird aus 0,1 Prozent der Gesamtvergütung gespeist und zusätzlich einem gleichen Betrag, der durch die Krankenkassen zu entrichten ist. Die Mittel werden für Zuschüsse zu Investitionskosten bei Neuniederlassungen, Gründung von Zweigpraxen, Zuschlägen zur Vergütung und zur Ausbildung sowie für die Vergabe von Stipendien verwendet. Hinsichtlich der Verwendung gilt das Einvernehmen mit den Krankenkassen. Die Abgrenzung der Strukturmaßnahmen zu Sicherstellungszuschlägen ist nicht präzise.

Die Regelung zur Aufhebung der Beschränkung der Förderung des freiwilligen Verzichts auf die Zulassung als Vertragsarzt für Ärztinnen und Ärzte ab dem 62. Lebensjahr ist zu begrüßen. Das gilt insbesondere dafür, dass die Maßnahmen zum Kauf von Praxen wie bisher allein aus Mitteln der KVen zu finanzieren sind. Unter diesem Vorzeichen kann auch das Vorkaufsrecht der KVen bei der Ausschreibung von Praxen in überversorgten Regionen positiv bewertet werden und sollte umgesetzt werden.

Grundsätzlich bestehen keine Bedenken gegen den Betrieb von Eigeneinrichtungen durch kommunale Träger. Zu begrüßen ist die Klarstellung, dass die Vergütung aus der Gesamtvergütung zu erfolgen hat und die üblichen Regelungen des Zulassungsverfahrens gelten. Die Einrichtungen werden vom Zulassungsausschuss ermächtigt. Die Regelung wurde am 17.05.2011 in einem Gespräch der Bund-Länder-Kommission nachverhandelt und die Zustimmung der KVen wurde mit aufgenommen.

### C Änderungsvorschlag

Die Einvernehmensregelung mit den Krankenkassen ist wieder aufzunehmen.

Die Regelungen sollten in der Gesetzesbegründung ausreichend zu § 105 Abs. 4 abgegrenzt werden.



## **Zu Artikel 1 Nr. 38 a) bb) § 106 Abs. 2 Satz 18 neu - Wirtschaftlichkeitsprüfung für Heilmittel**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Nach § 32 Abs. 1a genehmigte Heilmittel unterliegen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106.

### **B Stellungnahme**

Der Abbau der Wirtschaftlichkeitsprüfung durch Herausnahme von genehmigten - bzw. bei Verzicht auf ein Genehmigungsverfahren als genehmigt geltenden - Verordnungen wird den Kostendruck im Heilmittelbereich erhöhen. Die Ärzte werden die Möglichkeit nutzen und möglichst viele Patienten zur Genehmigung schicken, um ihr Regressrisiko zu minimieren. Dies löst bei derzeit ca. 30 Millionen Heilmittelverordnungen pro Jahr einen immensen bürokratischen Aufwand bei Krankenkassen und MDK aus, ohne dass sich die Versorgung der Versicherten verbessert, weil diese Leistungen derzeit auch ohne ein derartiges Genehmigungsverfahren erbracht werden können.

Die Einführung eines Genehmigungsverfahrens bei gleichzeitiger Freistellung der genehmigten Verordnungen von der Wirtschaftlichkeitsprüfung führt zu einem Mehr an Bürokratie, verzögert die Versorgung und sollte daher nicht zwingend gesetzlich vorgeschrieben werden. Das Ziel, Ärzte mit besonders vielen schwerkranken Patienten vor Regressen zu schützen, wird bereits durch die Festlegung von überregional geltenden Praxisbesonderheiten bei der Neufassung des § 84 erreicht.

### **C Änderungsvorschlag**

Streichung der vorgesehenen Neuregelung



## **Zu Artikel 1 Nr. 38 b – § 106 Abs. 5a SGB V – Wirtschaftlichkeitsprüfung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Änderung wird hinsichtlich vereinbarter Praxisbesonderheiten der Bezug auf § 73d SGB V gestrichen.

### **B Stellungnahme**

Die Änderungen sind sachgerecht. Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung aufgrund der Streichung des § 73d SGB V durch das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## **Zu Artikel 1 Nr. 38 c) und d) §106 Abs. 5e neu – Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Neuregelung soll bei erstmaliger Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 Prozent eine individuelle Beratung erfolgen. Ein Regress soll erst im Folgejahr der Beratung oder bei Ablehnung der Beratung durch den Vertragsarzt möglich sein. Ergänzend soll die mit dem AMNOG eingeführte begrenzte Rückzahlung bei erstmaliger Richtgrößenüberschreitung auf den Zeitraum nach der Beratung verschoben werden.

Zudem soll dem Arzt das Recht auf Feststellung über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten durch die Prüfungsstelle eingeräumt werden. Diese Feststellung soll im Rahmen der Beratung erfolgen können oder aber bei drohender Festsetzung eines Erstattungsbetrags. Die konkrete Umsetzung soll durch die Landesvertragspartner geregelt werden.

### **B Stellungnahme**

Der Regelungsvorschlag sendet ein falsches Signal hinsichtlich der Beachtung gesetzlicher Vorschriften bzw. vertraglicher Regelungen und ist daher abzulehnen.

Die bestehende Toleranzspanne bei Richtgrößenüberschreitung ist bereits so weit ausgelegt, dass lediglich ein deutlich unwirtschaftliches Verhalten zum Regress führt. Zudem sehen die bestehenden Regelungen bereits jetzt gestaffelte Maßnahmen für den Arzt vor, wenn aus seinem erheblich unwirtschaftlichen Ordnungsverhalten eine Richtgrößenüberschreitung resultiert. Mit dem AMNOG wurde bereits eine Höchstgrenze für den Regress für die ersten beiden Jahre implementiert, um die Folgen eines Regresses für den Arzt weiter abzumildern. Eine noch stärkere Aufweichung des Maßnahmenkatalogs ist nicht sachgerecht und konterkariert die Ziele der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Denn faktisch würde dies bedeuten, dass aufgrund der zeitlich versetzten Prüfung für mindestens zwei Jahre die zusätzlichen Kosten für erheblich unwirtschaftliches Ordnungsverhalten ausschließlich von den Krankenkassen und damit der Versichertengemeinschaft zu tragen wäre. Und selbst bei anhaltender erheblicher Unwirtschaftlichkeit eines Arztes würde noch in den beiden Folgejahren nur der mit dem AMNOG eingeführte begrenzte Anteil der Zusatzkosten den Krankenkassen erstattet.

Eine solche Kaskade von abgestuften „Freischüssen für Unwirtschaftlichkeit“ ist ungeeignet, den notwendigen verantwortungsvollen Umgang mit den knappen Ressourcen in der GKV zu schulen und zu fördern.

So wird selbst seitens der Ärzteschaft immer wieder darauf hingewiesen, dass das generelle Regressrisiko deutlich überschätzt wird. „Kein Kollege, der seine Patienten angemessen versorgt, muss Angst vor Prüfungen haben.“ Vielmehr seien solche Ärzte von Regressen bedroht, die „im Bereich der Standardtherapie regelhaft das Teuerste verordnen.“ (aus Dt. Ärzteblatt 18/2011 B, S. 812-814). Ein solches Verhalten dürfte wohl kaum gesetzlich schützenswert sein. Die Änderung ist daher abzulehnen und die entsprechende Regelung ist zu streichen.

Damit ein Arzt nicht aus Unwissenheit massiv unwirtschaftlich verordnet, sollte vielmehr in einem Zeitraum von drei Jahren mit Beginn der Niederlassung eine mehrstufige Beratung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgen. Ein regresswürdiges Verhalten könnte somit von vorneherein vermieden werden und der Arzt hätte zudem einen Ansprechpartner für Fragen zur Optimierung seines Ordnungsverhaltens. Lehnt ein Arzt diese Beratungen



ab, so sollte ebenso sein Anspruch auf Begrenzung des Regresses nach erstmaliger Richtgrößenüberschreitung entfallen.

Soweit der Gesetzgeber jedoch an der vorgeschlagenen Regelung grundsätzlich festhalten will, sollte diese auf Vertragsärzte in den ersten beiden Jahren ihrer Berufstätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung beschränkt werden. Damit würde die Regelung zumindest auf die mit den Regeln der vertragsärztlichen Versorgung noch wenig erfahrenen Ärzte fokussiert.

In jedem Fall sollte auch eine Ablehnung der Beratung entsprechend der vorgeschlagenen Regelung zu einer Aussetzung der Regressdeckelung nach erstmaliger Richtgrößenüberschreitung nach § 106 Abs. 5c Satz 7 führen.

Der vorgeschlagene frühzeitige Feststellungsanspruch des Arztes zu anzuerkennenden Praxisbesonderheiten stellt eine weitere erhebliche Bürokratisierung des Verfahrens dar und ist daher abzulehnen: Damit würde dieser Schritt als Teil des Prüfverfahrens nach vorne verlegt, ggf. ohne entsprechende Stellungnahme des Arztes, die üblicherweise nach Einleitung des Prüfverfahrens herangezogen werden könnte. Eine solche Implementierung würde erhebliche Ressourcen binden und das Verfahren erheblich verkomplizieren, ohne dass es das Instrument stärkt.

Soweit der Gesetzgeber an einem solchen frühzeitigen Feststellungsanspruch zwingend festhalten will, sollte – damit das Verfahren nicht faktisch ausgehebelt wird - die Feststellung der Prüfungsstelle in Form eines widerspruchsfähigen Bescheides erfolgen.

## **C     Änderungsvorschlag**

Artikel 1 Nr. 38 d) wird neu gefasst:

Zur Vermeidung von Unwirtschaftlichkeit beraten die Kassenärztlichen Vereinigungen Vertragsärzte vor und während der ersten drei Jahre nach Aufnahme der Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung. Gegenstand der jährlichen Beratungen sind die Grundlagen einer wirtschaftlichen Verordnungsweise im Kontext der arztindividuellen Tätigkeit. Lehnt ein Arzt die Beratungen ab, entfällt der Anspruch nach § Abs. 5c Satz 7. Soweit der Gesetzgeber an der Fassung des Artikels 1 Nr. 38 d) grundsätzlich festhalten will, sollte alternativ folgendes geändert werden:

In Satz 4 wird anstelle des Punktes ein Semikolon sowie folgender Halbsatz angefügt:

Abs. 5 Satz 3 und 4 gelten entsprechend.

Nach Satz 6 werden folgende Sätze angefügt:

Satz 1 bis 3 gelten für Vertragsärzte in den ersten beiden Jahren ihrer Berufstätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung. Lehnt ein Vertragsarzt eine Beratung nach Satz 1 ab, gilt Abs. 5c Satz 7 nicht.





## **Zu Artikel 1 Nr. 39 § 111b - Schiedsstellenregelung Reha**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Schiedsstellenregelung aus dem Infektionsschutzgesetz soll auch für die Vergütungsverträge zur ambulanten Rehabilitation gelten.

### **B Stellungnahme**

Wie schon in der AOK-BV-Stellungnahme zum Infektionsschutzgesetz ausgeführt ist eine Schiedsstellenregelung für die Leistungen der Rehabilitation grundsätzlich entbehrlich und steigert sachfremd den bürokratischen Aufwand in einem Versorgungsbereich, der nicht durch Unterversorgung oder andere Engpässe gekennzeichnet ist. Insofern widerspricht die Änderung dem Gebot der Beitragssatzstabilität.

### **C Änderungsvorschlag**

Streichung des Änderungsvorschlags sowie des § 111b insgesamt.



## **Zu Artikel 1 Nr. 40 § 111c– Versorgungsverträge Reha**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Regelungen für die stationäre Rehabilitation werden unter Einbezug des Infektionsschutzgesetzes auf die ambulanten Rehabilitationsleistungen übertragen.

### **B Stellungnahme**

Diese den Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes folgende Übertragung auf den Bereich der ambulanten Rehabilitation ist aufgrund der unter Nr. 39 angemerkten Punkte und der Argumentation in der AOK-BV-Stellungnahme zum Infektionsschutzgesetz abzulehnen. Die Umsetzung von Versorgungsverträgen ist für die ambulante Rehabilitation grundsätzlich sachgerecht.

### **C Änderungsvorschlag**

Die Änderungen in Abs. 3 des § 111 c sind entbehrlich.



## **Zu Artikel 1 Nr. 41 § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 (neu) – Zweiseitige Verträge KH**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Vertragspartner nach § 112 erhalten die Möglichkeit des Abschlusses von Vereinbarungen zum Entlassungsmanagement.

### **B Stellungnahme**

Es handelt sich um eine Folgeänderung aus § 39 SGB V, die unschädlich ist, ohne die Wahrscheinlichkeit auf eine Verbesserung des Entlassungsmanagements signifikant zu erhöhen.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## Zu Artikel 1 Nr. 42 § 116 – Ambulante Behandlung durch Nichtvertragsärzte

### A Beabsichtigte Neuregelung

Die Voraussetzung der Ermächtigung von Ärzten in stationären Einrichtungen wird auf Rehabilitationseinrichtungen mit einem Versorgungsauftrag nach § 111 (2) und stationäre Pflegeeinrichtungen nach § 119b Satz 3 erweitert.

### B Stellungnahme

Der Vorschlag ist grundsätzlich positiv zu bewerten, sofern es sich um eine Regelung handelt, die den qualitativen Sonderbedarf betrifft. Wenn alle Arztgruppen geplant werden, wären aber auch ein lokaler Versorgungsbedarf bzw. eine Unterversorgung für diese Regelung ein relevantes Aufgreifkriterium. Sie führt dazu, dass auch ermächtigte Ärzte in stationären Einrichtungen an der Versorgung teilnehmen und in die Berechnung des Versorgungsgrades mit einzubeziehen wären. Es sollte ggf. klargestellt werden, dass diese Regelung nur solange gilt, bis der Versorgungsgrad von 100% wieder erreicht ist bzw. regionalen Besonderheiten angemessen Rechnung getragen wurde.

### C Änderungsvorschlag

Klarstellung in der Gesetzesbegründung, dass bei Planung aller Arztgruppen, diese in die Berechnung des Versorgungsgrades nach § 101 (1) 2b jederzeit mit einbezogen werden. Die Aufgreifkriterien lokaler Versorgungsbedarf bzw. drohende Unterversorgung sollten zumindest in der Gesetzesbegründung hervorgehoben werden.



## **Zu Artikel 1 Nr. 43 § 116a – Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Ermächtigung von zugelassenen Krankenhäusern zur vertragsärztlichen Versorgung in entsprechenden Fachgebieten gilt nun nicht mehr nur für die Feststellung der Unterversorgung, sondern es wird ein "zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf" aufgenommen.

### **B Stellungnahme**

Die Ergänzung ist sachgerecht und zu befürworten.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## Zu Artikel 1 Nr. 44 § 116b – Ambulante spezialärztliche Versorgung

### A Beabsichtigte Neuregelung

Der § 116b SGB V (bislang „Ambulante Behandlung im Krankenhaus“) wird unter dem neuen Titel gefasst und führt einen neuen, „sektorenverbindenden“ Versorgungsbereich unter Einbeziehung der Vertragsärzte ein. Gegenstand sind „komplexe, schwer therapierbare Krankheiten, die je eine spezielle Qualifikation, interdisziplinäre Zusammenarbeit und oder besondere Ausstattungen erfordern. Dazu zählen Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen, bestimmte ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe sowie hoch spezialisierte Leistungen. Dabei wird das Prinzip des Verbotsvorbehalts für die Anwendung einzelner Untersuchungs- und Behandlungsmethoden des stationären Sektors zu Lasten der GKV auf den ambulanten Bereich ausgedehnt.

Der G-BA regelt in einer Richtlinie das Nähere. Er konkretisiert die Erkrankungen und bestimmt den Behandlungsumfang inkl. der Anforderungen an die Leistungserbringung und die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung. Zusätzlich regelt er, in welchen Fällen eine Überweisung durch den behandelnden Arzt voraussetzt wird. Zudem kann er Entscheidungshilfen, wann von einem besonderen Krankheitsverlauf auszugehen ist. Er kann auch Regelungen zur Kooperation zwischen den beteiligten Leistungserbringern vorschlagen. Für die Onkologie hat er solche Regelungen vorzusehen.

Der G-BA ergänzt den Katalog der Leistungsanlässe auf Antrag seiner Beteiligten. Darüber hinaus benennt und konkretisiert er erstmals bis zum 31.12.2012 ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe für Spezialärztliche Versorgung, wobei weitere ambulant durchführbare Operationen und stationersetzende Eingriffe aus dem Katalog nach § 115b SGB V in die ambulante spezialärztliche Versorgung einzubeziehen sind.

Für die Leistungserbringer gilt eine generelle Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt: Sie sind bei fehlender Einrede nach Ablauf einer Frist von zwei Monaten nach Eingang der jeweiligen Anzeige bei der zuständigen Landesbehörde zur Teilnahme berechtigt.

§116b Abs. 7 regelt die Vergütung der spezialärztlichen Versorgung. Die Abrechnung soll direkt zwischen Leistungserbringer und Kostenträger erfolgen.

### B Stellungnahme

Die Behandlung komplexer Krankheitsbilder und hoch spezialisierter Leistungen sektorunabhängig zu organisieren wird begrüßt. Der vollständige Verzicht auf vertragliche Regelungen wird abgelehnt. Insbesondere bei ambulanten Operationen, aber auch bei besonderen Krankheitsverläufen ist von einer hohen Bandbreite der Indikationsstellung auszugehen. Die Mengenentwicklung bei der operativen Behandlung der Katarakt in den vergangenen Jahren ist dafür ein eindrucksvolles Beispiel.

Da der G-BA sächliche und personelle Anforderungen definieren soll, wird nicht erkennbar, warum der Gesetzentwurf bei der Zulassung durch die Landesbehörde auf eine Prüfung des Vorliegens der entsprechenden Voraussetzungen verzichtet.

Absatz 7 Satz 1 sieht eine unmittelbare Vergütung durch die Krankenkassen vor. Diese Regelung wird durch den AOK-BV unter Bezug auf die weitere Ausgestaltung begrüßt.



Absatz 7 Satz 2: Die Kalkulation der Fallpauschalen soll nach Vollkosten, auf Basis des EBM und unter Einschluss nichtärztlicher Leistungen sowie weiterer Faktoren erfolgen, wie der Entwurf sie in seltener Detailschärfe ausführt. Dies präjudiziert in nicht sachgerechter Weise eine Übertragung der Methodischen Ansätze, die bei der Kalkulation des EBM zur Anwendung gekommen sind. Denn wie die Begründung zutreffend bemerkt, kann der EBM nicht als Vorbild dienen.

Ein auf Vollkostenbasis kalkulierter Pauschalenkatalog birgt ohne katalogimmanente Mengensteuerung in hohem Maße Anreize zur Fallzahlausweitung, da nach Erreichen der Fixkostendeckung die Erlöse sprunghaft ansteigen. Dies förderte Strategien, die einer effektiven Patientenversorgung zuwiderlaufen, z.B. künstliche Aufspaltung von Fällen oder die Fokussierung auf aufwandsarme, aber eine höhere Zahl von Patienten (Risikoselektion) einschließend Leistungen. Um derartige medizinisch nicht begründete und ggf. für die betroffenen Patienten schädliche Anreize zu vermeiden, kann entweder auf eine Teilkostenkalkulation oder begleitende Maßnahmen zurückgegriffen werden. Eine Maßnahme könnte darin bestehen, für jeden Leistungserbringer gemäß der durchschnittlichen Kostenstrukturen Leistungsmengengrenzen festzulegen, nach deren Überschreitung lediglich die variablen Kosten erstattet werden. Zum anderen könnten auch Prozeduren in die Kalkulation einbezogen werden, um Unterschiede im Behandlungsaufwand sachgerechter abbilden zu können. Daraus leitete sich aber in der Konsequenz ab, dass eher auf die Erfahrungen aus der DRG-Kalkulation als aus der EBM-Ermittlung zurückgegriffen werden müsste. Aufgrund der Vielfalt der Handlungsoptionen ist daher eine Vorfestlegung auf eine bestimmte Kalkulationsmethodik nicht empfehlenswert.

Auch aus der Tatsache, dass der EBM rein leistungsbezogen ist, bei Fall- oder Episodenpauschalen aber zusätzlich Leistungen auf Fälle oder Episoden differenzierend aggregiert werden muss, leitet sich daraus in der Konsequenz ab, dass eher auf die Erfahrungen aus der DRG-Kalkulation als aus der EBM-Ermittlung zurückgegriffen werden müsste. Aufgrund der Vielfalt der Handlungsoptionen ist daher eine Vorfestlegung auf eine bestimmte Kalkulationsmethodik nicht empfehlenswert.

### **C Änderungsvorschlag**

- a. Der G-BA wird wie geplant beauftragt, die für die „sektorunabhängige ambulante Versorgung“ gesetzlich vorgegebenen Erkrankungen und Leistungen näher zu konkretisieren und Anforderungen an die Leistungserbringung zu beschreiben, auf die sich der Landesausschuss nach § 90 SGB V für die leistungsbezogene Bedarfsplanung stützen kann. Fristsetzung und Ersatzvornahmerecht durch den BMG sind für die Richtlinie des G-BA vorzusehen; die Länder werden an den fachlichen Beratungen im Unterausschuss Bedarfsplanung beteiligt. Eine Mitwirkung an Beschlüssen bleibt rechtssystematisch verwehrt.
- b. Die Kriterien und Anforderungen des Bundesausschusses haben neben der Indikationsstellung/-sicherung der Leistungen auch die entsprechenden Qualifikationen der Leistungserbringer, die Qualitätsstandards zu berücksichtigen und darüber hinaus eine Abschätzung des populationsbezogenen Bedarfs vorzunehmen. Dazu wird u. a.
  - a. aus nationalen und internationalen Versorgungsstudien abzuleiten sein, in welcher Häufigkeit bezogen auf eine der Zahl nach feststehende, morbiditätsadjustierte Population ein Versorgungsbedarf mit spezialärztlichen Leistungen erwartet werden kann. Aufgrund der manifesten demographischen Veränderungen kann nicht darauf verzichtet werden, entsprechende Erkenntnisse für die Landesausschüsse nutzbar zu machen. Die Landesausschüsse bestimmen auf dieser Grundlage das Nähere zur Anwendung der Kriterien auf die Region und sprechen zeit- und kriteriengebundene



- Zulassungen aus. Bei der Zulassung von Leistungserbringern durch die Landesbehörden hat das Prinzip des Erlaubnisvorbehalts zu gelten, um das Vorliegen der durch den G-BA definierten sächlichen und personellen Anforderungen zwingend zu prüfen.
- c. In Fragen der sektorunabhängigen ambulanten Versorgung wird der Landesausschuss ärzteseitig mit einer gemeinsamen Stimme der niedergelassenen Ärzte und Krankenhäuser ausgestattet. Die Parität zur Seite der Krankenkassen bleibt erhalten. Die Funktion der auch versorgungspolitisch gehaltvollen Rechtsaufsicht durch das Land bleibt bestehen.
  - d. Ausgestaltung der Ambulanten spezialärztlichen Versorgung mit mehreren Vertragsoptionen:
    - 1.) Einheitlicher dreiseitiger Vertrag auf der Ebene der Verbände (GKV, KBV, DKG).
    - 2.) Einführung eines § 73d<sup>neu</sup> SGB V in Analogie zum § 73c SGB V mit der Möglichkeit des Direktvertrags zwischen Krankenkasse und Krankenhaus. Die Kassenärztliche Vereinigung sollte möglicher Vertragspartner bleiben; geschlossen werden an dieser Stelle zweiseitige Verträge (Krankenkasse–Arzt oder –KV bzw. –Krankenhaus) ohne Einschreibung der Versicherten.
    - 3.) Erhalt der Möglichkeit von Verträgen auf Ebene der Krankenkassen ohne Einbezug der Kassenärztlichen Vereinigung (§ 140b SGB V): Die Anforderung „sektorübergreifend“ sollte gesetzlich mit „oder sektorunabhängig“ erweitert werden.
    - 4.) Bei Einbezug von Leistungen des Ambulanten Operierens Schaffung der Möglichkeit eines Direktvertrags der Krankenkasse mit Übernahme der Funktion der Sicherstellung für jeweils eingeschlossene ambulante Operationen im Planungsbezirk unter Aussetzung des dreiseitigen Vertrags auf Verbändeebene mit Evaluierungspflicht der Krankenkasse (regionale, leistungsbezogene „Out – Option“). Diese Ebene sollte für häufige Leistungen bzw. Eingriffe mit hohem Qualitätssicherungspotential vorgesehen werden, das in Verträgen erschlossen werden kann. Wenn vertraglich bei häufigen Leistungen eine überdurchschnittliche Qualität vereinbart und im Prozessmanagement gesichert wird, ist es nicht zu rechtfertigen, dass die Krankenkasse den kollektiven, am herkömmlichen Qualitätsdurchschnitt orientierten Vertrag weiter aufrecht erhalten muss, wenn sie die Versorgung in dem Bezirk in einem Direktvertrag sicherstellen kann.
  - e. Der Anspruch der Versicherten auf Versorgungsmanagement (§ 11 Absatz 4 SGB V) stellt sich bei „Leistungen mit besonderem Qualitätssicherungspotential“ und „Spezialärztlichen Leistungen“ in besonderem Maße, da sie in sektorunabhängig gestalteten Versorgungsbereichen liegen. Von daher und um den Versicherten über die Wahloptionen informieren und beraten zu können, ist der besondere informationelle Einbezug der Krankenkassen bei der Überweisung zu diesen Leistungen sicherzustellen.
  - f. Absatz 7, Satz 2 wird wie folgt gefasst: Die Kalkulation erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage; Soweit es aufgrund der gewählten Kalkulationsmethode erforderlich ist, umfasst die Kalkulation auch die Bestimmung von Regeln zur Mengenaufstaffelung, die die Leistungserbringer bei der Rechnungsstellung zu berücksichtigen haben.





## Zu Artikel 1 Nr. 45 § 127 Abs. 6 - Rahmenempfehlung Hilfsmittel

### A Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-Spitzenverband und die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer sollen gemeinsame Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln abgeben, die in den Verträgen zu beachten sind.

### B Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung greift die Kritik von Leistungserbringern an der Unübersichtlichkeit der in den jeweils kassenspezifischen Versorgungsverträgen geregelten Durchführungsbestimmungen auf. Diese beruhen allerdings im Wesentlichen auf den im Rahmen des Vertragswettbewerbs verfolgten unterschiedlichen Versorgungskonzepten. Dies durch einen weiteren Vertrag zu vereinheitlichen, der zudem vom GKV-Spitzenverband, der ansonsten für das Vertragsgeschäft nicht zuständig ist, geschlossen werden soll, führt zu einer Überregulierung und Wettbewerbsbeschränkung.

Eine Standardisierung des Abrechnungsgeschäfts erfolgt durch die Abrechnungsrichtlinie nach § 302 SGB V des GKV-Spitzenverbands. Diese wird ständig aktualisiert und weiterentwickelt, eine ergänzend hierzu vom GKV-Spitzenverband mit Dritten geschlossene Rahmenempfehlung ist unnötig. Einvernehmlich mit den Leistungserbringern festgestellter Änderungsbedarf sollte besser direkt in der Abrechnungsrichtlinie geändert werden. Vereinfachungen zur Abrechnung können bereits derzeit in Verträgen nach § 303 Abs. 1 SGB V auf Landesebene vereinbart werden.

Die Durchführung der Versorgung ergibt sich aus den Verträgen zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer. Einer Standardisierung durch Rahmenempfehlungen bedarf es hier nicht. Insbesondere die vom Patienten im Rahmen der Versorgung geforderten Bestätigungen und Erklärungen ergeben sich aus dem Vertrag und sichern ihm den vollständigen Erhalt der vereinbarten und vergüteten Leistung.

Vertragsunabhängige, wettbewerbsneutrale Parameter der Versorgung, z.B. die Feststellung und Dokumentation des Versorgungsbedarfs, können besser im Hilfsmittelverzeichnis geregelt werden, dass bereits jetzt z.B. Dokumentationsbögen zur Feststellung des Versorgungsbedarfs bei der Prothesenversorgung enthält. Das administrative Geschäft der Leistungserbringer könnte erleichtert werden, wenn derartige Formulare für alle individuell hergestellten oder angepassten Produkte im Hilfsmittelverzeichnis verankert würden. Die hierfür notwendige gesetzliche Handlungsgrundlage besteht bereits. Nach § 139. Abs 2 Satz 3 können im Hilfsmittelverzeichnis auch Anforderungen an die zusätzlich zur Bereitstellung zu erbringenden Leistungen geregelt werden. Diese Ausführungen könnten präzisiert werden, dass die im Hilfsmittelverzeichnis enthaltenen Bedarfserhebungsbögen in den Verträgen nach § 127 SGB V zu beachten sind.

### C Änderungsvorschlag

Die Neuregelung ist entbehrlich. Im Rahmen der bestehenden gesetzlichen Regelungen könnten die angestrebten Vereinfachungen im Abrechnungsgeschäft in Verträgen nach § 303 Abs. 1 SGB V untergebracht, administrative Standarddokumente für die Versorgung über das Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V verbindlich geregelt werden.



## **Zu Artikel 1 Nr. 46 § 128 - Unzulässige Zusammenarbeit**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Regelungen zur unzulässigen Zusammenarbeit von Leistungserbringern und Vertragsärzten werden so ergänzt, dass Vertragsärzte auch nicht durch Einkünfte aus Beteiligungen u.a. auch an Leistungserbringern, die sie selber steuern können, beeinflusst werden dürfen. Vertragsärzte, die unzulässige Zuwendungen annehmen oder fordern, verstoßen gegen ihre vertragsärztlichen Pflichten, über derartiges Fehlverhalten ist stets auch die KV zu informieren. Das Zuwendungsverbot wird auf den Bereich der Heilmittelversorgung ausgedehnt.

### **B Stellungnahme**

Die Klarstellung ist sehr zu begrüßen, dass auch indirekte Vorteilsannahmen wie die Überlassung von Personal und Geräten sowie die Einkünfte aus Unternehmensbeteiligungen untersagt sind, welche Vertragsärzte durch eigenes Verordnungs- und Zuweisungsverhalten beeinflussen können. Denn leider wurden trotz der geltenden gesetzlichen Regelungen zur unzulässigen Zusammenarbeit immer wieder neue Varianten von der Presse dokumentiert, die erhebliche Zweifel an der notwendigen Unabhängigkeit der Leistungserbringer aufkommen ließen.

Wenngleich im Heilmittelbereich keine besonderen Erkenntnisse vorliegen, die hier eine explizite Ausdehnung des Zuwendungsverbots geboten erscheinen lassen, spricht nichts gegen eine derartige Ausweitung.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## Zu Artikel 1 Nr. 48 § 130b – Vertraulichkeit der Erstattungsbetragsverhandlungen

### A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung werden die Verhandlungen zum Erstattungsbetrag einschließlich deren Vorbereitung als vertraulich eingestuft.

### B Stellungnahme

Die Regelung formuliert eine pauschale und umfassende Vertraulichkeit, die die Vertragspartner unangemessen bindet.

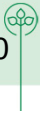
Grundsätzlich hat ein pharmazeutischer Hersteller einen Anspruch auf Vertraulichkeit seiner Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse. Soweit im Rahmen der Erstattungsbetragsverhandlungen diese vom pharmazeutischen Hersteller offenbart werden, ist diese Vertraulichkeit für diesen Bereich zwingend und angemessen. Eine darüber hinausgehende umfassende Vertraulichkeitszusicherung auch zu allgemeinen vertragsstrategischen Fragen bindet die Vertragspartner jedoch unangemessen. Daher ist die Vertraulichkeit der Verhandlungen allein auf die Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse des pharmazeutischen Unternehmens zu beschränken.

### C Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 47 a) wird wie folgt geändert:

§ 130b Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Soweit in den Verhandlungen zur Vereinbarung des Erstattungsbetrags vom pharmazeutischen Unternehmen Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse offenbart werden, unterliegen diese der Vertraulichkeit.“



## Zu Artikel 1 Nr. 49 § 133 - Rahmenempfehlung Krankentransport

### A Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 127 Abs. 6 soll entsprechend auch auf den Krankentransportbereich angewendet werden; d.h. der GKV-Spitzenverband und die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer sollen gemeinsame Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung abgeben, die in den Verträgen zu beachten sind.

### B Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung greift die Kritik von Leistungserbringern an der Unübersichtlichkeit der Abrechnungsbestimmungen auf. Diese beruhen aber insb. auf den unterschiedlichen landes- und kommunalrechtlichen Bestimmungen zum Krankentransport und Rettungsdienst, die von der Neuregelung ausdrücklich unberührt gelassen werden.

Die Neuregelung läuft damit ins Leere, an Stelle einer Klärung des konkreten Auslegungsproblems zwischen den eigentlich zuständigen regionalen Vertragspartnern wird ein neues Gremium geschaffen.

Die Optionen zur Vereinfachung des Abrechnungsverfahrens sind im SGB V bereits enthalten. Nach § 303 Abs. 1 SGB V können auf Landesebene Verträge geschlossen werden, in denen z.B. der Umfang der zu übermittelnden Abrechnungsdokumente eingeschränkt werden kann.

### C Änderungsvorschlag

Die Neuregelung ist entbehrlich, da eine entsprechende Regelungsoption durch den § 303 SGB V bereits besteht.



## Zu Artikel 1 Nr. 50 § 134a – Hebammenhilfe

### A Beabsichtigte Neuregelung

Dem § 134a Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Bei der Berücksichtigung der wirtschaftlichen Interessen der freiberuflich tätigen Hebammen nach Satz 2 sind insbesondere die Berufsausübung betreffende Kostensteigerungen zu beachten.“

Mit dem neuen Satz sollen Kostensteigerungen z. B. durch gestiegene Berufshaftpflichtversicherungsprämien in den Vergütungsverhandlungen zwischen Hebammenverbänden und GKV-Spitzenverband berücksichtigt werden.

### B Stellungnahme

Im Gesetzentwurf werden nicht die mit dem GKV-Spitzenverband erstellten Eckpunkte zur Sicherung der hebammen- und geburtshilflichen Versorgung berücksichtigt. Die erarbeiteten Eckpunkte beinhalten die Überführung des Anspruchs auf Hebammenhilfe aus der RVO ins SGB V, die Erstellung einer Richtlinie über Leistungen zur Hebammen- und Geburtshilfe für den ambulanten und stationären Bereich durch den GBA, die Erstellung einer Richtlinie zur Festlegung von qualitätssichernden Maßnahmen in der Hebammen- und Geburtshilfe – unabhängig von Geburtsort und Leistungserbringer durch den Gemeinsamen Bundesausschuss sowie den Erhalt der freien Wahl des Geburtsortes unter Berücksichtigung der Qualitätsaspekte.

Die Eckpunkte sollten sich in den Gesetzesentwürfen wiederfinden.

Durch die beabsichtigte Neuregelung ergibt sich keine verbesserte qualitative Versorgung der Hebammenhilfe. Der GKV-Spitzenverband wäre in den Verhandlungen mit den Hebammenverbänden externen Preissetzungen z. B. durch Anbieter der Haftpflichtversicherungsprämien ausgesetzt und muss bei Erhöhungen diese in der Gebührenverhandlung direkt übernehmen. Die in der Berufsausübung betreffenden Kostenveränderungen werden bereits im bestehenden Satz 2 Absatz 1 des § 134 a SGB V berücksichtigt.

### C Änderungsvorschlag

Streichung der beabsichtigten Neuregelung.

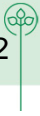
Um die erarbeiteten Eckpunkte zur Sicherung der hebammen- und geburtshilflichen Versorgung zu unterstützen, fordert der AOK-Bundesverband folgende Neuregelungen im SGB V:

#### § 11 Leistungsarten

Ergänzung des **Absatz 1 Satz 2** um

Schwangerschaft und Mutterschaft, ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe und Entbindung (§§ 20 bis 24 e)

Einfügen der folgenden Paragraphen



## § 24c Schwangerschaft und Mutterschaft

(1) Die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft umfassen

- ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe,
- Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln,
- Entbindung,
- Häusliche Pflege
- Haushaltshilfe
- Mutterschaftsgeld.

(2) Die Regelung des § 16 Abs. 1 gilt nicht für den Anspruch auf Mutterschaftsgeld. Bei Anwendung des § 65 Abs. 2 bleiben die Leistungen nach Absatz 1 unberücksichtigt.

## § 24 d Ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe

(1) Die Versicherte hat während der Schwangerschaft, bei und nach der Entbindung Anspruch auf ärztliche Betreuung einschließlich der Untersuchungen zur Feststellung der Schwangerschaft und zur Schwangerenvorsorge sowie auf Hebammenhilfe. Anspruchsberechtigt auf Hebammenhilfe sind auch Versicherte, die an Stelle der leiblichen Mutter das Neugeborene rechtlich betreuen. Die ärztliche Betreuung umfasst auch die Beratung der Schwangeren zur Bedeutung der Mundgesundheit für Mutter und Kind einschließlich des Zusammenhangs zwischen Ernährung und Krankheitsrisiko sowie die Einschätzung oder Bestimmung des Übertragungsrisikos von Karies.

(2) Bei Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung gelten die § 31 Abs. 3, § 32 Abs. 2, § 33 Abs. 8 und § 127 Abs. 4 nicht.

## § 24 e Entbindung

Die Versicherte kann ambulant oder stationär entbinden. Die Versicherte kann ambulant im Krankenhaus, in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung, in einer vom Arzt geleiteten Einrichtung, Hebammenpraxis oder im Rahmen einer Hausgeburt entbinden. Wird die Versicherte zur stationären Entbindung in einem Krankenhaus, oder anderen stationären Einrichtung aufgenommen, hat sie für sich und das Neugeborene Anspruch auf Unterkunft, Pflege und Verpflegung. Für diese Zeit besteht kein Anspruch auf Krankenhausbehandlung. Der Anspruch auf Versorgung für ambulante Entbindung im Krankenhaus oder einer von Hebammen geleiteten Einrichtung beschränkt sich auf die Zeit der Geburt und bis zu 24 Stunden danach. § 39 Abs. 2 gilt entsprechend.

## § 24 f Häusliche Pflege

Die Versicherte hat Anspruch auf häusliche Pflege, soweit diese wegen Schwangerschaft oder Entbindung erforderlich ist. § 37 Abs. 3 und 4 SGB V gilt entsprechend.

## § 24 g Haushaltshilfe

Die Versicherte erhält Haushaltshilfe, soweit ihr wegen Schwangerschaft oder Entbindung die Weiterführung des Haushalts nicht möglich und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. § 38 Abs. 4 gilt entsprechend.



## § 92 SGB V Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses

Absatz 1 Satz 2, Nr. 4 ist wie folgt zu ändern:

4. Ärztliche **und hebammenhilfliche** Betreuung bei Schwangerschaft, **Geburt** und Mutterschaft

## § 134a SGB V Versorgung mit Hebammenhilfe

Der Absatz 1 ist wie folgt zu ändern:

Der Spitzenverband Bund schließt ...Verträge über die Versorgung mit Hebammenhilfe, die abrechnungsfähigen Leistungen **und die Qualität der Leistungserbringung** unter Einschluss ...

## § 135a SGB V Verpflichtung zur Qualitätssicherung

Der Absatz 2 ist wie folgt zu ändern:

(2) Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, **von Hebammen und von Hebammen geleitete Einrichtungen**, zugelassene Krankenhäuser, ... verpflichtet,

1. sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und
2. einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.

Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, **Hebammen sowie von Hebammen geleitete Einrichtungen** und zugelassene Krankenhäuser haben der Institution nach § 137a Abs. 1 die für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach § 137a Abs. 2 Nr. 2 und 3 erforderlichen Daten vollständig zur Verfügung zu stellen.

## § 137 SGB V Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung

Der Absatz 1 ist wie folgt zu erweitern:

Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser **sowie für Hebammen und von Hebammen geleitete Einrichtungen** grundsätzlich einheitlich für alle Patienten durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 insbesondere

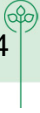
...

Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer sowie die Berufsorganisationen der Pflegeberufe **und der Verbände der Hebammen** sind bei den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 zu beteiligen.

## § 301a SGB V Abrechnung der Hebammen und Entbindungspfleger

Die Überschrift wird wie folgt geändert:

Abrechnung der Hebammen, Entbindungspfleger **und der von Hebammen geleiteten Einrichtungen**



Der Absatz 1 ist wie folgt zu erweitern:

Freiberuflich tätige Hebammen, Entbindungspfleger und **von Hebammen geleiteten Einrichtungen** sind verpflichtet, den Krankenkassen folgende Angaben





## **Zu Artikel 1 Nr. 51 § 136 Abs. 4 – Qualitätssicherung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Infolge der Neuregelung der §§ 87a – 87c SGB V soll die Bezüge in § 136 Abs. 4 Satz 1 und 2 geändert werden.

### **B Stellungnahme**

Auf die Stellungnahme des AOK-BV zu den lfd. Nr. 21 und 23 wird verwiesen. Daher werden die Änderungen nicht oder nur teilweise mitgetragen.

### **C Änderungsvorschlag**

In Satz 1 von §136 Abs. 4 werden die Angabe „der §§ 87a bis 87c“ durch die Wörter „der §§ 87a und 87b“ ersetzt“.

Die Änderung in Satz 2 entfällt.



## Zu Artikel 1 Nr. 54 § 137c -Methodenbewertung stationärer Sektor

### A Beabsichtigte Neuregelung:

Für den Ausschluss von stationären Methoden werden die Anforderungen für die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses geändert. Für den Ausschluss einer Methode aus der stationären Versorgung genügt es nun nicht mehr, dass die Methode nicht die Kriterien einer zweckmäßigen, ausreichenden und wirtschaftlichen Versorgung erfüllt, sondern eine Methode muss nur noch das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten, damit sie nicht ausgeschlossen werden darf.

Ergibt Überprüfung, dass der Nutzen einer Methode noch nicht hinreichend belegt ist, sie aber das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, kann der Gemeinsame Bundesausschuss eine Studie zur Erprobung dieser Methode initiieren. Erst nach Abschluss dieser Erprobung kann der Gemeinsame Bundesausschuss eine Methode aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen für den stationären Sektor ausschließen, wenn diese Erprobung gezeigt hat, dass die Methode nicht für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich ist.

### B Stellungnahme:

Mit der Abschwächung der Kriterien für Methoden im stationären Sektor nach § 137 c auf das bloße Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative schwächt der Gesetzgeber die Anforderungen derart herab, dass selbst „Handauflegen“ nicht mehr aus der Behandlung zu Lasten der GKV ausgeschlossen werden könnte. Nachdem nun frühestens nach Abschluss der wissenschaftlichen Erprobung eine Methode wegen fehlendem nachgewiesenen Nutzen ausgeschlossen werden kann und gleichzeitig während der Erprobungszeit die Leistung weiterhin durch die Krankenhäuser erbracht werden darf, wird es so mittelfristig keinen Ausschluss von Methoden im stationären Sektor mehr geben. Die neu geschaffene Zweidrittelmehrheit bei sektorübergreifenden Beschlüssen, die die Regel darstellen werden, führt dazu, dass es auch nach der Erprobung keinen Ausschluss mehr geben. Vor der Durchführung einer Erprobung wird eine Beweislastumkehr eingeführt: nicht der Leistungserbringer, der die Patienten behandelt muss nachweisen, dass die angewendete Methode einen Nutzen hat - was er auch seinen Patienten schuldig wäre -, sondern der G-BA muss den faktisch unmöglichen Nachweis des nicht vorhandenen Potentials für einen Nutzen führen.

Auf diese Weise schafft der Gesetzgeber die Methodenprüfung im stationären Sektor mit einer Fülle von Regelungen faktisch ab. Die angegebene Begründung, dass den schwerer erkrankten Patienten im Krankenhaus die Leistung mit möglichem Potential nicht vorenthalten werden dürfe, ist nicht stichhaltig, denn eine unwirksame Methode mit relevanten Risiken, sollte man auch nicht bei schwerer erkrankten Patienten außerhalb von Studien anwenden.

Damit wird die evidenzbasierte Medizin für den stationären Sektor praktisch vollständig verlassen. Die Kriterien, für das geforderte Potential einer Methode sind so weit gefasst („...oder die Methode in sonstiger Weise eine effektivere Behandlung ermöglichen kann“) dass keine Methode denkbar ist, die dieses Kriterium nicht erfüllen kann. Hierdurch wird der



Gemeinsame Bundesausschuss auch für ethisch fragwürdige oder für gefährliche Methoden gezwungen, Erprobungen nach §137e durchzuführen.

Für eine Erprobung nach §137e ist eine Änderung von § 137 c nicht notwendig. Die bisherigen Regelungen in §137c in Verbindung mit der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses reichen für die Feststellung des noch nicht ausreichend belegten Nutzens, der eine solche Erprobung erfordert aus, wenn mit §137e dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Möglichkeit zur Initiierung von Studien eröffnet wird.

### **C Änderungsvorschlag:**

Streichung von Artikel 1, Nr. 50.

§137c Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

Während der Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach §137e dürfen diese Leistungen nur von den an der Erprobung teilnehmenden Leistungserbringern erbracht werden, wobei diese einen vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu definierenden Mindestanteil der behandelten Patienten in die jeweilige kontrollierte Studie einschließen müssen.



## **Zu Artikel 1 Nr. 55 § 137d SGB V – Qualitätssicherung ambulante und stationäre Rehabilitation**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Der Bezug des § 137d wird aus redaktionellen Gründen angepasst

### **B Stellungnahme**

Vgl. Stellungnahme zu Nr. 40 § 111c SGB V

### **C Änderungsvorschlag**

Vgl. Stellungnahme zu Nr. 40 § 111c SGB V



## Zu Artikel 1 Nr. 56 § 137e - Erprobung von Behandlungsmethoden

### A Beabsichtigte Neuregelung:

Durch den neu geschaffenen § 137e bekommt der Gemeinsame Bundesausschuss damit die Möglichkeit, die Erprobung von Methoden, bei denen der Nachweis des Nutzens noch nicht ausreicht, zu initiieren. Hierfür werden die Kosten der Krankenbehandlung bzw. der Früherkennung von Krankheiten zu Lasten der Krankenkassen in einem befristeten Zeitraum erbracht. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt dabei die sächlichen, personellen und sonstigen Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung für die in der Erprobung einbezogenen Indikationen und legt die Anforderungen an die Durchführung der wissenschaftlichen Begleitung der Studie fest. Vertragsärzte und Krankenhäuser können „im erforderlichen Umfang“ an dieser Erprobung teilnehmen, wenn sie gegenüber wissenschaftlichen Institutionen nachweisen können, dass sie die Anforderungen erfüllen. Die Höhe der Vergütung für eine Leistungserbringung im ambulanten Sektor wird nach § 115 Abs. 1 Satz 1 vereinbart, genauso wie eine NUB-Vergütung im stationären Sektor ist diese Vergütung schiedsstellenfähig. Die Leistungserbringer werden verpflichtet, die für die Auswertung erforderlichen Daten zu dokumentieren und der beauftragten wissenschaftlichen Institution zur Verfügung zu stellen. Bei neuen Methoden, die maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinproduktes beruhen muss der Hersteller bzw. Anbieter sich bereit erklären, die Kosten für die wissenschaftliche Evaluation in angemessenem Umfang zu übernehmen. Ferner bekommen die Anbieter von Medizinprodukten ein Antragsrecht, um unabhängig von Beratungsverfahren nach § 135 oder nach § 137c Erprobungen nach § 137e für neue Produkte zu initiieren. Hierfür sind dem Gemeinsamen Bundesausschuss aussagefähige Unterlagen für das hinreichende Potential der neuen Methode vorzulegen, sowie eine Verpflichtungserklärung für die Übernahme der Kosten der wissenschaftlichen Erprobung. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat Hersteller von Medizinprodukten und sonstige Unternehmen, die an einer neuen Methode ein wirtschaftliches Interesse an einer Erbringung zu Lasten der Krankenkassen haben hinsichtlich der Voraussetzung und Erbringung einer Untersuchungs- und Behandlungsmethode zu Lasten der Krankenkassen bestehenden Anforderungen zu beraten.

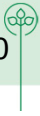
### B Stellungnahme:

Die Schaffung der Möglichkeit für den Gemeinsamen Bundesausschuss, aussagekräftige Studien dort zu initiieren und die Anforderungen an diese festzulegen, wo der Nutzenbeleg noch nicht ausreicht, wird ausdrücklich begrüßt. Eine solche Möglichkeit ist für die Patientensicherheit, den zielgerichteten Einsatz von Ressourcen und für den Forschungsstandort Deutschland eine wichtige Weiterentwicklung.

Solche Studien werden auch bereits für zwei Verfahren (interstitielle Brachytherapie beim Prostatakarzinom und Vakuumtherapie bei chronischen Wunden) von den Krankenkassen initiiert.

Eine Entscheidung über die Vergütung durch eine Schiedsstelle nach § 115 Abs. 3 entspricht einer freien Preisfestsetzung durch die Leistungserbringer, da diese in der Schiedsstelle nach § 115 Abs. 3 eine Zweidrittelmehrheit besitzen und über das Interesse an einer möglichst hohen Vergütung zwischen KBV und DKG stets Konsens herrschen dürfte.

Die Festlegung aus dem Begründungstext, dass das angemessene Maß der Beteiligung der Leistungserbringer an der Studie, die die Qualitätsanforderungen erfüllen, durch die Fall-



zahlplanung begrenzt wird, muss in den Gesetzestext aufgenommen werden. Es müssen zudem Regelungen möglich sein, die die Zahl der teilnehmenden Prüfbereitschaften begrenzt, da eine wissenschaftliche Studie mit einer nicht-kontrollierbaren Anzahl von teilnehmenden Leistungserbringern kaum durchführbar sein wird.

Die weitere Berechtigung, der nicht an der Studie teilnehmenden Krankenhäuser, die Leistung weiterhin zu Lasten der GKV zu erbringen, hat zur Folge, dass sich für solche Studien keine stationären Leistungserbringer bereit erklären werden. Nachdem die nicht teilnehmenden Kliniken noch nicht einmal die Qualitätsanforderungen erfüllen müssen, die für die Prüfbereitschaften gelten, wenn nicht ein Beschluss nach §137 getroffen wird, ist diese Regelung gegenüber dem Aussetzen eines Beschlusses nach §14 (4) der bislang gültigen Verfahrensordnung des G-BA ein großer Rückschritt für die behandelten Patienten, da gerade in der Zeit der Unsicherheit bezüglich einer neuen Methode besondere Qualitätsanforderungen von allen Leistungserbringern erfüllt sein müssen.

Die Beteiligung an den Studienkosten von Medizinprodukt-Herstellern bzw. von Anbietern mit wirtschaftlichem Interesse an der Methode ist sachgerecht. Die Orientierung an dem zu erwartenden Gewinn jedoch kaum operationalisierbar. Nachdem das wirtschaftliche Potential die Studienkosten in der Regel bei weitem übertrifft und die Erprobung den Herstellern einen sofortigen Marktzutritt mit Kostenübernahme des Medizinproduktes durch die GKV eröffnet, müssen die Kosten für den Studienoverhead vollständig durch die Medizinproduktehersteller getragen werden.

Mit Absatz 7, der den Anbietern von Medizinprodukten und von neuen Methoden ein Antragsrecht beim Gemeinsamen Bundesausschuss auf eine Erprobung nach § 137 e einräumt, wird dem G-BA die Möglichkeit eröffnet, auch dort Erprobungen durchzuführen, wo keine Beratung nach §135 oder nach §137c erfolgt.

## **C Änderungsvorschlag:**

Änderungen in § 137 e: Absatz 3 wird neu gefasst:

(3) An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 zugelassene Krankenhäuser können in einem durch die Fallzahlberechnung definierten Umfang gemäß §137c Absatz 2 Satz 2 durch die nach Absatz 5 beauftragte wissenschaftliche Institution an der Erprobung einer Untersuchungs- oder Behandlungsmethode teilnehmen, wenn sie gegenüber der wissenschaftlichen Institution nach Absatz 5 nachweisen, dass sie die Anforderungen nach Absatz 2 erfüllen und von der wissenschaftlichen Institution nach Absatz 5 als Prüfbereitschaft ausgewählt wurden.

Absatz 6, Satz 1: Streichen von „in angemessenem Umfang“



## Zu Artikel 1 Nr. 57 § 137 f – Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)

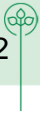
### A Beabsichtigte Neuregelung

Es werden folgende Änderungen vorgenommen:

- (1) Absatz 1: Die Entscheidung 1) über die Entwicklungen neuer DMPs und 2) über die Inhalte der DMPs wird an den G-BA delegiert. Die DMP-Inhalte werden in Zukunft als Richtlinien des G-BA festgelegt. Damit werden die Inhalte der DMPs nicht mehr Bestandteil der Rechtsverordnung (RSAV) sein. Es wird explizit darauf hingewiesen, dass die Anforderungen der DMPs den ärztlichen Behandlungsspielraum im Einzelfall nicht einschränken (im Gegensatz zu anderen Richtlinien des G-BA). Das BMG behält das Beanstandungsrecht. Es bleiben in der RSAV nur noch Regelungen, die sicherstellen, dass die Programmkostenpauschale nur im Rahmen von akkreditierten Programmen gezahlt wird.
- (2) Absatz 2, Satz 2, Nr. 3: Der G-BA soll in Zukunft nur noch die Voraussetzungen der Einschreibung festlegen und nicht mehr die Verfahren für die Einschreibung, sowie die Dauer der Teilnahme festlegen
- (3) Absatz 2, Satz 2, Nr. 5: Der G-BA soll die Dokumentation einschließlich der für die Durchführung erforderlichen Daten, sowie die Aufbewahrungsfristen festlegen (bisher in der RSAV)
- (4) Absatz 2 Satz 2 Nr. 6: Der G-BA macht Vorgaben für die Bewertung der Auswirkungen auf die Versorgung (es entfällt die Vorgabe bezüglich Kosten und Abständen zwischen den Evaluationen)
- (5) Absatz 2, letzter Satz (neu): Die Inhalte der DMPs müssen nicht mehr jährlich, sondern „regelmäßig“ überprüft werden (bisher in § 28b RSAV)
- (6) Absatz 4 (neu)
  - Der G-BA kann die Anforderungen an die Evaluation, nach Krankheit differenziert, festlegen.
  - Die Krankenkassen oder ihre Verbände erstellen für jedes Kalenderjahr Qualitätsberichte nach den Vorgaben des G-BA, die dem BVA bis zum 1.10. des Folgejahres übermittelt werden müssen.
- (7) Krankenkassen oder ihre Verbände können mit Krankenhäusern Verträge über die ambulante Behandlung schließen (das war bisher in § 116 b SGB V geregelt).

### B Stellungnahme

- (1) Die Kompetenzerweiterung des G-BA lässt es grundsätzlich zu, dass neue Entwicklungen schneller in die Versorgung Eingang finden und ist zu begrüßen.
- (2) Es werden Redundanzen in § 137f und RSAV herausgenommen. Die Verfahren zur Ein- und Ausschreibung sind relevant für die Zahlung der Programmkosten und somit in der RSAV zu regeln. Die Dauer der Teilnahme betrifft aber nicht nur Ausschreibungsprozesse, die für die Programmkostenpauschale von Bedeutung sind, sondern auch medizinisch relevante Tatbestände, wie eine Rezidivfreiheit bei Asthma. Es muss davon ausgegangen werden, dass Letzteres weiterhin vom G-BA im Rahmen der Definition der Voraussetzung der Teilnahme vorgegeben wird.
- (3) Die Aufbewahrungsfristen hängen zusammen mit den Zielen der Qualitätssicherung und der Evaluation. Es ist deshalb nachvollziehbar, dass die Verantwortung hierfür dem G-BA übertragen werden soll. Zur Vermeidung von langen Entscheidungsprozessen, ist eine klare Regelung in der RSAV mit wesentlich weniger Bürokratie behaftet.



- (4) Der G-BA erhält einen sehr umfangreichen Handlungsspielraum in der Definition der Evaluation. Der G-BA wird hierzu wahrscheinlich eine Expertengruppe benennen müssen. Diese Experten sind unter den neuen Rahmenbedingungen beim G-BA besser angesiedelt als eine Expertengruppe, die bisher im Auftrag des BVA tätig wurde. Die Krankenkassen sollen weiterhin Benehmen mit dem BVA über die Berufung des externen Evaluators herstellen. Das ist grundsätzlich nicht problematisch. Die Begründung erlaubt explizit das Beibehalten des bisherigen Verfahrens, das vom BVA vorgegeben ist. Weiter erwähnt der Begründungstext eine weitere Zuständigkeit des BVA ohne entsprechenden Gesetzestext: Das BVA soll die Evaluationsberichte zusammenführen und veröffentlichen. Der Gesetzentwurf legt die Verantwortung für die Ausgestaltung der Evaluation eindeutig beim G-BA. Damit soll die Zuständigkeit des BVA in diese Sache beendet werden. Eine Weiterleitung, Zusammenführung und Veröffentlichung durch das BVA muss abgelehnt. Sonst kann die neue Regelung dazu führen, dass es weiterhin einen großen bürokratischen Aufwand gibt.
- (5) Diese Regelung ersetzt die bisherige Forderung zur jährlichen Überprüfung in § 28b RSAV. Die Eine jährliche Überprüfung der DMPs hat in der Praxis nie funktioniert und wird auch nicht als erforderlich angesehen (Leitlinien haben meistens eine Geltung von ca. 3-5 Jahren)
- (6) - Das BMG will es explizit erlauben, dass es für unterschiedliche DMP auch unterschiedliche Evaluationsanforderungen gibt. Das ist wahrscheinlich eingegeben durch die Probleme bei den Evaluationsberichten zu DMP Brustkrebs. Die Formulierung ist aber ggf. verbesserungsfähig
  - a) Das BVA braucht eine neue Grundlage für die Fortführung der Akkreditierung, weil die Evaluationsberichte dafür nicht mehr gefordert werden. Die Qualitätsberichte zeigen dem BVA, ob die DMP-Maßnahmen umgesetzt wurden. Damit kann das BVA viel direkter reagieren auf Nicht-Umsetzung der DMP als mittels den Evaluationsberichten. (siehe auch Kommentar zu § 137g 3) )
- (7) Verträge zur ambulanten Versorgung im Krankenhaus werden voraussichtlich keine Wirkung entfalten.

## C Änderungsvorschlag

Die Aufbewahrungsfristen der personengebundenen Daten sollten in der RSAV auf 12 Jahre festgelegt werden (Siehe Änderungsvorschlag zu Artikel 10).

Es soll eine Klarstellung erfolgen, dass das BVA keine Evaluationsberichte zusammenführen und veröffentlichen soll, weil es nicht im Gesetz geregelt ist.





## Zu Artikel 1 Nr. 58 § 137 g – Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme

### A Beabsichtigte Neuregelung

Es werden folgende Änderungen vorgenommen:

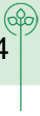
- (1) Abs. 1 Satz 3 wird aufgehoben: Die Befristung der Zulassung wird aufgehoben.
- (2) Im neuen Absatz 2 werden Regelungen bezüglich der vertraglichen Umsetzung der DMPs, die bisher in der RSAV verortet waren, festgelegt. Dabei gibt es eine einheitliche Jahresfrist für die Umsetzung von neuen Inhalten und neuen Dokumentationen (bisher mussten neue Dokumentationen früher eingeführt werden).
- (3) Der neue Absatz 3 regelt die Möglichkeit des BVA die Zulassung der DMPs rückwirkend aufzuheben, wenn, die Verträge nicht an neuen Anforderungen angepasst werden, keine Evaluation durchgeführt wird, oder keine Qualitätsberichte vorgelegt werden.
- (4) Der alte Absatz 2 ist entfallen und damit die Evaluation als Grundlage für die Reakkreditierung

### B Stellungnahme

- (1) Die unbefristete Zulassung vereinfacht die Prozesse. Allerdings muss die Handhabung der Auflagen durch das BVA im Sinne der hier vorgeschlagenen Vereinfachung umgesetzt werden. Das BVA könnte die Vereinfachung konterkarieren mit komplexe Auflagen.
- (2) Es ist zu begrüßen, dass es eine einheitliche Frist für die Umsetzung von neuen Dokumentationen und Inhalte gibt.
- (3) Wenn die DMPs nicht so umgesetzt werden wie vorgesehen, muss die Akkreditierungsbehörde die Zulassung entziehen können. Die Möglichkeit zur rückwirkenden Aufhebung der Akkreditierung hat zur Folge, dass es längere Zeit Unsicherheit über die zugewiesenen Programmkostenpauschalen gibt. Es muss ggf. klargestellt werden, dass die rückwirkende Aufhebung der Akkreditierung nur gilt, wenn die Krankenkassen nicht fristgerecht Unterlagen vorgelegt haben. Wenn das BVA nach Prüfung noch Grund für Beanstandung findet, soll den Krankenkassen ausreichend Zeit für das Nachreichen weiterer Unterlagen gegeben werden, ohne Auswirkung auf die Programmkostenpauschale.
- (4) Das ungünstige Kosten-Nutzen-Verhältnis der Evaluation nach den Kriterien des BVA wurde vom AOK-Bundesverband schon seit langem kritisiert. Die Evaluationsberichte verursachen erhebliche Kosten bei den Krankenkassen und beim BVA – ohne das diese Ausgaben in einem angemessenen Verhältnis zum Erkenntnisgewinn stünden. Wenn heute über die Auswirkung der DMP diskutiert wird, werden kleinere Evaluationsstudien herangezogen, die von einzelnen Krankenkassen durchgeführt wurden (insbesondere AOK und Barmer-GEK). Die Ergebnisse der Evaluation nach den Kriterien des BVA spielen in der Fachdiskussion keine Rolle. Deshalb ist es zu begrüßen, dass das BVA von der Pflicht enthoben wird diese Berichte als Grundlage der Reakkreditierung zu nutzen. Es verhindert werden, dass die Krankenkassen doppelt belastet werden: Evaluation nach den alten Regelungen für die Vergangenheit und Evaluation nach den neuen Regelungen.

### C Änderungsvorschlag

Keiner



## **Zu Artikel 1 Nr. 60 § 155 Abs. 2 - Abwicklung der Geschäfte, Haftung für Verpflichtungen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Im Fall einer Kassenschließung soll den Mitgliedern dieser Kasse den Wechsel in eine neue Kasse erleichtert werden. Zu diesem Zweck hat der Vorstand jedem Mitglied den Vordruck eines Blanko-Aufnahmeantrages mit den erforderlichen persönlichen Angaben sowie eine wettbewerbsneutral gestaltete Liste aller wählbaren Krankenkassen mit dem Hinweis zu übermitteln, dass der ausgefüllte Vordruck auch an ihn zur Weiterleitung an die gewählte Krankenkasse zurückgesandt werden kann.

### **B Stellungnahme**

Die Regelung ist zu begrüßen. Sie trägt dazu bei, dass im Fall einer Kassenschließung möglichst viele der betroffenen Mitglieder ihr Kassenwahlrecht noch vor dem Schließungszeitpunkt ausüben. Dabei ist nicht nur die Liste der wählbaren Kassen, sondern auch der Vordruck des Aufnahmeantrages wettbewerbsneutral zu gestalten. Allerdings wird auch mittels dieser Regelung nicht sichergestellt, dass bereits zum Schließungszeitpunkt für alle Betroffenen eine neue Krankenkasse zuständig ist.

Im derzeitigen Schließungsfall der City BKK ist bei den Anstrengungen der aufnehmenden Kassen, laufende Leistungen für ihre neuen Mitglieder im Anschluss an die Schließung ohne Unterbrechung weiterhin zu gewähren, stellte die fehlende Angabe der Bankverbindung der Geldleistungsempfänger die größten Schwierigkeiten dar. Die City BKK sah sich aus datenschutzrechtlichen Gründen daran gehindert, diese an die aufnehmenden Kassen zu übermitteln. Um diese Schwierigkeit im Interesse der Leistungsempfänger zu beheben, sollte die Bankverbindung zum Empfang laufender Leistungen in dem Aufnahmeantrag mit abgefragt werden, den der Vorstand der zu schließenden Kasse versendet.

### **C Änderungsvorschlag**

Dem § 155 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Der Vorstand hat unverzüglich nach Zustellung des Schließungsbescheids jedem Mitglied einen wettbewerbsneutral gestalteten Vordruck mit den für die Erklärung nach § 175 Absatz 1 Satz 1 erforderlichen Angaben einschließlich der Kontoverbindung und des kontoführenden Kreditinstitutes zum Empfang laufender Geldleistungen, sowie eine wettbewerbsneutral gestaltete Übersicht über die wählbaren Krankenkassen zu übermitteln und darauf hinzuweisen, dass der ausgefüllte Vordruck an ihn zur Weiterleitung an die gewählte Krankenkasse zurückgesandt werden kann.“



## Zu Artikel 1 Nr. 61 § 171b – Insolvenz von Krankenkassen

### A Beabsichtigte Neuregelung

a) Analog zum Schließungsverfahren (§ 155) soll auch im Falle der Insolvenz der Übergang der Mitglieder zu einer neuen Krankenkasse in einem geordneten Verfahren durch die insolvente Kasse erfolgen.

b) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen soll die Kassen der gleichen Kassenart über die Stellung eines Insolvenzantrages informieren.

### B Stellungnahme

a) Die Änderung ist folgerichtig.

b) Nicht nur die Kassen der gleichen Kassenart haben im Fall der Insolvenz einen Anspruch auf Information hierüber. Daher sollte die Information an alle Kassen gehen.

### C Änderungsvorschlag

a) Keiner

b) „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen unterrichtet hierüber unverzüglich alle Krankenkassen sowie deren Landes- und Bundesverbände.“



## Zu Artikel 1 Nummer 66 § 217 f Abs 6 - (Entscheidungen des SpiBuKK bei Schließung und Insolvenz; Inkrafttreten)

### A Beabsichtigte Neuregelung

Für den Fall der Schließung bzw. Insolvenz einer Krankenkasse sind die mitgliedschafts- und leistungsrechtlichen Folgen sowie das Verfahren Abrechnung von Leistungen bislang nur unvollständig geregelt. Durch eine gesetzliche Rechtssetzungs- und Verwaltungsdelegation soll der SpiBuKK nunmehr ermächtigt werden, die hierfür notwendigen Entscheidungen zu treffen. Nähere inhaltliche Vorgaben enthält die gesetzliche Neuregelung nicht. Die Gesetzgebung beschreibt als Zielrichtung der neuen Aufgabenzuweisung die Sicherstellung einer reibungslosen Leistungsgewährung sowie die Vermeidung von Verunsicherung bei den Leistungserbringern. Konkret wird der Aufgabenkatalog des SpiBuKK wie folgt erweitert:

*Dem § 217f wird folgender Absatz angefügt:*

*„(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen trifft Entscheidungen, die bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse im Zusammenhang mit dem Mitgliederübergang der Versicherten erforderlich sind, um die Leistungsansprüche der Versicherten sicherzustellen und die Leistungen abzurechnen.“*

Die Regelung tritt gem. Art. 13 Abs. 1 am 1. Januar 2012 in Kraft.

### B Stellungnahme

1) Die mit der Neuregelung verfolgte Zielsetzung, im Interesse der Versicherten und Leistungserbringer verlässliche Rahmenbedingungen für den Fall der Schließung bzw. Insolvenz zu schaffen, ist zu begrüßen. Es muss jedoch bezweifelt werden, dass die Neuregelung ohne die Ergänzung konkreter inhaltlicher Entscheidungsvorgaben für den SpiBuKK den verfassungsrechtlichen Anforderungen des Art. 20 Abs. 2 GG an die Rechtssetzungs- und Verwaltungsdelegation durch die Selbstverwaltung genügt. In einer Leitentscheidung zu der Zulässigkeit und den Grenzen der Selbstverwaltung (*BVerfG, 2 BvL 5/98 vom 5.12.2002 - Abwasserzeckverband*) führt das Bundesverfassungsgericht aus:

*Rn. 168: Mit der Übertragung der Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben in Formen der Selbstverwaltung darf der Gesetzgeber zum anderen das Ziel verfolgen, einen sachgerechten Interessenausgleich zu erleichtern, und so dazu beitragen, dass die von ihm beschlossenen Zwecke und Ziele effektiver erreicht werden (vgl. BVerfGE 37, 1 <26 f.>; vgl. auch Unruh, VerwArch. 92 <2001>, S. 531 <536 f., 554>).*

*Rn. 170: Die Auswahl der auf Organisationseinheiten der Selbstverwaltung zu übertragenden Aufgaben und die Regelung der Strukturen und Entscheidungsprozesse, in denen diese bewältigt werden, stehen weitgehend im Ermessen des Gesetzgebers (vgl. BVerfGE 10, 89 <102, 104>; s. auch BVerfGE 37, 1 <26>). Es wird sich überwiegend um überschaubare Aufgabenbereiche handeln, bei denen die Erledigung durch Organisationseinheiten der Selbstverwaltung historisch überkommen ist und sich traditionell bewährt hat. Von einer Übertragung ausgeschlossen sind diejenigen öffentlichen Aufgaben, die der Staat selbst durch seine*



eigenen Behörden als Staatsaufgaben im engeren Sinne wahrnehmen muss (vgl. BVerfGE 38, 281 <299>).

*Rn. 172:* Die gesetzgeberische Gestaltungsfreiheit bei der Schaffung und näheren Ausgestaltung von Organisationseinheiten der Selbstverwaltung erlaubt auch, den Selbstverwaltungsträger zu verbindlichem Handeln mit Entscheidungscharakter zu ermächtigen; dies gilt in allerdings begrenztem Umfang auch für ein Handeln gegenüber Dritten, also Nichtmitgliedern. Nicht bereits die Erledigung öffentlicher Aufgaben als solche, wohl aber die Befugnis zu verbindlichem Handeln mit Entscheidungscharakter macht es erforderlich, Maßnahmen, welche die jeweilige Selbstverwaltungskörperschaft bei der Erfüllung der ihr übertragenen Aufgaben ergreift, am Maßstab des Art. 20 Abs. 2 GG zu messen. Das bedeutet im Bereich der funktionalen Selbstverwaltung nicht, dass dies im Wege einer lückenlosen personellen Legitimationskette vom Volk zum einzelnen Entscheidungsbefugten zu geschehen hat. Verbindliches Handeln mit Entscheidungscharakter ist den Organen von Trägern der funktionalen Selbstverwaltung aus verfassungsrechtlicher Sicht aber nur gestattet, weil und soweit das Volk auch insoweit sein Selbstbestimmungsrecht wahrt, indem es maßgeblichen Einfluss auf dieses Handeln behält. Das erfordert, dass die Aufgaben und Handlungsbefugnisse der Organe in einem von der Volksvertretung beschlossenen Gesetz ausreichend vorherbestimmt sind und ihre Wahrnehmung der Aufsicht personell demokratisch legitimierter Amtswalter unterliegt (vgl. Dreier, Hierarchische Verwaltung im demokratischen Staat, 1991, S. 285 ff.; Emde, Die demokratische Legitimation der funktionalen Selbstverwaltung, 1991, S. 331; Britz, VerwArch. 91 <2000>, S. 418 <433 ff.>).

Den sich daraus abzuleitenden verfassungsrechtlichen Anforderungen genügt § 217f Abs. 6 SGB V-E nicht. Die Neuregelung enthält für die Aufgaben des SpiBuKK und zu dessen Handlungsbefugnissen keine hinreichend detaillierten gesetzlichen Vorgaben. Ein besonderes Maß an gesetzlicher Festlegung der Aufgabenwahrnehmung, der inneren Organisation (z. B. Kompetenzabgrenzung der Organe im SpiBuKK) und dessen Handlungsbefugnissen ist im vorliegenden Fall allerdings zu erwarten. Die Rechtssetzungsdelegation beinhaltet äußerst weitgehende Regelungsmacht. Entscheidungen des SpiBuKK auf Grundlage der Neuregelung betreffen elementare Interessen der Versicherten und Leistungserbringer - also auch Nichtmitglieder des SpiBuKK. Angesichts der wirtschaftlichen Relevanz und den Auswirkungen auf die persönlichen Lebensverhältnisse von Versicherten kann vorliegend auch nicht von einem überschaubaren Aufgabenbereich im o.g. Sinne gesprochen werden. Zu berücksichtigen ist dabei die durch das GKV-WSG eingeleitete gesetzliche Organisationsentscheidung, den Wettbewerbsmarkt der gesetzlichen Krankenkassen – neben Vereinigungen – durch Schließungen und Insolvenzen zu bereinigen. Derartige Prozesse führen nach aller Lebenserfahrung aus anderen Branchen zwangsläufig zu Ausfällen, Störungen, Verunsicherungen und erhöhten Sicherungsinteressen im konkret betroffenen Unternehmensumfeld – so sicherlich auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine unbestimmte gesetzliche Aufgabenzuweisungen an den SpiBuKK, allein durch – wie auch immer geardete – Entscheidungen eine reibungslose Leistungsgewährung sicherzustellen und Verunsicherungen zu vermeiden stellt einen denkbaren Widerspruch und ein Ausweichen vor der Notwendigkeit eines grundsätzlichen Folgenbewältigungs- und Ordnungskonzepts dar. Versicherte und Leistungserbringer, die vorsorgend ihr Verhalten auf den Fall einer Schließung bzw. Insolvenz einstellen wollen, erhalten durch die Regelung keine verlässlichen Hinweise auf die Rahmenbedingungen eines entsprechenden Abwicklungsverfahrens. Gleiches gilt für die gesetzlichen Krankenversicherungen selbst. Die Entscheidungsbefugnisse des SpiBuKK bedürfen also detaillierter gesetzlicher Vorgaben, um verfassungsrechtliche Bedenken an der Aufgabenwahrnehmung des SpiBuKK auszuräumen. Eine bereits in diese Richtung gehende Rechtsprechung zur verfassungsrechtlich unzureichenden Legitimation



des SpiBuKK (vgl. HessLSG, Beschluss vom 21.02.2011, L 1 KR 327/10 B ER) bietet weiteren Grund für eine Präzisierung der Neuregelung.

### **C     Änderungsvorschlag**

1) Art. 1 Nummer 63 wird wie folgt gefasst:

Dem § 217f wird folgender Absatz angefügt:

„(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen trifft Entscheidungen, die bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse im Zusammenhang mit dem Mitgliederübergang der Versicherten zur Sicherstellung der Leistungsansprüche der Versicherten und zur Abrechnung der Leistungen erforderlich sind. Die Entscheidungen sollen insbesondere Bestimmung enthalten über

1. ein Verfahren, das die Begründung neuer Mitgliedschaften von Mitglieder der geschlossenen Krankenkasse sicherstellt und ungeklärte Mitgliedschaftsverhältnisse nach dem Zeitpunkt der Schließung vermeidet,

2. ein Verfahrens, das die rechtzeitige und umfassende Datenübermittlung an die gewählten und zugewiesenen Krankenkassen sicherstellt,

3. die Aufgaben und innere Ordnung der geschlossenen Krankenkasse im Rahmen der Abwicklung der Geschäfte gem. § 155 Abs. 1,

4. das Nähere zum Verfahren der Zwischenfinanzierung der Abwicklung gem. § 155 Abs. 1 i.V. m. §§ 171d Abs. 6 und 271 Abs. 2 Satz 4,

5. das Nähere zum Verfahren der Anmeldung und Erfüllung von Forderungen gem. § 155 Abs. 2 und Abs. 4 Satz 5,

6. das Nähere zum Verfahren der Information der Versicherten und Leistungserbringer gem. § 155 Abs. 2 Satz 1

7. das Verfahren zur Erstattung von gewährten Leistungen der geschlossenen Krankenkasse durch die gewählten und zugewiesenen Krankenkassen,

8. ein Verfahren zur Sicherstellung der notwendigen personellen Ausstattung der geschlossenen Krankenkasse, soweit es der Zweck der Abwicklung gem. § 155 Abs. 1 erfordert und

9. Grundsätze zur Abgrenzung der Aufgaben des Abwicklungsvorstands gem. § 155 Abs. 1 und des Insolvenzverwalters im Falle einer Schließung gem. § 171b Abs. 5.

Die Entscheidungen sind dem BMG vorzulegen. Es kann sie innerhalb von 2 Monaten beanstanden.



## **Zu Artikel 1 Nummer 67 – § 221b Abs.1 u. Abs. 2 – Evaluation der Maßnahmen nach § 85 und § 87a Abs. 2 Satz 3, ggf. Minderung der Zahlungen des Bundes für den Sozialausgleich**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Mit dem zum 1.1.2011 in Kraft getretenen GKV-Finanzierungsgesetzes wurde der § 221b eingeführt, der unter anderem regelt, dass der Bund ab dem Jahr 2015 zum Sozialausgleich nach § 242b Zahlungen an den Gesundheitsfonds leistet. Die Höhe der Zahlung soll im Jahr 2014 festgelegt werden.

Nach der beabsichtigten Neuregelung soll der bisherige Text des § 221b künftig als Absatz 1 fort gelten.

Die Regelung des neuen Absatz 2 sieht vor, dass die Bundesregierung die mit den Maßnahmen nach § 85 und § 87a Absatz 2 Satz 3 verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der vertragszahnärztlichen und vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die GKV bis zum 30. April 2014 evaluiert. Das Ergebnis der Evaluierung soll bei der Festlegung der Zahlung des Bundes für den Sozialausgleich (nach Abs. 1 neu) mindernd berücksichtigt werden, soweit sich aus diesem Ergebnis unter Berücksichtigung von Einspareffekten Mehrausgaben des Bundes für den Sozialausgleich ergeben.

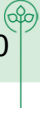
### **B Stellungnahme**

Der erst mit dem GKV-Finanzierungsgesetz eingeführte Sozialausgleich soll bezüglich seiner Finanzierungsmodalitäten modifiziert werden, bevor er zur Anwendung gekommen ist.

So sieht die Regelung vor, dass ausgabensteigernde gesetzgeberische Maßnahmen im Vergütungsbereich der Ärzte und Zahnärzte, die nicht gleichzeitig durch entsprechende Einspareffekt kompensiert werden, sich mindernd auf die Zahlungen des Bundes für den Sozialausgleich auswirken. Die Folge ist, dass ein Teil des Sozialausgleichs aus der Liquiditätsreserve und damit von den Mitgliedern über Zusatzbeiträge und nicht von allen Steuerzahlern finanziert werden muss. Dies bedeutet, dass das GKV-Mitglied zweifach von diesen gesetzlich induzierten Ausgabensteigerungen mit seinem Zusatzbeitrag betroffen ist, einmal durch die Finanzierung dieser Mehrkosten und einmal durch die Beteiligung am Sozialausgleich. Diese Regelung weicht von der Absicht des GKV-Finanzierungsgesetzes ab, alle Steuerzahler an der Finanzierung des Sozialausgleichs zu beteiligen, um eine gerechte Finanzierung des Sozialausgleichs zu gewährleisten. Die Teilfinanzierung des Sozialausgleichs mittels Zusatzbeiträge führt im Ergebnis sogar dazu, dass die Zusatzbeiträge GKV-weit ansteigen und damit wiederum das Finanzierungsvolumen für den Sozialausgleich selbst ansteigt.

Die vorgesehene Neuregelung könnte zum Präzedenzfall für alle künftigen Mehrausgaben in der GKV werden, um angesichts der Bestrebungen der Bundesregierung, den Haushalt zu konsolidieren, höhere Zahlungen des Bundes für den Sozialausgleich zu vermeiden. In der Konsequenz würde somit der Sozialausgleich zu einem immer größer werdenden Anteil durch die GKV-Mitglieder selbst und nicht durch alle Steuerzahler finanziert. Die mit dem GKV-Finanzierungsgesetz angestrebte Finanzierungsgerechtigkeit würde somit sukzessive ausgehöhlt.

Die Absicht des Gesetzgebers, höhere finanzielle Belastungen des Bundes durch etwaige Mehrausgaben für die ärztliche Vergütung zu vermeiden, kann wesentlich besser erreicht werden, indem die am 30.4.2014 durch Evaluation festgestellten Mehrkosten zu einer nach-



träglichen Korrektur der Vergütung in den maßgeblichen Versorgungsbereichen führen. So wird sichergestellt, dass die mit dem GKV-Finanzierungsgesetz beabsichtigte steuerfinanzierte Finanzierung des Sozialausgleichs nicht reduziert wird. Gleichzeitig werden Mehrkosten, die nicht durch beabsichtigte Einsparungseffekte kompensiert werden, durch eine verursachergerechte Kürzung gegenfinanziert.

### **C     Änderungsvorschlag**

(2) Die Bundesregierung evaluiert die mit den Maßnahmen nach § 85 und § 87a Absatz 2 Satz 3 in der am (..) geltenden Fassung verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der vertriglichzahnärztlichen und vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die Gesetzlichen Krankenversicherungen bis zum 30.04.2014. Das Ergebnis der Evaluierung nach Satz 1 wird zur nachträglichen Korrektur der Vergütung in den maßgeblichen Versorgungsbereichen herangezogen.





## **Zu Artikel 1 Nummer 73 – § 264 Abs. 6 Satz 1 - Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Krankenkasse kann gemäß § 264 SGB V für Arbeits- und Erwerbslose, die nicht gesetzlich gegen Krankheit versichert sind, für andere Hilfeempfänger sowie für die vom BMG bezeichneten Personenkreise die Krankenbehandlung übernehmen, sofern der Krankenkasse Ersatz für die vollen Aufwendungen für den Einzelfall sowie eines angemessenen Teils ihrer Verwaltungskosten gewährleistet wird.

Gemäß § 264 Abs. 6 Satz 1 SGB V in der bisherigen Fassung ist bei der Bemessung der Vergütung nach § 85 oder § 85a die vertragsärztliche Versorgung der Empfänger zu berücksichtigen.

Mit dem „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG)“ wurde die ambulante ärztliche Vergütung neu geregelt. Der bisherige § 85a SGB V (arztgruppenbezogene Regelleistungsvolumina) ist ab 01.04.2007 weggefallen und wurde durch eine Regelung in § 87a (Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten) ersetzt.

Die vorgesehene Änderung des § 264 Abs. 1 Satz 6 SGB V korrigiert diesen Verweisfehler.

### **B Stellungnahme**

Redaktionelle Anpassung als Folge der zum 01.04.2007 durch das „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG“ vorgenommenen Änderung der ambulanten ärztlichen Vergütung

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## **Zu Artikel 1 Nummer 76 § 270 Abs. 1 - Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für Sonstige Ausgaben**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Neuregelung soll bestimmt werden, dass die gem. Artikel 1 Nr. 2b neuen Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 [neu] nicht bei der Bemessung der Gesundheitsfondszuweisungen für Sonstige Ausgaben berücksichtigt werden. Zugleich erfolgt eine Klarstellung, dass alle im Rahmen von Wahlтарifen getätigten Ausgaben von den Berechnungen der Gesundheitsfondszuweisungen ausgenommen sind und nicht allein solche, die unter die Regelung nach § 53 Abs. 5 fallen.

### **B Stellungnahme**

Die Neuregelung steht in Zusammenhang mit der beabsichtigten Ausweitung der Satzungsleistungen (vgl. § 11 Abs. 6 [neu]). Sie führt dazu, dass die neuen Satzungsleistungen nicht wie die bestehenden Satzungsleistungen im GKV-Finanzierungssystem behandelt werden, sondern wie Wahlтарife. Diese Differenzierung ist systemfremd und nicht sachgerecht. Während die Wahlтарife aus „sicher heraus“ zu finanzieren sind (§ 53 Abs. 8: Einsparungen, Einzahlungen, Effizienzsteigerungen), ist die Finanzierung der neuen Satzungsleistungen nicht geregelt. Sie kann überwiegend nur mittels Zuweisungen des Gesundheitsfonds und/oder Zusatzbeiträgen erfolgen. Bei Finanzierung über Gesundheitsfondszuweisungen, ist dies durch Gewinne aus der Versicherten-Risikoselektion möglich. Bei Finanzierung über Zusatzbeiträge verliert dieser seine Funktion als Indikator für die Wirtschaftlichkeit einer Krankenkasse. Beide Effekte, nämlich die Stärkung des Anreizes zur Risikoselektion und die Schwächung des Preisindikators, stehen einem effizienten und transparenten Wettbewerb deutlich entgegen. Im Gegensatz zur beabsichtigten Neuregelung hat gerade die Einbindung der bestehenden Satzungs- und Ermessensleistungen in das System der Gesundheitsfondszuweisungen gezeigt, dass hierdurch deutliche Wirtschaftlichkeitsanreize gesetzt und Mehrausgaben vermieden werden können. Deshalb müssen alle Satzungs- und Ermessensleistungen für die Bemessung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds berücksichtigt werden; auch solche im Sinne des § 11 Abs. 6 [neu].

Der Ausschluss der Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 [neu] von den Zuweisungen für Sonstige Ausgaben nach § 270 Abs. 1 ist nicht sachgerecht.

Die mit der Neuregelung ebenfalls beabsichtigte Klarstellung in § 270 Abs. 1, dass alle Wahlтарife von der Bemessung der Gesundheitsfondszuweisungen ausgenommen sind, ist zu begrüßen und soll beibehalten werden.

### **C Änderungsvorschlag**

Die vorgesehene Neuregelung ist wie folgt zu formulieren:

In § 270 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe a wird die Angabe „Abs. 5“ gelöscht.



## Zu Artikel 1 Nr. 77 § 271 Abs. 2 und Artikel 13 Abs. 2 - Zwischenfinanzierung von Leistungsansprüchen im Schließungs- bzw. Insolvenzfall; Inkrafttreten

### A Beabsichtigte Neuregelung

Parallel zur Rechtssetzungs- und Verwaltungsdelegation auf den SpiBuKK (§ 217f Abs. 6 SGB V-E) wird für den Fall der Schließung bzw. Insolvenz einer Krankenkasse die notwendige finanzielle Ausstattung für die Abwicklung von Leistungsansprüchen derjenigen Versicherten geregelt, deren Mitgliedschaftsverhältnis noch nicht geklärt sind. Das Darlehen soll vom Bundesversicherungsamt zeitlich befristet aus der Liquiditätsreserve gewährt werden. Hierzu wird in § 271 nach Absatz 2 folgender Absatz eingefügt:

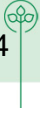
*„(2a) Bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse kann das Bundesversicherungsamt einer leistungsaushelfenden Krankenkasse auf Antrag ein Liquiditätsdarlehen aus der Liquiditätsreserve gewähren, wenn dies erforderlich ist, um Leistungsansprüche von Versicherten zu finanzieren, deren Mitgliedschaftsverhältnisse noch nicht geklärt sind. Das Darlehen ist spätestens innerhalb von sechs Monaten zurückzuzahlen. Das Nähere zur Darlehensgewährung, Verzinsung und Rückzahlung regelt das Bundesversicherungsamt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“*

Die Regelung tritt gem. Art. 13 Abs. 1 am 1. Januar 2012 in Kraft.

### B Stellungnahme

Im Fall der Schließung bzw. Insolvenz gilt die jeweilige Krankenkasse über den Zeitpunkt der Schließung als fortbestehend, soweit es der Zweck der Abwicklung erfordert (§ 155 Abs. 1 SGB V). Gegenstand der Abwicklung ist erfahrungsgemäß auch die vorläufige Betreuung von Versicherten, z. B. in Form der Gewährung von laufenden Bezügen (Kranken- bzw. Pflegegeld), über den Zeitpunkt der Schließung hinaus. Die Abwicklungskörperschaft hat insoweit einen Erstattungsanspruch gegen die neue Krankenkasse. Da die Abwicklungskörperschaft nicht über die ausreichende Liquidität verfügt, bedarf es einer Vorfinanzierung dieser Leistungen. Sachgerecht ist eine vorläufige Finanzierung über die vom Bundesversicherungsamt verwaltete Liquiditätsreserve. Die Ergänzung des § 271 ist dem Grund nach sinnvoll, da sie im Hinblick auf den Liquiditätsbedarf im Falle einer Schließung bzw. Insolvenz eine Regelungslücke schließt. Die Regelung tritt als Ausnahmenvorschrift zum Verbot der Darlehensfinanzierung (vgl. §§ 220, 222) neben die §§ 262 Abs. 4, 265 S. 2, 265a Abs. 2 und 265b SGB V. Auf diese Weise soll die Abwicklungskörperschaft durch das Bundesversicherungsamt in die Lage versetzt werden, seine Abwicklungsaufgaben im Haftungsfall trotz hierfür fehlender eigener Betriebsmittel vorläufig wahrzunehmen.

Durch den Entwurf zum *Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze* wird mit Wirkung zum 01.07.2011 gem. § 171d Abs. 6 SGB V unter engen Voraussetzungen parallel eine Ermächtigung des SpiBuKK zur Aufnahme von befristeten Darlehen geschaffen, um seinen Verpflichtungen bei der Haftungsadministration nachkommen zu können. Die Refinanzierung des Darlehens ist durch das im Haftungsfall gesetzlich und satzungsmäßig vorgesehene Umlageverfahren sichergestellt. Anders als hier sind als maximal zulässiger Zeitraum für eine darlehensgestützte Zwischenfinanzierung zwölf Monate vorgesehen.



Die Ergänzung des § 271 ist dem Grunde nach zu begrüßen. Sie bedarf allerdings an verschiedenen Stellen der Präzisierung.

Missverständlich ist angesichts der klaren Regelung in § 155 Abs. 1 SGB V der Begriff der „*leistungsaushelfenden Krankenkasse*“. Eine Leistungsaushilfe durch Dritte ist im Fall der Schließung bzw. Insolvenz gesetzlich bislang nicht vorgesehen und im Wege eines öffentlich-rechtlichen Auftragsverhältnisses nur sehr schwierig mit der notwendigen Rechtssicherheit zu gestalten. Es bedarf daher einer klaren sprachlichen Eingrenzung auf die Abwicklungskörperschaft gem. § 155 Abs. 1 SGB V.

Der Charakter und Zweck der Zwischenfinanzierung ist stärker zu betonen, um die Regelung von den sonstigen Haftungs- und Finanzierungsregelungen für den Schließungs- bzw. Insolvenzfall abzugrenzen. Aus diesem Grund sollte auch das Verhältnis zu § 217d Abs. 6 SGB V klargestellt werden.

Angesichts der weitgehenden Regelungsbefugnisse und -verantwortung des SpiBuKK ist dieser maßgeblich am Zustandekommen der Zwischenfinanzierung zu beteiligen.

## C Änderungsvorschlag

1) Art. 1 Nummer 73 wird wie folgt gefasst:

In § 271 wird nach Absatz 2 folgender Absatz eingefügt:

*„(2a) Bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse kann das Bundesversicherungsamt der geschlossenen Krankenkasse auf Antrag ein Liquiditätsdarlehen aus der Liquiditätsreserve gewähren, wenn dies erforderlich ist, um im Rahmen der Abwicklung gemäß § 155 Abs. 1 Leistungsansprüche von Versicherten vorläufig zu finanzieren, deren Mitgliedschaftsverhältnisse noch nicht geklärt sind. Das Darlehen ist spätestens innerhalb von 12 Monaten zurückzuzahlen. Das Nähere zur Darlehensgewährung, Verzinsung und Rückzahlung regelt das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Für die Zwischenfinanzierung der Erfüllung sonstiger Verpflichtungen der geschlossenen Krankenkasse gilt § 217d Abs. 6.“*



## Zu Artikel 1 Nr. 80 § 295 – Abrechnung ärztlicher Leistungen

### A Beabsichtigte Neuregelung

Neben redaktionellen Folgeänderungen infolge der Neuregelungen in §§ 116b und 137f wird die geltende gesetzliche Verpflichtung zur Vereinbarung von Richtlinien für die Vergabe und Dokumentation von Diagnoseschlüsseln – ambulante (allgemeine) Kodierrichtlinien AKR – ersatzlos gestrichen. Begründet wird dies mit dem Ziel, Überregulierungen im vertragsärztlichen Vergütungssystem abzubauen. Mit dem Wegfall der Verpflichtung zur Vereinbarung von AKR entfällt auch die Verpflichtung der Ärzte, die AKR anzuwenden.

### B Stellungnahme

Der Ansatz der Messung von Veränderungen in den Morbiditätsindizes als Grundlage für die Ermittlung von vergütungsrelevanten Veränderungen ist international einmalig und ohne Nachahmung. Um diesen Ansatz aus der unkontrollierten direkten ambulanten „Morbiditätsmessung“ heraus zu einem Mindestmaß regelgebunden und zukunftsfähig zu machen, können die vertragsärztlichen Diagnosen erst und nur nach dem Erreichen des Ziels einer flächendeckenden Anwendung der AKR als Grundlage für die Ermittlung von vergütungsrelevanten Veränderungen des Behandlungsbedarfs der Versicherten herangezogen werden. Dabei stellt die flächendeckende Anwendung der AKR ein Minimalziel und einen Minimalkompromiss dar; bereits bei den bisherigen Vorarbeiten zur verbindlichen Implementierung der AKR wurden dabei fehlende Instrumente zur Qualitätssicherung, intransparente Vorgaben der KBV für die Praxissoftware, unzureichend definierte Prüfungen und Sanktionen sowie die Dominanz ärztlicher Organisationen im Hinblick auf Auslegungsfragen und Schulungen als äußerst unbefriedigend angesehen. Darüber hinausgehend ist die Tatsache, dass in Deutschland bei der Verwendung der ambulanten Diagnosen in der Vergütungs- und Finanzierungssystematik keine (stichprobenartige) direkte unabhängige Überprüfung der Diagnosekodierung in der ärztlichen Praxis stattfindet, weltweit einmalig und bemerkenswert.

Die Nutzung der vertragsärztlichen Diagnosen zur Ermittlung von Veränderungen des Behandlungsbedarfs wurde erst von der Ärzteschaft in Frage gestellt und wird es jetzt vom Gesetzgeber selbst. Mit der Aufhebung der Verpflichtung zur Vereinbarung und flächendeckenden Anwendung von AKR entfällt auch die Geschäftsgrundlage für die Vertragspartner auf Landesebene, die Ermittlung von vergütungsrelevanten Veränderungen des Behandlungsbedarfs auf der Grundlage der von Ärzten unkontrolliert den jeweils eigenen Regeln folgend dokumentierten Diagnosen zu vereinbaren. Politik und Gesetzgeber sind aufgefordert, aus dieser Situation die Konsequenzen zu ziehen und für die Veränderung der Gesamtvergütungen eine geeignetere Grundlage verbindlich festzulegen. Besser geeignet als nicht überprüfbare Diagnosen sind insbesondere Daten, die den demografischen Wandel objektiv und manipulationssicher erfassen und den sich dadurch ergebenden veränderten Behandlungsbedarf objektiv und kontrolliert abbilden. Den Vertragspartnern auf Landesebene eine Auswahlmöglichkeit zwischen diagnosebezogenen und demographischen Anpassungskriterien gemäß § 87a Abs. 4 und 5 anheim zu stellen weckt nur Begierden (bei einer demografiebezogenen Veränderungsrate von bundesdurchschnittlich 0,4-0,5 % und einer diagnosebezogenen Veränderungsrate von bundesdurchschnittlich mind. 2,0-2,5 % ergeben sich – bezogen auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung – Mehr- oder Minderausgaben von 400 bis 500 Mio. Euro jährlich für die GKV) und wird in den meisten Fällen zugunsten der Ärzteschaft und zu Lasten der Beitragszahler entschieden.



### **C    Änderungsvorschlag**

§ 295 Abs. 3 Satz 1 wird beibehalten und die Anwendung der Kodierrichtlinien bundesweit für alle Vertragsärzte verbindlich. Oder die Veränderungen des Behandlungsbedarfs und der Gesamtvergütungen (§ 87a Abs. 4 und 5) sind gesetzlich ausschließlich auf der Grundlage von demographischen Kriterien zu vereinbaren.



## **Zu Artikel 1 Nr. 81 a) und b) § 300 - Abrechnung von Apotheken und weiteren Stellen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

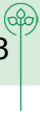
Mit der Neuregelung soll die bereits für Arzneimittel geltende Verpflichtung zum Auftragen eines bundeseinheitlichen Kennzeichens auf das Verordnungsblatt und zur elektronischen Übermittlung von Abrechnungsdaten nach § 300 auch für alle übrigen Leistungen gilt, die in den Leistungsanspruch nach § 31 einbezogen sind, sowie für Impfstoffe nach § 20d Absatz 1 und 2. Die Neuregelung lässt im Übrigen die geltenden, vertraglich vereinbarten Abrechnungswege und -verfahren unberührt.

### **B Stellungnahme**

Die geplanten Regelungen sind grundsätzlich zu begrüßen. Die Änderung steht in Zusammenhang mit der Anpassung des § 84 SGB V. Bereits nach bisherigem Recht sind alle verordneten Leistungen nach § 31 Gegenstand der Arzneimittelvereinbarung. Zusätzlich werden auch Impfstoffe nach § 20d SGB V dem Abrechnungsweg nach § 300 SGB V zugeführt. Die Regelung dient der Klarstellung und erhöht die Transparenz der Abrechnung.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## Zu Artikel 1 Nr. 82 § 302 - Abrechnung sonstiger Leistungserbringer

### A Beabsichtigte Neuregelung

Die zur Abrechnung vom GKV-Spitzenverband mit den Leistungserbringerverbänden in Rahmenempfehlungen nach § 127 Abs. 6 vereinbarten Regelungen sind maßgeblich, sofern sie von den Abrechnungsrichtlinien nach § 302 abweichen.

### B Stellungnahme

Die Neuregelung ist eine Folgeänderung aufgrund der Einführung einer Rahmenempfehlung zur Abrechnung in § 127 bzw. § 133. Die Festlegung der vorrangigen Regelung zeigt, dass hier ein weiteres Instrument zur Steuerung eines Sachverhalts geschaffen wird, was Abgrenzungsprobleme vorprogrammiert. Es wäre konsistenter, die Standardisierung des Abrechnungsgeschäfts weiterhin ausschließlich in der Abrechnungsrichtlinie nach § 302 SGB V zu regeln. Vereinfachungen zur Abrechnung können bereits derzeit in Verträgen nach § 303 Abs. 1 SGB V auf Landesebene vereinbart werden. Sofern sich überregionale Vereinfachungsmöglichkeiten ergeben, sollten diese besser direkt in die Abrechnungsrichtlinie eingearbeitet werden.

Alternativ könnte ggf. der § 303 Abs. 1 SGB V so ergänzt werden, dass hier auch überregionale Vereinbarungen mit den Spitzenorganisationen der Leistungserbringer getroffen werden können.

### C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Neuregelung





## Zu Artikel 1 Nr. 83 §§ 303a bis 303e - Datentransparenz

### Zusammenfassung Sachverhalt

Nachdem die Selbstverwaltung ihren Auftrag, eine Datenaufbereitungsstelle zu bilden, nicht hinreichend erfüllt hat, wird diese jetzt an den Bund übergehen. Das BMG kann durch Rechtsverordnung öffentliche Stellen des Bundes mit der Durchführung der Datentransparenzaufgaben bestimmen; in der Begründung exemplarisch vorgeschlagen wird das BVA. Die Beteiligung der Krankenkassen an der Durchführung der Datentransparenzaufgaben ist äußerst gering.

Es wird ein GKV-Datenpool durch Sekundärnutzung der 7-Prozent-M-RSA-Datenstichprobe für die Zwecke der Datentransparenz gebildet. Das RSA-Verfahren wird nicht tangiert. Im Wesentlichen sind dies Daten nach § 268 SGB V aus den Leistungssektoren Krankenhaus, stationäre Anschlussrehabilitation, Arzneimittel, Krankengeld, vertragsärztliche Versorgung mit den abgerechneten Leistungen.

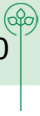
Nutzen können sollen die Daten wie bisher der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundes- und Landesverbände der Krankenkassen, die Krankenkassen, die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Kassenärztlichen Vereinigungen, die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene, die Institutionen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder, die Institutionen der Gesundheitsversorgungsforschung, Hochschulen und sonstigen Einrichtungen mit der Aufgabe unabhängiger wissenschaftlicher Forschung, sofern die Daten wissenschaftlichen Vorhaben dienen. Der Kreis der Nutzungsberechtigten der Daten wird um G-BA, InBA, AQUA-Institut, DRG-Institut, Patientenbeauftragte und Selbsthilfegruppen auf Bundesebene erweitert. Damit scheint der Gesetzgeber eine Nutzung von Routinedaten für die Zwecke der Qualitätssicherung befördern zu wollen.

Genutzt werden sollen die Daten wie bisher zu Wahrnehmung von Steuerungsaufgaben durch die Kollektivvertragspartner, zu Verbesserung der Qualität der Versorgung, zur Planung von Leistungsressourcen (Krankenhausplanung etc.), für Längsschnittanalysen über längere Zeiträume, Analysen von Behandlungsabläufen, des Versorgungsgeschehens zum Erkennen von Fehlentwicklungen und Ansatzpunkten für Reformen (Über-, Unter- und Fehlversorgung), zur Unterstützung politischer Entscheidungsprozesse zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung. Zusätzlich sollen diese Daten zur Analyse und Entwicklung von sektorenübergreifenden Versorgungsformen sowie von Einzelverträgen der Krankenkassen genutzt werden.

Bis zum 31.12.2012 soll die Datenaufbereitungsstelle die Erhebung der Nutzungsgebühren regeln.

### Zusammenfassung Bewertung

Der bisherige seit 2004 bestehende gesetzliche Auftrag zur Datentransparenz wurde bisher vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Kassenärztliche Bundesvereinigung nicht mit Leben gefüllt. Der Gesetzgeber bietet nunmehr die Möglichkeit, den bestehenden M-RSA-Datenlieferungsstrang für diesen Nutzungskontext „Datentransparenz“ zu öffnen. Der Preis, den die Selbstverwaltung dafür zahlen muss, besteht darin, dass die Arbeiten auf den



Bund übergehen, die Kosten aber von den Gesetzlichen Krankenkassen zu tragen sind und der Nutzerkreis für die Transparenzdaten erweitert wird.

Angesichts dieser Rahmenbedingungen kann zusammenfassend konstatiert werden, dass die Neufassung des § 303 SGB V vor dem Hintergrund einer wirtschaftlichen Verwendung der GKV-Mitgliedsgelder und aus Gründen der Datensparsamkeit eine Zweitnutzung eines bestehenden Datenstrangs **sinnvoll** erscheint. **Nicht sachgerecht** ist die Regelung, nach der die Gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für den Aufbau und Routinebetrieb dieses Datensatzes allein tragen sollen, gleichwohl die Leistungserbringer der Ärzteschaft und der Krankenhäuser neben den staatlichen Organisationen in den Nutzerkreis der Daten aufgenommen sind. Nach bisheriger Gesetzeslage tragen der GKV-Spitzenverband und die KBV die Kosten. Darüber hinaus sollte **sichergestellt** werden, dass im Rahmen der nachgelagerten Rechtsverordnung eine Trennung dieser Transparenzdaten (Auswertungsmöglichkeit über langfristige Patientenkarrerien) zu den bestehenden M-RSA-Daten (Auswertungsmöglichkeit über eine 2jährige Patientenkariere) erreicht wird. Auch sollte gewährleistet sein, dass keine kassen- oder kassenartenbezogenen Analysen möglich sind.

Für die Datenaufbereitungsstelle bietet sich hierbei das Statistische Bundesamt, das bereits umfangreiche Erfahrung wie bei den Mikrozensusdaten mit sich bringt.

Änderungen im Einzelnen:

## § 303a Wahrnehmung der Aufgaben der Datentransparenz

### A. Beabsichtigte Neuregelung

Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates öffentliche Stellen zu bestimmen, die die Funktionen einer Vertrauensstelle und einer Datenaufbereitungsstelle wahrnehmen und so die vom Gesetzgeber beabsichtigte Umsetzung der Datentransparenzregelungen anstelle der Selbstverwaltung übernehmen. Als öffentliche Stelle kommt laut Begründung z.B. das Bundesversicherungsamt in Betracht. Begründet wird die Neuregelung damit, dass die bisherigen, seit Januar 2004 geltenden Regelungen von der Selbstverwaltung bisher nur ansatzweise umgesetzt worden sind und dass davon auszugehen sei, dass auf der Basis der bisher geltenden Regulationsstruktur auch weiterhin eine Umsetzung durch die Beteiligten nicht erfolgen wird.

Die Kosten, die der zu bestimmenden öffentlichen Stelle entstehen, tragen die Krankenkassen. Die Kosten werden nach einer Anfangsinvestition von 1 Million EUR auf 500 TEUR jährlich geschätzt.

### B. Stellungnahme

Die Neuregelung ist geeignet, die Aufgabe der Datentransparenz umzusetzen. Zur Finanzierung werden nun allein die Krankenkassen herangezogen, allerdings ohne Einflussmöglichkeit auf die Durchführung der Datentransparenzaufgaben. Die KBV wird gegenüber dem Status quo aus der Finanzierung entlassen. Die Kostenregelung ist nicht sachgerecht, da andererseits die Leistungserbringer der Ärzteschaft und der Krankenhäuser neben den staat-



lichen Organisationen in den Nutzerkreis der Daten aufgenommen sind. Als staatliche Aufgabe unter öffentlicher Durchführung mit breitem Nutzerkreis und Nutzungskontext sollte die Datentransparenz staatlich finanziert werden. Eine Bewertung über die auf die Gesetzlichen Krankenkassen finanziellen Kosten kann erst dann abschließend vorgenommen werden, wenn die Lieferverpflichtungen der Gesetzlichen Krankenkassen, die notwendigen Arbeiten der Vertrauensstelle wie auch die der Datenaufbereitungsstelle finalisiert beschrieben sind. Angesichts der anstehenden Herausforderung des Aufbaus und Routinebetriebs eines zentralen epidemiologischen Stichprobenregisters mit einer Datenvorhaltung von ungefähr 7 Millionen pseudonymisierten Versichertenkonten, erscheint der in der Gesetzesbegründung benannte jährliche Betrag von 500 TEUR als untere Grenze, auch vor dem Hintergrund, dass eine Refinanzierung durch Datennutzungsgebühren von öffentlichen Einrichtungen für öffentliche Aufgaben nicht gelingen wird. Darüber hinaus sollte sichergestellt werden, dass im Rahmen der nachgelagerten Rechtsverordnung eine Trennung dieser Transparenzdaten (Auswertungsmöglichkeit über langfristige Patientenkarrerien) zu den bestehenden M-RSA-Daten (Auswertungsmöglichkeit über eine 2jährige Patientenkarrerie) erreicht wird. Für die Datenaufbereitungsstelle bietet sich hierbei das Statistische Bundesamt, das bereits umfangreiche Erfahrung wie bei den Mikrozensusdaten mit sich bringt.

## **C      Änderungsvorschlag**

Streichung des geplanten Absatzes 3.

### **§ 303b      Datenübermittlung und -erhebung**

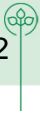
#### **A.      Beabsichtigte Neuregelung**

Statt Leistungs- und Abrechnungsdaten bei den Krankenkassen und den KVen zu erheben wird auf M-RSA-Daten zurückgegriffen. Das BVA soll die Daten gem. § 268 Abs. 3 Satz 14 in Verbindung mit Satz 1 Nr. 1 bis 7 nach Prüfung auf Vollständigkeit und Plausibilität an die als Datenaufbereitungsstelle zu bestimmende öffentliche Stelle übermitteln. Gleichzeitig liefert das BVA der als Vertrauensstelle zu bestimmenden öffentlichen Stelle eine Liste mit den dazugehörigen jährlich wechselnden Versichertenpseudonymen der M-RSA-Datenmitteilungen, aus welchen diese gemäß § 303c periodenübergreifende Pseudonyme zu bilden hat. Der Umfang der im Rahmen der Datentransparenz zu übermittelnden Daten als Auswahl aus den durch § 30 Abs. 1 RSAV festgelegten M-RSA-Meldungen wird in einer Rechtsverordnung nach § 303a Abs. 1 Satz 2 SGB V konkretisiert. Das Verfahren des Risikostrukturausgleiches wird nicht beeinflusst.

Auf die Einrichtung eines Beirats wird verzichtet.

#### **B.      Stellungnahme**

Es ist zu begrüßen, dass im Rahmen einer wirtschaftlichen Verwendung der GKV-Mitgliedsgelder und aus Gründen der Datensparsamkeit die Aufwände für die Datenerhebung durch die Sekundärnutzung der M-RSA-Daten gering gehalten werden und das RSA-



Verfahren nicht tangiert wird. Ob der Datenumfang für die in § 303e vorgesehenen Nutzungskontexte ausreichend ist, erscheint fraglich. Für die Zwecke einer krankenhausbezogenen stationären Qualitätssicherung sind sie beispielsweise nicht geeignet. So bestehen diese Daten aus einer Stichprobe von faktisch rd. 7 Prozent der GKV-Versicherten und umfassen Abrechnungsdaten aus der KH-Behandlung (§ 301) jedoch ohne KH-Institutionskennzeichen, der stationären Anschluss-Reha, Arzneiverordnungen (§ 300), Krankengeld, vertragsärztliche Versorgung (§ 295) jedoch ohne Behandlungstag, Heilmittel (§ 302) sowie Versichertenstammdaten jedoch ohne Sterbedatum.

Es ist jedenfalls sicherzustellen, dass keine Analysen mit Krankenkassenbezug erfolgen können.

Die datenschutzrechtlichen und finanziellen Konsequenzen eines ggf. nachhaltigen Ausbaus dieses Datenstrangs sind aktuell nicht abschätzbar. Die Datenerhebungen für den M-RSA sollten auch bei einem nachhaltigen Ausbau dieses Datenstrangs nicht tangiert bzw. geändert werden.

## **C     Änderungsvorschlag**

§ 303b wird wie folgt ergänzt:

„Aus den Daten sind alle krankenkassen- und krankenkassenartenbezogene Bezüge zu entfernen.“

bzw. entsprechendes wird in der Rechtsverordnung nach § 303a Abs. 1 Satz 2 SGB V i.V.m. § 303a Abs. 2 Nr. 1 geregelt.

## **§ 303c     Pseudonymisierung der Daten**

### **A.     Beabsichtigte Neuregelung**

In der Vertrauensstelle sind die nach § 303b übermittelten Pseudonyme der M-RSA-Daten, welche gem. § 30 Abs. 3 Satz 2 RSAV einem regelmäßigen Schlüsselwechsel unterliegen, nach einem im Einvernehmen mit dem BSI zu bestimmenden Verfahren in periodenübergreifende Pseudonyme zu überführen, so dass für einen Versicherten ein kontinuierliches, leistungsbereichsübergreifendes und periodenübergreifendes Pseudonym entsteht.

Eine Reidentifizierbarkeit von Versicherten bei der Verarbeitung und Nutzung der Daten soll ausgeschlossen sein.

Die Vertrauensstelle hat die Liste der nunmehr periodenübergreifenden Pseudonyme der Datenaufbereitungsstelle zu übermitteln und alsdann zusammen mit der Liste mit den temporären Pseudonymen zu löschen.

Die Vertrauensstelle ist räumlich, organisatorisch und personell eigenständig zu führen.



## B. Stellungnahme

Die Erzeugung von mehrjährigen Pseudonymen über die jährlichen Schlüsselwechsel des RSA-Verfahrens hinweg setzt entweder eine Depseudonymisierung oder eine Umschlüsselung der M-RSA-Pseudonyme voraus; der Gesetzgeber optiert für eine Umschlüsselung, welche die Vertrauensstelle in Abstimmung mit dem BSI umzusetzen hat.

## C Änderungsvorschlag

Keiner

## § 303d Datenbereitstellung für Nutzungsberechtigte

### A. Beabsichtigte Neuregelung

Streichung des Bezugs auf die Träger der Arbeitsgemeinschaft für Datentransparenz.

### B. Stellungnahme

Anpassung an die Änderung in § 303a.

### C Änderungsvorschlag

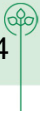
Keiner

## § 303e Datenverarbeitung und -erhebung

### A. Beabsichtigte Neuregelung

Der Kreis der Nutzungsberechtigten wird erweitert um

- Gemeinsamer Bundesausschuss
- Institut des Bewertungsausschusses
- Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten
- für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene
- Institution nach § 137a Abs. 1 Satz 1 (z.Zt. AQUA-Institut)
- DRG-Institut nach § 17b Abs. 5 KHFInG.



Die Daten können verarbeitet und genutzt werden, soweit sie für die Erfüllung der Aufgaben der jeweiligen Institution erforderlich sind.

Die Nutzungszwecke werden erweitert um

- die Analyse und Entwicklung von Einzelverträgen der Krankenkassen.

Die nach § 303a Absatz 1 bestimmte Datenaufbereitungsstelle regelt bis zum 31. Dezember 2012 die Erhebung und das Verfahren zur Berechnung von Nutzungsgebühren.

## **B. Stellungnahme**

Mit der Änderung ist u. A. eine Nutzung für die Zwecke der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung durch G-BA und AQUA-Institut intendiert. Die Nutzung von Routinedaten für die Qualitätssicherung ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings fehlen mit der Leistungserbringerzuordnung (kein KH-IK) und dem Sterbedatum für die Qualitätsmessung wesentliche Angaben. Die Nutzung der 7 Prozent-M-RSA-Stichprobe schränkt eine flächendeckende Analyse ebenfalls stark ein.

## **C Änderungsvorschlag**

Keiner



**Zu Artikel 1 Nr. 84 § 321 - Übergangsregelung für die Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137g Absatz 1**

**A Beabsichtigte Neuregelung**

Es werden Übergangsregelungen für die Zulassung und Evaluation der Programme festgelegt.

**B Stellungnahme**

Die Regelung ist sachgerecht.

**C Änderungsvorschlag**

Keiner



## Zu Artikel 3 Nummer 1 - § 66 Abs. 3 Satz 3 SGB X – Anwendung des Verwaltungsvollstreckungsrechts

### A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass künftig für die Vollstreckung zugunsten landesunmittelbarer Krankenkassen, die sich über mehr als ein Land erstrecken, einheitlich das Verwaltungsvollstreckungsrecht des Bundes gilt. Die zuständige Vollstreckungsbehörde bestimmt sich weiterhin unverändert nach den jeweiligen landesrechtlichen Vorschriften.

### B Stellungnahme

Von der beabsichtigten Neuregelung sind die AOKs als die mit weitem Abstand größten landesunmittelbaren Krankenkassen die Hauptbetroffenen.

Die Vollstreckung bei landesunmittelbaren Krankenkassen ist derzeit Ländersache. Probleme, die im Zuge einer Fusion von Kassen auftreten, können in einem Staatsvertrag effizienter gelöst werden. Es ist deshalb nicht erforderlich, bundesgesetzliche Normen zu ändern, da die Länder eigenständig in der Lage sind, bestehende Friktionen zu lösen. Eine Vollstreckung durch die Hauptzollämter wird entschieden abgelehnt. Die Vollstreckungsbehörden der Krankenkassen ziehen rückständige Forderungen für den Gesundheitsfonds, die Rentenversicherung und die Bundesagentur für Arbeit in aller Regel wesentlich schneller und effektiver ein als die Hauptzollämter.

Auch wenn nach der Neuregelung die Vollstreckungsbehörden bei den landesunmittelbaren Krankenkassen erhalten bleiben, können durch die Anwendung des Verwaltungsvollstreckungsrechts des Bundes erhebliche Probleme entstehen:

- Wegfall der teilweise vorgesehenen öffentlichen Mahnung
- Verpflichtung zur Erhebung von Mahngebühren bei individuellen Mahnungen (finanzieller Mehraufwand für Arbeitgeber und Versicherte)
- Beifügung des Originaltitel bei der Vollstreckung durch den Gerichtsvollzieher (ist bei maschinell übermittelten Beitragsnachweisen nicht möglich)



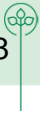


Die Länder haben ihre Vollstreckungsgesetze den heutigen Anforderungen an eine unbürokratischere Vollstreckungspraxis teilweise besser angepasst als dies in der Abgabenordnung des Bundes geschehen ist. So sieht beispielsweise das neue niedersächsische Verwaltungsvollstreckungsgesetz in § 2 Abs. 2 NVwVG die Möglichkeit vor, aus Beitragsnachweisen zu vollstrecken. Die Anwendung dieser vollstreckungserleichternden landesrechtlichen Regelungen sollte den Krankenkassen – zumindest optional - erhalten bleiben.

### **C      Änderungsvorschlag**

Streichung der beabsichtigten Änderung des § 66 Abs. 3 SGB X oder alternativ folgende Umformulierung der beabsichtigten Gesetzesänderung:

„Abweichend von Satz 1 können die nach Landesrecht zuständigen Vollstreckungsbehörden zugunsten der landesunmittelbaren Krankenkassen, die sich über mehr als ein Land erstrecken, nach den Vorschriften des Verwaltungsvollstreckungsgesetzes vollstrecken, soweit dies durch landesrechtliche Vorschriften bestimmt wird.“



## **Artikel 4 Änderung des Elfen Buches Sozialgesetzbuch**

### **Zu Artikel 4 Nr 2 § 40 Abs. 5 SGB XI – Pflegehilfsmittel**

#### **A. Beabsichtigte Neuregelung**

Die Abgrenzung der Leistungszuständigkeit bei Hilfsmitteln, die sowohl zur Krankenbehandlung wie zur Pflegeerleichterung dienen können, wird durch ein einheitliches Prüfverfahren und eine pauschale Kostenaufteilung vereinfacht. Die Einzelheiten hierzu und insb. die Quote der Pauschalierung werden bis zum 31. April 2012 durch Richtlinien des GKV-Spitzenverbands bestimmt, mit Genehmigungsvorbehalt durch das BMG.

#### **B. Stellungnahme**

Die beabsichtigte Neuregelung wird begrüßt. Sie löst die konfliktträchtige Abgrenzung der Leistungszuständigkeit, die aktuell mit einer aufwendigen Dokumentation und häufigen Auseinandersetzungen mit der jeweiligen Aufsicht einhergeht.

Der Leistungsrahmen für den Patienten bleibt unverändert, durch die parallele Prüfung des Leistungsanspruchs gegenüber Krankenkasse und Pflegekasse wird der Versorgungsprozess beschleunigt und entbürokratisiert.

#### **C. Änderungsvorschlag**

Keiner



## **Artikel 6 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

### **Zu Artikel 6 Nr. 1 - 3 – §§ 10, 17a und 17b KHG**

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

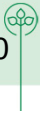
Die Daten für die Kalkulation der DRGs für somatische Leistungen, die Daten für die Entwicklung der Investitionspauschalen und die Daten zur Kalkulation der Ausbildungsstätten sind in geeigneter Weise zusammengefasst zu veröffentlichen; Daten einzelner Krankenhäuser jedoch nicht.

#### **B Stellungnahme**

Die Regelung beschreibt die gängige Praxis und ist unschädlich.

#### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## **Artikel 7 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**

### **Zu Artikel 7 Nr. 1 a und b – § 2 Abs. 2 - KHEntgG**

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Redaktionelle Folgeänderungen bzgl. begleitender Pflegepersonen nach § 11 Abs. 3 SGB V bzw. des Entlassungsmanagements nach § 39 Abs. 1 SGB V

#### **B Stellungnahme**

Die Änderungen sind folgerichtig.

#### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## **Zu Artikel 7 Nr. 2 § 21 Abs, 2 - KHEntgG**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

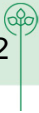
Für die Kalkulation der Vergütungssysteme im stationären Sektor sollen Fallketten gebildet werden, indem die Krankenhäuser die unveränderlichen Teile der KV Nummer der Patienten an die Datenstelle übermitteln. Diese Kennzeichnung darf die Datenstelle im fall der Weitergabe der Daten nicht verlassen.

### **B Stellungnahme**

Die Änderung wird die Möglichkeiten für die Kalkulation der DRG-Fallpauschalen nach § 17b KHG und der tagesbezogenen Pauschalen nach § 17d KHG verbessern. Die Änderung des KHEntgG enthält keine Lösungen für Patienten, die Kassen angehören, die neue Krankenkassennummer noch nicht vergeben haben. Der Vorschlag ist insgesamt zu begrüßen.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## **Artikel 8 Änderung der Bundespflegesatzverordnung**

### **Zu Artikel 8 Nr. 1 und 2 – § 2 Abs. 2 Nr. 3 und 4 - BPfIV**

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Redaktionelle Folgeänderungen bzgl. begleitender Pflegepersonen bzw. des Entlassungsmanagements

#### **B Stellungnahme**

Die Änderungen sind folgerichtig. Vgl. auch Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 7 bzw. Bestimmungen in § 11 Abs. 3 SGB V

#### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## **Artikel 9 Änderung der Zulassungsverordnung Vertragsärzte**

### **Zu Artikel 9 Nr. 1 § 12 Abs. 3 - Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte**

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

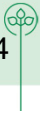
Die geplante Regelung ermöglicht das Abweichen von den Raumordnungskriterien und lässt flexible Planungsräume zu. Darüber hinaus ist vorgesehen, dass die Empfehlungen eines sektorübergreifenden Gremiums auf Landesebene zu berücksichtigen sind.

#### **B Stellungnahme**

Siehe Bewertungen zu § 101 (1) 6 SGB V und § 90a SGB V

#### **C Änderungsvorschlag**

Siehe Vorschläge zu § 101 (1) 6 SGB V und § 90a SGB V



## **Zu Artikel 9 Nr. 2 § 13 - Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Landesbehörden sind über die Aufstellung und Anpassung der Bedarfspläne so rechtzeitig zu unterrichten, dass ihre Anregungen in die Beratungen einbezogen werden können.

Das Beanstandungsrecht der obersten Landesbehörden analog § 90 (6) wird ergänzt.

### **B Stellungnahme**

Siehe Bewertungen zu § 99 (1) 4 und 5 sowie § 90 Satz (6) SGB V

### **C Änderungsvorschlag**

Siehe Vorschläge zu § 99 (1) 4 und 5 sowie § 90 Satz (6) SGB V





## **Zu Artikel 9 Nr. 3 § 14 - Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Anrufung des Landesausschusses bei Nichteinigung durch die Vertreter der Selbstverwaltung auch bei fehlendem Einvernehmen, wie einer Beanstandung nach § 99 (1) 6 abzu-  
helfen ist, wird ergänzt.

Die Aufsicht erhält ein Beanstandungsrecht innerhalb von zwei Monaten.

### **B Stellungnahme**

Siehe Bewertungen zu § 99 (2) 2 SGB V sowie § 99 (1) 6 SGB V

### **C Änderungsvorschlag**

Siehe Vorschläge zu § 99 (2) 2 SGB V sowie § 99 (1) 6 SGB V



## **Zu Artikel 9 Nr. 4 § 18 Abs. 2 - Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Es wird eine begriffliche Klarstellung der Sachverhalte Drogen- oder Alkoholabhängigkeit eingeführt.

### **B Stellungnahme**

Sachgerechte redaktionelle Klarstellung

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## Zu Artikel 9 Nr. 5 § 19 Abs. 4 - Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

### A Beabsichtigte Neuregelung

Die Möglichkeit zur Befristung der Zulassungen nach § 98 (2) 12 wird in der Zulassungsverordnung präzisiert:

- Die Regelung dient dem Ziel, perspektivisch die Entstehung und Festschreibung von Überversorgung zu reduzieren.
- Die Regelung gilt nur für offene Planungsbereiche ab einem Versorgungsgrad von 100 Prozent bis zu einem Versorgungsgrad von 110 Prozent.
- Für Nachbesetzungen in gesperrten Planungsbereichen können auch weiterhin nur unbefristete Zulassungen erteilt werden.
- Über die Befristung der Zulassung und den Zulassungszeitraum werden nach pflichtgemäßem Ermessen entschieden.
- In Betracht kommen Befristungszeiträume von mehreren Jahren.
- Die Befristungskriterien Refinanzierung der Investitionskosten während der Dauer der Zulassung (zwingend), Lebensalter (optional), Ende der beruflichen Tätigkeit (optional) werden in der Begründung explizit genannt.
- Die Zulassung endet mit Ablauf des Befristungszeitraums ohne Nachbesetzungsverfahren (keine Ausnahme bei Verzicht auf Zulassung).
- Eine Neubeantragung nach Ablauf der Zulassung ist möglich.

### B Stellungnahme

Die Regelung ist zu begrüßen. Es wäre wünschenswert, wenn Sie ebenfalls für Sonderbedarfszulassungen zur Anwendung kommen könnte. Es bleibt abzuwarten, ob die Möglichkeiten genutzt werden und die Kriterien nach pflichtgemäßem Ermessen ausreichend sind, um sich in den Zulassungsausschüssen auf Befristungen zu einigen. Es wäre wünschenswert, wenn Befristungen auch im Zuge von Nachbesetzungsverfahren ausgesprochen werden könnten, sobald ein Planungsbereich gesperrt ist.

### C Änderungsvorschlag

Die Verpflichtung zur Befristung von Zulassungen in Planungsbereichen ab 100 Prozent Versorgungsgrad wäre aus Sicht der AOKs wünschenswert. Insbesondere ist die Befristung der Leistungen zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung als zusätzlicher Regelungsbedarf in das Gesetz und die Zulassungsverordnung aufzunehmen.



## **Zu Artikel 9 Nr. 6 § 20 Abs. 1 - Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Flexibilisierung der vertragsärztlichen Berufsausübung und Lockerung der zeitlichen Grenzen für Nebenbeschäftigungen von Vertragsärztinnen und -ärzten.

### **B Stellungnahme**

Die Regelung ist abzulehnen und in keiner Weise nachvollziehbar. Sie steht der Absicht des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes vollständig entgegen und setzt die Rechtsprechung zur bisherigen Regelung, die den zeitlichen Umfang einer Nebenbeschäftigung auf 13 resp. 26 Stunden bei einem hälftigen resp vollen Versorgungsauftrag begrenzt hatte, außer Kraft. Völlig offen bleibt, wie sichergestellt wird, dass der Versorgungsauftrag tatsächlich in vollem Umfang wahrgenommen wird.

### **C Änderungsvorschlag**

Die Regelung ist ersatzlos zu streichen. Darüber hinaus ist eine Regelung aufzunehmen, die der Sicherstellung des vollumfänglichen Versorgungsauftrags je Arztpraxis gerecht wird.



## Zu Artikel 9 Nr. 7 § 21 - Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

### A Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Regelung, nach der eine Ärztin oder ein Arzt aus gesundheitlichen oder sonstigen in der Person liegenden schwerwiegenden Gründen für die Ausübung der Kassenpraxis nicht geeignet ist, wird sprachlich neu formuliert.

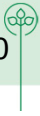
Die bisherige Fünfjahresfrist bei Trunksucht oder Rauschgiftsucht wird durch eine widerlegbare Regelvermutung ersetzt sich an der entsprechenden Regelung für die Anwaltszulassung nach § 15 BRAO orientiert.

### B Stellungnahme

Es erscheint sachgerecht die bisherige starre Fünf-Jahres-Regelung mit der ein Arzt einer Zulassung bei Drogenproblemen verschlossen war durch eine flexiblere Handhabung ein zu ersetzen. Eine Zulassung ist nur möglich wenn eine positive medizinische Prognose vorliegt.

### C Änderungsvorschlag

Keiner



## **Zu Artikel 9 Nr. 8 § 24 Absatz 2 Satz 2 - Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Residenzpflicht wird aufgehoben.

### **B Stellungnahme**

Die Intention der Politik, die Versorgung in strukturschwachen Regionen zu verbessern, wird hier völlig verlassen. Wenn es die Intention der Politik ist, den Anreiz für Ärzte zur Niederlassung in weniger dicht besiedelten Regionen/strukturschwachen Regionen zu erhöhen, kann die Lockerung der Residenzpflicht als positiver Anreiz bewertet werden. Die vorliegende Regelung schafft jedoch die Residenzpflicht insgesamt ab. Gleichzeitig muss die Notfallversorgung ausreichend sichergestellt werden und darf nicht gefährdet werden. Es bleibt offen, wie diese Regelungslücke gefüllt werden kann.

### **C Änderungsvorschlag**

Eine Verknüpfung der Residenzpflicht mit der Versorgungsdichte bei Beachtung der Sicherstellung der Notfallversorgung ist aufzunehmen.



## **Zu Artikel 9 Nr. 8 § 24 Absatz 3 Satz 1 - Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Maßgabe, dass eine ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird, wird gelockert, indem "geringfügige" Beeinträchtigungen für die Versorgung am Ort des Vertragsarztsitzes" unbeachtlich werden, "wenn sie durch die Verbesserung der Versorgung an dem weiteren Ort aufgewogen werden.

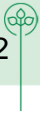
### **B Stellungnahme**

Die Regelung eröffnet Spielräume für die Ausweitung der ärztlichen Tätigkeit, die beachtlich sind. Es entzieht sich insbesondere der Planung was geringfügige Beeinträchtigungen sind. Diese Lücke wird ggf. erst durch die Rechtsprechung zu schließen sein. Ebenfalls offen bleibt, wie die Gewichtung und die Anrechnung an die jeweiligen Tätigkeitsorte erfolgen können und wie die Verbesserung der Versorgung an dem weiteren Ort festgestellt wird.

Die im BMV geregelte Praxisöffnungszeit ist schon jetzt als nicht ausreichend für den zusätzlichen Betrieb von Zweigpraxen anzusehen. Es sollten die Praxisöffnungszeiten entsprechend für Zweigpraxen angepasst werden. Mit einer Erhöhung der Zeitgrenzen für Nebenbeschäftigungen ist die ausreichende Versorgung in der Praxis nicht mehr sichergestellt.

### **C Änderungsvorschlag**

Der Gesetzgeber sollte im Übrigen dafür Sorge tragen, dass die Eröffnung von Zweitpraxen dort erfolgt, wo tatsächlich ein Bedarf besteht. Der Hauptsitz sollte mit dem höheren Zeitananteil als die Zweitpraxen insgesamt betrieben werden; es sollten Anrechnungszeiten vorgesehen werden; die Mindestsprechstundenzeiten des BMV sollten am Hauptsitz der Praxis nicht unterschritten werden; Nebenbeschäftigungen von Vertragsärzten mit voller Zulassung sollten auf die Zeitgrenzen nach BSG Rechtsprechung begrenzt werden und können nur nach Antrag beim Zulassungsausschuss auf Nebentätigkeit genehmigt werden; für halbe Versorgungsaufträge gilt eine zeitliche Anpassung entsprechend.



## **Zu Artikel 9 Nr. 8 § 24 Absatz 7 - Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Den Zulassungsausschüssen wird aufgegeben, Verlegungen eines Vertragsarztsitzes nur zu genehmigen, wenn dem Versorgungsgesichtspunkte nicht entgegenstehen.

### **B Stellungnahme**

Die Regelung ist zu begrüßen.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner





## **Zu Artikel 9 Nr. 9 § 31 Absatz 1 - Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

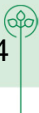
Die Ermächtigung von zugelassenen Krankenhäusern zur vertragsärztlichen Versorgung in entsprechenden Fachgebieten gilt nun nicht mehr nur für die Feststellung der Unterversorgung, sondern es wird ein "zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf" aufgenommen.

### **B Stellungnahme**

Siehe Bewertung § 116a SGB V

### **C Änderungsvorschlag**

Siehe Vorschlag § 116a SGB V



## **Zu Artikel 9 Nr. 10 § 31a - Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Voraussetzung der Ermächtigung von Ärzten in stationären Einrichtungen wird auf Rehaeinrichtungen mit einem Versorgungsauftrag nach § 111 (2) und stationäre Pflegeeinrichtungen nach § 119b Satz 3 erweitert.

### **B Stellungnahme**

Siehe Bewertung § 116 Satz 1 und 2 SGB V

### **C Änderungsvorschlag**

Siehe Vorschlag § 116 Satz 1 und 2 SGB V



## Zu Artikel 9 Nr. 11 § 32 - Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

### A Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertretungszeiten werden neu geregelt. Es können Kindererziehungszeiten und Pflege von Angehörigen angerechnet werden. Diese werden wie folgt präzisiert:

- Kindererziehung wird mit 36 Monaten ermöglicht, wobei dieser Zeitraum nicht zusammenhängend genommen werden muss.
- Die Pflege eines nahen Angehörigen wird mit einer Dauer von sechs Monaten angerechnet.
- Verlängerungen sind möglich.

### B Stellungnahme

Die Regelung entspricht vergleichbaren Bestimmungen im Arbeitsrecht.

### C Änderungsvorschlag

Keiner



## **Zu Artikel 9 Nr. 12 § 32b Abs. 5 - Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Eine genehmigte Anstellung ist auf Antrag des anstellenden Arztes vom Zulassungsausschuss in eine Zulassung umzuwandeln, sofern nicht gleichzeitig ein Nachbesetzungsverfahren beantragt wurde.

Folgeänderung zum neuen § 95 Absatz 9b SGB V. Aufgrund der Vorschrift des § 1 Absatz 3 Nummer 2 ZV gilt die Regelung auch für Anstellungen in medizinischen Versorgungszentren.

### **B Stellungnahme**

Durch die Möglichkeit, dass angestellte Ärzte zukünftig ein Recht auf Zulassung/ Niederlassung erhalten tritt eine weitere Flexibilisierung ein. Angestellte Ärzte können somit auch in gesperrten Gebieten eine Zulassung erhalten. Damit tritt kein Abbau von Zulassungen ein, es werden jedoch auch zusätzliche Zulassungen verhindert.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## **Zu Artikel 9 Nr. 13 § 33 Absatz 2 - Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Klarstellung, dass eine Berufsausübungsgemeinschaft nicht zur Verschleierung einer unzulässigen Zusammenarbeit zwischen Vertragsärztinnen- und Ärzten und anderen Leistungserbringern gegründet werden darf.

### **B Stellungnahme**

Hier wird insbesondere auf die Verteilung von Gewinnen bei unzulässigen Zuweisungen abgestellt. Die Regelung ist zu begrüßen.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## Zu Artikel 9 Nr. 1 § 3 Abs. 3 Satz 3 – Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte

### A Beabsichtigte Neuregelung

Den Sanitätsoffizieren Zahnarzt der Bundeswehr soll mit der Ergänzung „oder einer Zahnstation der Bundeswehr“ die Niederlassung nach der Beendigung der Dienstzeit in der Bundeswehr erleichtert werden. Hiernach kann die Assistenzfähigkeit, die mindestens sechs Monate betragen muss, durch die geleistete Tätigkeit in einer Zahnstation der Bundeswehr mit bis zu drei Monaten ersetzt bzw. angerechnet werden.

### B Stellungnahme

Da diese Sanitätsoffiziere vergleichbar den Vertragszahnärzten tätig sind und darüber hinaus die vertragszahnärztliche Versorgung auch mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung abrechnen, ist der Ergänzung zuzustimmen.

### C Änderungsvorschlag

Keiner



## **Artikel 10 Änderung der Zulassungsverordnung Vertragszahnärzte**

### **Zu Artikel 10 Nr. 2 § 12 Abs. 3 Satz 2 – Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte**

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die bisherigen regionalen Planungsbereiche, die den Grenzen der Stadt- und Landkreise entsprechen, sollen ab 01.01.2013 so festgelegt werden, dass diese eine flächendeckende Versorgung sicherstellen. Darüber hinaus soll zukünftig bei Vorliegen von regionalen Besonderheiten von den Vorgaben der Bedarfsplanungsrichtlinien abgewichen werden können.

#### **B Stellungnahme**

Hier greift der Gesetzgeber die Diskussionen aus dem Ärztebereich zur Flexibilisierung der Bedarfsplanung aufgrund des „angeblichen“ Ärztemangels in ländlichen Regionen auf. Dabei ist insbesondere für den vertragszahnärztlichen Bereich völlig offen geblieben, wie der Begriff „Besonderheiten“ zu definieren ist, der ein Abweichen von den bestehenden Bedarfsplanungsrichtlinien im vertragszahnärztlichen Bereich rechtfertigt. Insbesondere die Tatsache, dass gerade im Zahnärztebereich keine Zulassungsbeschränkung gesetzlich vorgeschrieben ist, lässt einen weiteren notwendigen gesetzlichen Regulierungsbedarf nicht erkennen.

#### **C Änderungsvorschlag**

Streichung der vorgesehenen Neuregelung



## **Zu Artikel 10 Nr. 3 § 13 Abs. 2 – Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Es erfolgt eine Abänderung der Mitbeteiligung von der Benehmensherstellung durch die Landesbehörden bei der Bedarfsplanung, hin zur zeitnahen Einbindung in die Beratungen zur Aufstellung und Anpassung der Bedarfspläne mit dem Ziel, dass rechtzeitig Anregungen in die Beratungen auf Bundesebene einbezogen werden können.

### **B Stellungnahme**

Dieser Regelungsvorschlag entspricht den Ideen zur Umsetzung einer Flexibilisierung der Bedarfsplanung unter Berücksichtigung der Mitbestimmung der Landesbehörden bei der Erarbeitung und Verabschiedung von zukünftigen Bedarfsplanungen zur Sicherung der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Dieser Regelung ist zuzustimmen.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner





## **Zu Artikel 10 Nr. 3 § 13 Abs. 3 – Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Neufassung zur Vorlage der Bedarfspläne gegenüber den zuständigen obersten Landesbehörden, die wiederum innerhalb einer Frist von zwei Monaten nach Vorlage beanstanden können.

### **B Stellungnahme**

Dieser Regelungsvorschlag entspricht den Ideen zur Umsetzung einer Flexibilisierung der Bedarfsplanung unter Berücksichtigung der Mitbestimmung der Landesbehörden bei der Erarbeitung und Verabschiedung von zukünftigen Bedarfsplanungen zur Sicherung der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Dieser Regelung ist zuzustimmen.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



**Zu Artikel 10 Nr. 4 § 14 Abs. 1 wird nach Satz 1 ein Satz eingefügt – Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte**

**A Beabsichtigte Neuregelung**

Ergänzung der Neuregelung zur Beanstandungsmöglichkeit durch die oberste Landesbehörde.

**B Stellungnahme**

Dieser Regelungsvorschlag entspricht den Ideen zur Umsetzung einer Flexibilisierung der Bedarfsplanung unter Berücksichtigung der Mitbestimmung der Landesbehörden bei der Erarbeitung und Verabschiedung von zukünftigen Bedarfsplanungen zur Sicherung der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Dieser Regelung ist zuzustimmen.

**C Änderungsvorschlag**

Keiner



## **Zu Artikel 10 Nr. 4 § 14 Abs. 2 – Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Neufassung zur Verfahrensbeschreibung zur Beteiligung der obersten Landesbehörde in die Beratungen. Wird der Bedarfsplan beanstandet, so hat die oberste Landesbehörde den Kassen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung die Beanstandung entsprechend zu begründen oder die Ersatzvornahme zuzuleiten.

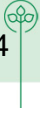
### **B Stellungnahme**

Dieser Regelungsvorschlag entspricht den Ideen zur Umsetzung einer Flexibilisierung der Bedarfsplanung unter Berücksichtigung der Mitbestimmung der Landesbehörden bei der Erarbeitung und Verabschiedung von zukünftigen Bedarfsplanungen zur Sicherung der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Dieser Regelung ist zuzustimmen.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## Zu Artikel 10 Nr. 5 § 18 Abs. 2 – Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte

### A Beabsichtigte Neuregelung

Das Wort „rauschgiftsüchtig“ wird durch die Wörter „drogen- oder alkoholabhängig“ ersetzt sowie die Wörter „Trunksucht oder Rauschgiftsucht“ durch die Wörter „Drogen- oder Alkoholabhängigkeit“ ersetzt.

### B Stellungnahme

Redaktionelle Anpassung, die mit dem § 21 ZÄ-ZV synchronisiert wird.

Dieser Regelung ist zuzustimmen.

### C Änderungsvorschlag

Keiner



## **Zu Artikel 10 Nr. 6 § 20 Abs. 1 Satz 1 – Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Flexibilisierung der Berufsausübung der Vertragszahnärzte mit dem Ziel, künftig eine Nebenbeschäftigung auch bei Überschreitung der vom BSG entwickelten Zeitgrenzen zu realisieren, wenn dem Versorgungsauftrag zur Behandlung der Patienten im entsprechenden Umfang nichts entgegensteht.

### **B Stellungnahme**

Ziel dieser neuen Regelung ist die Lockerung der zeitlichen Grenzen für die Nebenbeschäftigung von Vertragszahnärzten. In der Neufassung erfolgt zudem auch eine Klarstellung, dass es für die Zulässigkeit von weiteren Tätigkeiten (Nebenbeschäftigung) entscheidend ist, dass diese Vertragszahnärzte in der Lage sind, trotz der Nebentätigkeiten den Versorgungsauftrag gegenüber den Patienten sicherzustellen.

Dieser Regelung ist zuzustimmen.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## **Zu Artikel 10 Nr. 7 § 21 – Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die bisherige Regelung, nach der eine Ärztin oder ein Arzt aus gesundheitlichen oder sonstigen in der Person liegenden schwerwiegenden Gründen für die Ausübung der Kassenpraxis nicht geeignet ist, wird sprachlich neu formuliert.

Darüber hinaus kann die bisherige Fünfjahresfrist bei Trunksucht oder Rauschgiftsucht durch widerlegbare Regelvermutung ersetzt werden.

### **B Stellungnahme**

Ziel dieser neuen Regelung ist auch hier die Flexibilisierung der Berufsausübung der Vertragszahnärzte, verbunden mit der Konkretisierung von Regelungsmöglichkeiten in den Zulassungsausschüssen bei Vorliegen von oben genannten Erkrankungen.

Dieser Regelung ist zuzustimmen.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## **Zu Artikel 10 Nr. 8 § 24 in Abs. 2 wird Satz 2 aufgehoben – Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Der Satz 2 in Absatz 2 „Er hat seine Wohnung so zu wählen, dass er für die zahnärztliche Versorgung der Versicherten an seinem Vertragszahnarztsitz zur Verfügung steht“, wird aufgehoben.

### **B Stellungnahme**

Flexibilisierung der Berufsausübung der Vertragszahnärzte.

Der Wegfall der sogenannten Residenzpflicht bedeutet allerdings nach wie vor, dass der Vertragszahnarzt, auch in sprechstundenfreien Zeiten, die Erreichbarkeit zum Vertragszahnarztsitz in einer angemessenen Zeit sicherstellen muss.

Die Regelungen zum Notfalldienst bleiben unberührt.

Dieser Regelung ist zuzustimmen.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## Zu Artikel 10 Nr. 8 § 24 Abs. 3 – Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte

### A Beabsichtigte Neuregelung

Einfügen eines Halbsatzes in Abs. 3 Satz 1 wie folgt:

„...wird; geringfügige Beeinträchtigungen für die Versorgung am Ort des Vertragszahnarztesitzes sind unbeachtlich, wenn sie durch die Verbesserung der Versorgung an dem weiteren Orte aufgewogen werden.“

### B Stellungnahme

Flexibilisierung der Berufsausübung der Vertragszahnärzte.

Dieser Regelung ist zuzustimmen.

### C Änderungsvorschlag

Keiner





## **Zu Artikel 10 Nr. 8 § 24 Abs. 7 – Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Abänderung der Zulassungsbestimmungen in Abs. 7

Alt: „Der Zulassungsausschuss hat den Antrag...zu genehmigen;“

Neu: „Der Zulassungsausschuss darf den Antrag...nur genehmigen;“

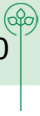
### **B Stellungnahme**

Flexibilisierung der Berufsausübung der Vertragszahnärzte.

Dieser Regelung ist zuzustimmen.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## **Zu Artikel 10 Nr. 9 § 31 Abs. 1 Buchstabe a) – Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Durch diese Regelung wird durch die Möglichkeit der Feststellung von zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfen die Voraussetzung zur Erhebung von Sicherstellungszuschlägen nunmehr auch für den vertragszahnärztlichen Bereich geschaffen.

### **B Stellungnahme**

Diese Änderung ist nicht erforderlich.

Die Feststellung von zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfen diene der Flexibilisierung der Hausärzterversorgung, insbesondere in ländlichen Regionen und wird nunmehr schlichtweg auf den Zahnärzterbereich übertragen. Zum einen gibt es im Zahnärzterbereich bisher keinerlei Anhaltspunkte, die einen derartigen gesetzlichen Regelungsbedarf begründen könnte. Zum anderen gibt es für Zahnärzte – anders als bei Ärzten – zurzeit keine Zulassungsbeschränkung, so dass Sicherstellungszuschläge zum jetzigen Zeitpunkt keinen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungslage im zahnärztlichen Bereich leisten.

Sicherstellungszuschläge könnten nur dann greifen, wenn gleichzeitig auf der Basis der vertragszahnärztlichen Bedarfsplanung eine Zulassungssteuerung für über- und unterversorgte Planungsbereiche zwingend stattfindet (analog vertragsärztlicher Bereich).

Die geplante Anwendung des § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3a wird für den vertragszahnärztlichen Bereich abgelehnt. Da es sich hierbei um eine Folgeregelung handelt, ist auch diese in der Zulassungsverordnung für Zahnärzte abzulehnen.

### **C Änderungsvorschlag**

Streichung der Neuregelung



## **Zu Artikel 10 Nr.10 § 32 Abs. 1 Satz 3 – Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Vertragszahnärztin kann sich in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang nach der Entbindung nunmehr bis zu einer Dauer von 12 Monaten vertreten lassen. Bisher sind es sechs Monate.

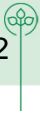
### **B Stellungnahme**

Flexibilisierung der Berufsausübung der Vertragszahnärztinnen – Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Dieser Regelung ist zuzustimmen.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## **Zu Artikel 10 Nr.10 § 32 Abs. 2 Satz 2 – Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Erweiterung der Dauer zur Beschäftigung eines Entlastungsassistenten in der Vertragszahnarztpraxis für die Zeit der Erziehung von Kindern bis zu 36 Monaten und für die Pflege von Angehörigen für sechs Monate. Zudem werden den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit eröffnet, die jeweiligen Zeiträume zu verlängern.

### **B Stellungnahme**

Flexibilisierung der Berufsausübung der Vertragszahnärztinnen – Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Dieser Regelung ist zuzustimmen.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## Zu Artikel 10 Nr.11 § 32b Abs. 2 – Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte

### A Beabsichtigte Neuregelung

Austausch des Wortes „Arzt“ in „Zahnarzt“

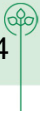
### B Stellungnahme

Redaktionelle Anpassung

Dieser Regelung ist zuzustimmen.

### C Änderungsvorschlag

Keiner



## **Zu Artikel 10 Nr.11 § 32b Abs. 5 wird hinzugefügt – Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Umwandlung einer genehmigten Anstellung vom Zulassungsausschuss in eine Zulassung, wenn die vertragszahnärztliche Tätigkeit des angestellten Zahnarztes einem halben oder einem ganzen Versorgungsauftrag entspricht und zudem der anstellende Vertragszahnarzt eine Nachbesetzung bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung beantragt, so wird der angestellte Zahnarzt zum Inhaber der Zulassung.

### **B Stellungnahme**

Diese Regelung entspricht dem neu eingefügten §95 Abs. 9b SGB V, der für die Ärzte gelten soll.

Diese Neuregelung für den Zahnärzterbereich wird abgelehnt, da bisher keine Zulassungsbeschränkung wie im Ärzterbereich existiert. Der Zulassung im Zahnärzterbereich wären somit Tür und Tor geöffnet.

### **C Änderungsvorschlag**

Streichung der vorgesehenen Neuregelung.



## **Zu Artikel 10 Nr.12 § 33 Abs. 2 werden zwei Sätze angefügt – Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Eine unzulässige Zusammenarbeit zwischen Vertragszahnärzten und Leistungserbringern durch die Gründung von Berufsausübungsgemeinschaften soll vermieden werden.

Darüber hinaus soll vermieden werden, dass der Gewinn aus der gemeinsamen Berufsausübung nicht anders als zur jeweils persönlich erbrachten Leistungserbringung verteilt wird.

### **B Stellungnahme**

Flexibilisierung der Berufsausübung

Dieser Regelung ist zuzustimmen.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## Artikel 11 - Änderung der Risikostruktur-Ausgleichverordnung

### Zu Artikel 11

#### A Beabsichtigte Neuregelung

#### Anforderungen an die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V Nummer 1 bis 5 und 8

Es werden folgende Änderungen vorgenommen:

1. § 28b - Anforderungen an die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien - wird aufgehoben
2. § 28c - Anforderungen an Qualitätssicherungsmaßnahmen - wird aufgehoben
3. § 28d - Anforderungen an Voraussetzungen und Verfahren der Einschreibung – Die schriftliche Bestätigung des Arztes bezüglich der Erstdokumentation entfällt, weitere Änderungen, Absatz 2a wird aufgehoben
4. § 28e - Anforderungen an die Schulung der Versicherten und der Leistungserbringer - wird aufgehoben
5. § 28f – Anforderungen an die Dokumentation – Änderungen:
  - o Überschrift
  - o Folgeänderungen
  - o Absatz 1 Nummer 3 (Aufbewahrungsfrist) wird aufgehoben
  - o Absatz 1a – Übergangsregelung der Aufbewahrungsfrist – wird aufgehoben
  - o Absatz 2, Buchstabe e) – schriftliche Bestätigung des Arztes bezüglich des Datums der Erstdokumentation (Versandliste) - wird aufgehoben
  - o Absatz 2a – Übergangsregelung zur Arztunterschrift – wird aufgehoben
  - o Absatz 4 (neu) - betrifft einen Regelungsinhalt, der bisher in § 28g Abs.4 aufgenommen war.
6. § 28g - Anforderungen an die Evaluation und Dauer der Zulassung – wird aufgehoben.
7. Die Anlagen zur RSAV werden aufgehoben.

#### Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ab 2009 Nummer 6 und 7

Es werden folgende Änderungen vorgenommen:

- (1) § 37 - Zuweisungen für sonstige Ausgaben: Satzungsleistungen nach § 11 Absatz 6 (neu) werden nicht in den Zuweisungen berücksichtigt.
- (2) § 38 – Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme – Folgeänderung bezüglich der Grundlage für die Akkreditierung von strukturierten Behandlungsprogrammen durch das BVA (§ 28g RSAV)

#### B Stellungnahme

- (1) Die Inhalte sind in § 137 f SGB V übernommen, oder waren obsolet geworden.
- (2) Die Inhalte sind in § 137 f SGB V übernommen
- (3) Die Änderungen betreffen:
  - Folgeänderungen der Änderungen in den §§ 137f und 137g SGB V, sowie die Aufhebung der Unterschriftspflicht des Arztes auf der Erstdokumentation





- Absatz 2a beinhaltet Übergangsregelungen, die obsolet geworden waren.
- (4) Die Inhalte sind in § 137 f SGB V übernommen
- (5) Die Inhalte sind in § 137 f SGB V übernommen. Die Aufbewahrungsfristen der personenbezogenen Daten sollen künftig vom G-BA festgelegt werden. Eine klare Vorgabe in der RSAV würde dem G-BA umfangreiche Beratungsprozesse ersparen. Der Wegfall der Unterschrift des Arztes auf die Versandliste wird das Verfahren vereinfachen und überflüssige Bürokratie beseitigen. Der neue Absatz 4 verpflichtet die Krankenkassen weiterhin Leistungsdaten zur Evaluation zur Verfügung zu stellen, soweit dies erforderlich ist.
- (6) § 28g regelte die Zuständigkeit des BVA bei der Festlegung der Kriterien der Evaluation und die Notwendigkeit die Programme diagnosebezogen Vergleichbar zu machen. Die Zuständigkeit wird an den G-BA übertragen, damit wird das bisherige Evaluationsverfahren beendet. Jetzt gibt es die Möglichkeit aussagefähige Evaluationen zu erstellen; Die Regelung wird begrüßt.
- (7) Da die Anforderungen an die einzelnen Programme als Richtlinien des G-BA festgelegt werden, brauchen sie nicht mehr Bestandteil der RSAV zu sein. Die Regelung wird begrüßt.

### **Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ab 2009. Nummer 6 und 7**

- (1) Folgeänderung aufgrund des neuen § 11 Absatz 6. Diese Regelung wird abgelehnt.
- (2) Die Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds bleibt erhalten. Es wird berücksichtigt, dass das BVA in Zukunft die Zulassung nicht mehr aufgrund der Evaluationsergebnisse entziehen kann.

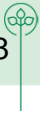
### **C Änderungsvorschlag**

Zu § 28f b)

bb) soll gestrichen werden

cc) Absatz drei soll erhalten bleiben und eine Datenaufbewahrungsfrist von 12 Jahr festlegen:

„ 3. im Programm vorgesehen ist, dass die in dieser Vorschrift genannten Daten zwölf Jahre, beginnend mit dem Berichtsjahr folgenden Kalenderjahr aufzubewahren und nach Ablauf dieser Frist zu löschen sind.“



## **Artikel 12 Inkrafttreten/Außerkräfttreten**

### **Zu Artikel 12 Inkrafttreten/Außerkräfttreten**

Siehe Kommentierung zu Artikel 1 Nummer 63 3 217 f SGB V, Artikel 4 Nummer 1 § 5 SGB IV und Artikel 13 Abs. 2 - Entscheidungen des SpiBuKK bei Schließung und Insolvenz; Inkrafttreten

Zu Kommentierung zu Artikel 1 Nummer 73 § 271 SGB V und Artikel 13 Abs. 2 - Zwischenfinanzierung von Leistungsansprüchen im Schließungs- bzw. Insolvenzfall; Inkrafttreten



### III. ÄNDERUNGSANTRÄGE

#### Änderungsantrag 1 zu Artikel 1 Nr. 0a § 4 SGB V Fortsetzung der Ausgabe von elektronischen Gesundheitskarten in 2012

##### A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der neuen gesetzlichen Regelung beabsichtigt die Koalition die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte weiter zu beschleunigen. Damit der im Jahr 2011 bundesweit eingeleitete Prozess der Kartenherausgabe weitergeführt wird, werden die Krankenkassen verpflichtet bis Ende 2012 an 70 Prozent ihrer Versicherten die elektronische Gesundheitskarte auszugeben. Sollte diese Vorgabe nicht erreicht werden droht den Krankenkassen das Einfrieren der Verwaltungskosten für das Jahr 2013 auf dem Niveau des Jahres 2012.

##### B Stellungnahme

Die AOK hat sich bereits intensiv auf eine umfangreiche Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte vorbereitet. Allerdings ist der Ausstattungsprozess der Versicherten mit der elektronischen Gesundheitskarte von mehreren Faktoren abhängig, auf die die einzelne Krankenkasse keinen bzw. nur geringen Einfluss hat. Zu nennen sind hier insbesondere Engpässe bei der Bildeinholung sowie bei den Kapazitäten des Kartenproduzenten. Insbesondere bei den hohen Versichertenzahlen der AOKs sind die Verträge mit den Kartenherstellern auf die mit dieser Gesetzgebung provozierten großen Produktionsmengen in so kurzen Zeiträumen nicht zugeschnitten. Sofern eine Erhöhung der Produktionskapazitäten bei den Kartenherstellern überhaupt möglich wäre, würde dies höhere Kosten für die Krankenkassen und somit den Einsatz von Versichertengeldern bedeuten. Hierbei ist von einem siebenstelligen Betrag auszugehen.

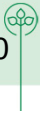
Nach derzeitigen Planungen erreichen zwei AOKs die 70%-Quote zum 31.12.2012 nicht. Bei Umplanung sämtlicher zur Verfügung stehender Produktionskontingente aller AOKs in Richtung 70%-Quotenerreichung zum 31.12.2012 wäre das Ziel mit einem sehr hohen Unsicherheitsfaktor zu erreichen.

Die AOK-Gemeinschaft hat immer, auch gegenüber dem BMG, betont, dass nach der Ausgabe in 2011 eine weitere kontinuierliche und umfangreiche eGK-Ausstattung geplant ist. Dies sehen auch die Vertragsregelungen mit dem Kartenproduzenten vor. Eine gesetzliche Regelung ist somit nicht nötig und im Hinblick auf die zu erwartenden Schwierigkeiten auch nicht zielführend.

##### C Änderungsvorschlag

Eine gesetzlich festgeschriebene Ausstattungsquote ist nicht notwendig.

Wenn eine Ausstattungsquote nicht zu verhindern ist, sollte diese bei maximal 60% zum 31.12.2012 liegen. Diese Quote stellt bei der großen Versichertenzahl der AOK-Gemeinschaft und der begrenzten Produktionskapazitäten des Kartenherstellers ein realistischeres Szenario dar.



## **Änderungsantrag 2 zu Artikel 1 Nummer 1b - neu - § 10 Abs. 2 Nr. 3 SGB V - Familienversicherung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Der Änderungs-/ Ergänzungsantrag befasst sich mit der Ergänzung der Verlängerungstatbestände nach § 10 Abs. 2 Nr. 3 SGB V der Familienversicherung in der Krankenversicherung über das 25. Lebensjahr hinaus.

Demnach sollen neben der Dauer des Dienstes der gesetzlichen Dienstpflicht ab 01.07.2011 auch die Dauer eines freiwilligen Wehrdienstes nach Abschnitt 7 des Wehrpflichtgesetzes, die Dauer von Freiwilligendiensten nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz oder dem Jugendfreiwilligendienstgesetz sowie die Dauer anderer anerkannten Freiwilligendienste bzw. auch Tätigkeiten als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Abs. 1 Entwicklungshelfer-Gesetzes zur Verlängerung über das 25. Lebensjahr hinaus führen.

Durch die Festlegung einer anrechenbaren Dauer von maximal zwölf Monaten soll eine übermäßige Ausweitung der Familienversicherung vermieden werden.

### **B Stellungnahme**

Die vorgeschlagene Gesetzesänderung soll zu einer Gleichbehandlung aller gesetzlich geregelten Freiwilligendienste führen. Sie erscheint sachgerecht und ist mit der Intention des Gesetzgebers verbunden, die oben genannten Freiwilligendienste aufzuwerten.

Durch die Begrenzung auf zwölf Monate führt die Ausweitung der Familienversicherung nicht zu einer übermäßigen Belastung der Solidargemeinschaft.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## **Änderungsantrag 2 zu Artikel 1 Nr. 2 § 11 Abs. 4 SGB V - Versorgungsmanagement**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

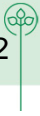
Klarstellung, dass das Versorgungsmanagement auch die Fälle des Übergangs in die fachärztliche Versorgung enthält. So haben die Leistungserbringer für einen zeitnahen Behandlungstermin beim Facharzt Sorge zu tragen.

### **B Stellungnahme**

Die Änderung erscheint grundsätzlich sinnvoll, allerdings erscheint eine Umsetzung im Alltag schwierig insbesondere bei Entlassungen an Feiertagen und am Wochenende. Weiterhin kommen auf Versicherte zusätzliche Kosten durch die Praxisgebühren zu, wenn Fachärzte ohne Überweisung des Hausarztes aufgesucht werden. Außerdem wird die Funktion des Hausarztes als „Lotse im System“ teilweise außer Kraft gesetzt. Vielmehr sollten die Leistungserbringer Maßnahmen zur Verbesserung des Entlassmanagements entwickeln, die Erfolge dokumentieren und in Berichten veröffentlichen.

### **C Änderungsvorschlag**

Streichung der Neuregelung



## **Änderungsantrag 3 zu Artikel 1 Nummer 3 – § 19 Abs. 1 SGB V – Leistungsentscheidung bei Kassenschließungen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die vorgesehene Ergänzung des § 19 SGB V regelt, dass die Versicherten im Falle einer Schließung oder Insolvenz ihrer bisherigen Krankenkasse auf den Fortbestand von Leistungsentscheidungen der geschlossenen Krankenkasse und auf die lückenlose Leistungsgewährung vertrauen können (Ausnahme: Leistungen aufgrund von Satzungsregelungen). Diese Regelung ändert damit das sonst bei einem Kassenwechsel eintretende Erlöschen des Leistungsanspruchs ab.

### **B Stellungnahme**

Grundsätzlich ist die Änderung zu begrüßen. Allerdings bekommen die aufnehmenden Kassen dann ein Problem, wenn bis dato Leistungen über dem „bisherigen Niveau“ geleistet wurden oder die zuschließende Kasse in der Endphase keine sorgfältige Anspruchsprüfung mehr bereithalten kann. Deshalb sollte die Dauer des Übergangs des Leistungsanspruchs begrenzt werden. Lösungen könnten dahin gehen, dass man entsprechend der Regelung nach § 19 Absatz 2 die Dauer auf 4 Wochen beschränkt. Alternativ könnte eine Formulierung vorgesehen werden, dass die Leistung der alten Kasse fortgeführt wird, bis die neue Kasse neue Bescheide erwirkt hat.

Außerdem sieht der Änderungsantrag vor, dass bei Übergängen von Wahlтарifen „vergleichbarer Form“ keine neuen Wartezeiten beginnen dürfen. Die Formulierung „vergleichbarer Form“ lässt dabei keine eindeutige Zuordnung von Wahlтарifen zu. Die Formulierung sollte dahin geändert werden, dass Wartezeiten (wenn es denn welche gibt) in der Anfangszeit des Wahlтарifs angerechnet werden. Wenn der Wahlтарif schon seit Jahren besteht, ist es unkritisch.

### **C Änderungsvorschlag**

Endet die Mitgliedschaft durch die Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse, gelten die durch die geschlossene Krankenkasse festgestellten gesetzlichen Leistungsansprüche für mindestens 4 Wochen fort. Innerhalb dieser Frist entscheidet die aufnehmende Kasse über eine weitere Kostenübernahme und benachrichtigt den Versicherten entsprechend.

Die Leistungen aufgrund von Satzungsregelungen sind hiervon ausgenommen.

Beim Abschluss von Wahlтарifen, die ein Mitglied zum Zeitpunkt der Schließung in vergleichbarer Form bei der bisherigen Krankenkasse abgeschlossen hatte, sind die Wartezeiten auf die Laufzeit des Wahlтарifs anzurechnen.

Die Vorschriften des zehnten Buches, insbesondere zur Rücknahme von Leistungsentscheidungen, bleiben hiervon unberührt.



## **Änderungsantrag 8 zu Artikel 1 Nummer 7b – neu § 38 SGB V - Haushaltshilfe**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

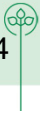
Nach geltender Rechtslage können Krankenkassen Satzungsregelungen zur Haushaltshilfe vorsehen, die über den Pflichtleistungsanspruch nach § 38 Abs. 1 SGB V hinausgehen. Diese Satzungsregelung würde mit der Änderung in eine Soll-Regelung überführt werden.

### **B Stellungnahme**

Bei Umsetzung der Neuregelung würden die Krankenkassen zukünftig quasi verpflichtet werden, Satzungsregelungen zur Haushaltshilfe vorzusehen, die über den Pflichtleistungsanspruch nach § 38 Abs. 1 SGB V hinausgehen. Bisher liegt eine Erweiterung des Anspruchs auf Haushaltshilfe im Ermessen der Krankenkassen. Mit Blick auf den auch wettbewerblichen Charakter der Haushaltshilfe-Mehrleistungsregelung besteht kein zwingender Anlass, das Ermessen der Krankenkassen zur Nutzung dieser Satzungsoption gegen Null zu reduzieren. Gleichzeitig ist jedoch auch festzustellen, dass bereits nahezu alle Krankenkassen Haushaltshilfe-Mehrleistungen im Interesse ihrer Versicherten anbieten. Die vorgesehene Neuregelung kann daher als interessengerechte Lösung akzeptiert werden, weil einerseits insgesamt Unterstützungsmöglichkeiten außerhalb der in § 38 Abs. 1 SGB V gesetzlich normierten Anspruchsvoraussetzungen geschaffen werden und andererseits den Krankenkassen der Gestaltungsspielraum bei der Umsetzung entsprechender Mehrleistungen erhalten bleibt.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## **Änderungsantrag 4 zu Artikel 1 Nr. 10b – neu § 64a -Modellvorhaben zur Arzneimittelversorgung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Neuregelung soll das Konzept von ABDA und KBV zur Arzneimittelversorgung im Rahmen eines Modellversuchs erprobt werden. Dabei sollen die Leistungserbringer an Überschüssen aus Minderausgaben der Krankenkassen beteiligt werden, während Mehraufwendungen der Krankenkassen auszugleichen sind.

Der Modellversuch soll von den Krankenkassen mit der Kassenärztlichen Vereinigung und dem Landesapothekerverband einheitlich und gemeinsam geschlossen werden. Mit der Vereinbarung soll ein Katalog wirtschaftlicher Wirkstoffe für alle versorgungsrelevanten Indikationen bestimmt werden sowie die im Rahmen des Projekts zu erbringenden Leistungen und deren Dokumentation, die Grundzüge zur Ermittlung der Überschüsse und deren Weiterleitung an die Leistungserbringer sowie zum Ausgleichsverfahren. Das Modellvorhaben soll in einer Region stattfinden und evaluiert werden. Für die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 ist die mit dem AMNOG neu geschaffene Prüfmethode nach Abs. 3b verpflichtend.

Soweit sich die Vertragspartner nicht einigen, kann eine Vereinbarung auch durch ein Schiedsamt festgesetzt werden. Mitglieder des Schiedsamts sind zu gleichen Teilen die jeweiligen Vertreter der Apothekerverbände, der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie der Krankenkassen; die Entscheidung erfolgt mit zwei Drittel Mehrheit.

### **B Stellungnahme**

Der vorgeschlagene Regelungsentwurf ist in Gänze abzulehnen.

Der Gesetzentwurf konkretisiert bislang lediglich die Erstellung eines Medikationskataloges als vertraglich zu vereinbarenden Leistung. Hiermit könnte bei konsequenter Umsetzung eine Arzneimittelpositivliste geschaffen werden, der jedoch fachlich wie legitimatorisch der Hintergrund einer Willensbildung im Gemeinsamen Bundesausschuss fehlt. Ebenso lassen Entwurf und Begründung nicht erkennen, dass eine verbindliche und belastbare Steuerung der wirtschaftlichen und zweckmäßigen ärztlichen Verordnung gefordert wird.

Die mangelnde Konkretisierung der Ausgestaltung des Modellvorhabens wäre nicht zu beanstanden, soweit sie dazu geeignet ist, den Vertragspartnern bei Vereinbarung einen breiteren Gestaltungsspielraum zu lassen. Allerdings sieht der Gesetzesentwurf vor, dass durch Schiedsamtentscheidung ein solches Modellvorhaben einseitig durchgesetzt werden kann. Dies widerspricht dem Grundgedanken eines Modellversuchs als Ansatz zur Versorgungsverbesserung: Soweit nicht beide Vertragsseiten mitgestalten können und letztlich vom Nutzen des Ansatzes überzeugt sind, ist nicht zu erwarten, dass ein solcher Ansatz geeignet ist, die Versorgung nachhaltig zu verbessern. Nach dem Gesetzesentwurf ist jedoch sogar ein nicht paritätisch besetztes Schiedsamt geplant. Damit werden Leistungserbringer gegen die Interessen von Krankenkassen und Versicherten ihre finanziellen Forderungen durchsetzen können, den Krankenkassen bleibt lediglich die Rolle, das Wunschkonzert bis zu drei Jahre lang zu bezahlen.

Welche Leistungen neben dem Medikationskatalog zu erbringen sind, die den Umfang der kollektivvertraglichen Versorgung überschreiten, ist bislang nicht konkret erkennbar. Viel-





mehr wird die seitens der KBV im Modellansatz beworbene Wirkstoffverordnung ausweislich der Gesetzesbegründung lediglich als Option angesehen; weitere Bestandteile des Modells wie auch ihre Differenzierung zur Regelversorgung sind im Gesetz nicht konkretisiert, in der Begründung lediglich als Gestaltungsmöglichkeiten angeführt. Dementsprechend steht zu befürchten, dass einem äußerst schmalen Leistungsvolumen mit fraglichem Mehrwert für die Versorgung erhebliche finanzielle Forderungen der Leistungserbringer gegenüber stehen.

In diesem Zusammenhang ist zudem die verpflichtende Ablösung der Richtgrößenprüfung durch eine anwendungsgebietsbezogene Prüfung nach § 106 Abs. 3b vorgesehen. Dies ist ebenso abzulehnen. Die neue Prüfmethode wurde mit dem AMNOG implementiert. Trotz intensiver Diskussionen gibt es bislang keine Regelung auf Landesebene hierzu, was im Zusammenhang mit der Komplexität der Etablierung eines solchen Verfahrens zu sehen ist. Eine Verpflichtung zur Ablösung der Prüfung bedeutet demnach eine unangemessene und einseitige Belastung der Krankenkassen, denn seitens der Leistungserbringer dürfte eine unzureichende Regelungstiefe, die faktisch als Befreiung von der Wirtschaftlichkeitsprüfung wirkt, gerne akzeptiert werden.

Die Neuregelung erfüllt im Übrigen auch formal nicht die zur Schaffung von Rechtsklarheit und Durchführbarkeit erforderlichen Voraussetzungen. Die in der Neuregelung enthaltene Verfahrens- und Finanzierungssystematik ist unklar und widersprüchlich. Dies betrifft z.B. das Erfordernis der „gemeinsamen“ Vereinbarung in Satz 1 ebenso wie die Forderung nach der Rückführung auf ein Modellvorhaben nach Satz 2. Auch bleibt unklar, wie der Ausgleich der Mehraufwendungen erfolgen soll (Offenbar ist in Absatz 1 ein anderer Ausgleich gemeint als in dem „im Übrigen“ nur entsprechend anwendbaren § 63 Abs.3 Satz 2 SGB V). Die bereits oben erwähnte Schiedsregelung zur Konfliktlösung widerspricht dem im Rahmen der Weiterentwicklung der Versorgung geltenden Grundsatz der Gestaltungsfreiheit und ist systemfremd.

Soweit sich Vertragspartner auf einen Modellversuch freiwillig verständigen, sollten sie selbst dessen Regel ausgestalten können. Krankenkassen werden Lösungsansätzen, die die Versorgung ihrer Versicherten verbessern, jederzeit offen gegenüberstehen. Verpflichtende Regelungen, die einseitig Interessen durchsetzen, sind letztlich kontraproduktiv, da unter diesen Bedingungen kein Modell zur Serienreife gelangen kann.

## **C      Änderungsvorschlag**

Streichung der Neuregelung



## **Änderungsantrag 14 zu Artikel 1 Nr. 14 § 75 SGB V - Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen - Wartezeiten**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen soll dahingehend konkretisiert werden, dass er auch angemessene Wartezeiten mit einschließt. Die Definition angemessener Wartezeiten, namentlich was eine zeitnahe fachärztliche Versorgung inhaltlich bedeutet, wird den Gesamtvertragspartnern übertragen.

### **B Stellungnahme**

Grundsätzlich ist es zu begrüßen, dass die Diskriminierung von GKV-Patienten in der Arztpraxis im Versorgungsstrukturgesetz aufgegriffen werden soll.

Im Vorfeld des Änderungsantrages ist in der Öffentlichkeit mehrfach über gesetzliche Regelungen zur Förderung kürzerer bzw. der Sanktionierung von als zu lang empfundenen Wartezeiten diskutiert worden, schließlich wurde aber davon abgesehen und mit dem Änderungsvorschlag der Regierungsfractionen wird die Problemlösung an die Selbstverwaltung delegiert. Der vorliegende Regelungsvorschlag ist in dieser Hinsicht zwar wohlmeinend, stellt aber letztlich einen untauglichen Versuch dar. Es ist in hohem Maße zweifelhaft, ob die Gesamtvertragspartner einvernehmlich Regelungen mit einer Wirksamkeit vereinbaren können, zu der sich der Gesetzgeber selbst offenbar nicht imstande sieht.

Es reicht nicht aus, dass Krankenkassen gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen Wartezeiten definieren. Durch die Zuordnung in den Sicherstellungszusammenhang wird es den KVen obliegen, diese Zeiten zu kontrollieren und mögliche Sanktionen zu bestimmen. Aufgrund der spezifischen Interessenlage der KVen und früherer Äußerungen ihrer Vertreter, die die Wartezeiten für nicht problematisch halten, ist nicht zu erwarten, dass hier eine konsequente Durchsetzung angemessener Wartezeiten, insbesondere im Vergleich zu privatversicherten Patienten, erfolgen wird. Daher bietet aus Sicht der Krankenkassen der vorliegende Änderungsvorschlag allein keine Aussicht auf reale Verbesserungen der Versorgung der GKV-Versicherten.

### **C Änderungsvorschlag**

Für eine hinreichende Wirksamkeit dieser Regelung müssten die folgenden weiteren Voraussetzungen erfüllt sein:

Die Krankenkassen müssen bessere Möglichkeiten erhalten, Vertragsärzte und Kassenärztliche Vereinigungen bei unzureichender Sicherstellung der Versorgung in Anspruch zu nehmen. Die Regelung des §75 Abs. 1 Satz 3 SGB V ist bislang wirkungslos, da die Kassenärztliche Bundesvereinigung stets eine bundesmantelvertragliche Regelung blockiert hat. Diese Vorschrift muss geschärft und neben Kollektivsanktionen auch individuelle Maßnahmen gegen einzelne Vertragsärzte möglich machen.

Die Ungleichverteilung der Honorare innerhalb der Ärzteschaft muss beseitigt werden. Insbesondere Arztgruppen, die in der ärztlichen Honorarverteilung benachteiligt werden, weisen



eine Hinwendung zu privat liquidierbaren Leistungen auf und verknappen dadurch die Behandlungszeiten für GKV-Versicherte. Hier hat der AOK-BV in dieser Stellungnahme zum §87 SGB V bereits Vorschläge für eine gerechte Gebührenordnung unterbreitet.



## Änderungsantrag 7 zu Artikel 1 Nr. 24 § 87b SGB V - Vernetzte Praxen

### A Beabsichtigte Neuregelung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen nach Absatz 2 (neu) gesonderte Vergütungsregelungen für vernetzte Praxen auch in Form eigener Honorarvolumen als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vorsehen können (Budgets für vernetzte Praxen), soweit das Praxisnetz von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannt ist.

Der Begründung nach kann die Kassenärztliche Vereinigung nach eigenem Recht Richtlinien zur Anerkennung von Vernetzten Praxen erlassen. Sie kann für die „Förderung“ im Rahmen des HVM von der Wahlentscheidung des Versicherten absehen. Dadurch ergebe sich eine „höhere Flexibilität“. Die Vertragsformen nach §§ 73b,c, 140b und Modellvorhaben nach §§ 63, 64 bleiben unberührt.

### B Stellungnahme

In der GKV obliegt die Versorgung der Versicherten den Krankenkassen, die dazu Verträge schließen. Von diesem Vertragsprinzip löst sich der Entwurf des VStG bereits für die Spezialärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (neu). Mit diesem Änderungsantrag entfernte sich das VStG nunmehr auch für die besonderen Versorgungsformen vom Vertragsprinzip. Die Kassenärztliche Vereinigung könnte nach dem VStG über den Honorarverteilungsmaßstab nicht nur von den vertraglichen Gebührenordnung (EBM) abweichen, ohne dass es hierzu noch eines Einverständnisses mit den Vertragspartnern bedürfte. Dem Änderungsantrag nach könnte die Kassenärztliche Vereinigung für vernetzte Praxen auch vom HVM abweichen und Budgets zuteilen, ohne dass es hierzu noch Verträgen mit den Krankenkassen bedürfte.

Bereits die Anerkennung der vernetzten Praxen erfolgte aus dem Recht selbst gegebener Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung, ohne dass es Vereinbarungen hierzu bedürfte. Auf rechtlich relevante Standards für vernetzte Praxen kann dabei nicht zurückgegriffen werden.

Und schließlich werden nicht nur Vertragsprinzipien verletzt, sondern auch Selbstbestimmungsrechte der Versicherten missachtet. Die Beteiligung an der besonderen Versorgungsform soll für die Versicherten nicht freiwillig sein und auf den Voraussetzungen von vollständiger Information, verbürgtem Datenschutz und individueller Teilnahmeerklärung beruhen. Vielmehr kann dem Änderungsantrag bei der Zuteilung von Budgets an die Ärzte innerhalb vernetzter Praxen von der Wahlentscheidung des Versicherten abgesehen werden.

### C Änderungsvorschlag

Der Änderungsantrag ist abzulehnen, weil die Rechte der Versicherten auf Wahlfreiheit und Selbstbestimmung ebenso missachtet werden wie grundlegende Vertragsprinzipien und Rechtsgrundsätze der Gesetzlichen Krankenversicherung.



## **Änderungsantrag 19 zu Artikel 1 Nr. 27 § 90 SGB V - Zusammensetzung der Landesausschüsse**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

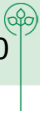
Die Zusammensetzung der Landesausschüsse soll zugunsten der Ersatzkassen und der Knappschaft-Bahn-See neu geregelt werden. Die Ersatzkassen erhalten nun statt 2 immer 3 Sitze im Landesausschuss, die Knappschaft-Bahn-See wird zusätzlich berücksichtigt. Die AOKs behalten drei Sitze, die anderen Kassenarten erhalten jeweils einen Sitz, wobei die LKKs und die Knappschaft einen gemeinsamen Vertreter benennen müssen. Die Ärzte erhalten einen weiteren Sitz, so dass auf jeder Seite 9 Sitze zur Verfügung stehen.

### **B Stellungnahme**

Die Änderung repräsentiert zwar die Versichertenanteile auf Bundesebene (AOK: 34, 9%; EK 35,4 %), nicht jedoch auf Landesebene. So repräsentieren die AOKs in Baden-Württemberg, Bayern, Sachsen und Thüringen mehr als 40 Prozent der Versicherten (Stand: KM 6, Juli 2011). In anderen KV-Regionen verzeichnen die Ersatzkassen entsprechende Anteile.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## **Änderungsartikel 20 zu Artikel 1 Nummer 29 § 91 SGB V - Übergangsregelung bis zum Vorliegen der Verfahrensordnungsregelungen für die Bürokratiekostenschätzung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Fristsetzung, ab wann der G-BA Bürokratiekosten für seine Beschlüsse abschätzen und angeben muss

### **B Stellungnahme**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seinen Beschlüssen die Bürokratiekosten im Sinne des § 2 Abs. 2 des Gesetzes zur Einsetzung eines nationalen Normenkontrollrates an zu geben. Da diese neue Aufgabe erst in der Verfahrensordnung bis zum 30. Juni zu regeln ist, wird für das Wirksamwerden dieser Regelung der 1.9.2012 festgelegt.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## **Änderungsantrag 22 zu Artikel 1 Nummer 30 § 92 SGB V - Fristsetzung zum erstmaligen Beschluss für die Psychotherapie-Richtlinien / Stellungnahmerecht der Strahlenschutzkommission**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

a) Eine Fristsetzung für die Formulierungen von fachlichen Anforderungen des Konsiliarberichts von Psychotherapeuten auf den 31.12.1998 wird bereinigend gestrichen.

b) Für Methoden, die radioaktive Stoffe oder ionisierende Strahlung betreffen wird das Stellungnahmerecht auf die Strahlenschutzkommission erweitert

### **B Stellungnahme**

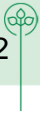
Das Versorgungsstrukturgesetz erweitert die Stellungnahmeverfahren des Gemeinsamen Bundesausschuss enorm. Neben den Medizinproduktherstellern, Fachgesellschaften und dem Bundesdatenschützer kommt nun auch noch die Strahlenschutzkommission, die das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit berät, hinzu. Dies kann als Anerkennen gewertet werden, dass dem BMG lediglich eine Rechts- und keine Fachaufsicht über den G-BA zukommt.

Insgesamt besteht jedoch das Risiko, durch die erheblichen Erweiterungen der Stellungnahmeberechtigten die Beratungsprozesse des G-BA zu lähmen. Eine Stellungnahmeberechtigung der Strahlenschutzkommission sollte ermöglicht werden, allerdings sollte hierfür keine Verpflichtung bestehen, sondern dem G-BA lediglich die Möglichkeit eröffnet werden, eine solche Stellungnahme bei Bedarf einzuholen.

### **C Änderungsvorschlag**

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, kann der G-BA der Strahlenschutzkommission Gelegenheit zur Stellungnahme geben."



## **Änderungsantrag 22 zu Artikel 1 Nr. 31 § 95 Absatz 1a SGB V - Gemeinnützige Träger von MVZ/ Rechtsbereinigung verschiedener Zulassungsregelungen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

In der aktuell vorliegenden Fassung des Versorgungsstrukturgesetzes wird ein neuer § 95 Absatz 1a eingefügt, mit dem die Gründungsvoraussetzungen für medizinische Versorgungszentren neu gefasst werden. In der Gesetzesbegründung mit Stand vom 15.07.2011 heißt es: „Sonstige Leistungserbringer nach dem SGB V, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, sind künftig nicht mehr berechtigt, medizinische Versorgungszentren zu gründen. Damit werden die Leistungserbringer ausgeschlossen, über deren Ankauf bisher Investoren ohne fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung die Voraussetzungen für die Gründung von medizinischen Versorgungszentren erfüllt haben. Eine Ausnahme gilt für gemeinnützige Trägerorganisationen, die oftmals einen wichtigen Beitrag für die Versorgung der Versicherten leisten. Da aufgrund der Gemeinnützigkeit keine Mittelabflüsse an private, rein gewinnorientierte Organisationen zu erwarten sind, ist eine Beeinflussung der ärztlichen Entscheidung durch sachfremde Erwägungen nicht zu befürchten.“

Nun soll die Regelung dahingehend ergänzt werden, das auch gemeinnützige Träger, die mit der vertragsärztlichen Versorgung eng verbundene nicht-ärztliche Dialyseleistungen erbringen, zur Gründung medizinischer Versorgungszentren berechtigt bleiben.

### **B Stellungnahme**

Mit diesem Antrag wird die erste Ausnahme der neu aufgenommenen Regelung in § 95 Abs. 1a SGB V beantragt. Zusätzlich zu Leistungserbringern, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, wird der Kreis der zur Gründung eines MVZ Berechtigten explizit auf einen Vertragspartnertyp ausgeweitet, der nicht-ärztliche Dialyseleistungen erbringen kann. Somit wird eine erste Ausnahme von der Regelung eingeführt, deren alleiniger Nutzen sich aus der Begründung des Änderungsantrags nicht erschließt.

### **C Änderungsvorschlag**

Im Zuge dieses Änderungsantrags sollte über weitere Öffnungen grundsätzlich beraten werden, da nicht bereits die geplante Einschränkung der Trägerschaft mit willkürlichen Einzelausnahmen versehen werden sollte. So ist etwa eine gemeinnützige Trägerschaft von MVZ z. B. auch für andere Vertragstypen (psychiatrische Versorgung) zu diskutieren. Es ist dabei zu bedenken, dass damit die gegenwärtige Dialyseversorgung zum Teil auf neue Anbieterformen umgestellt werden müsste (s. PHV)





## **Änderungsantrag 24 zu Artikel 1 Nr. 36 § 103 SGB V - Ausübung des Vorkaufsrechts**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

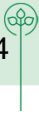
Mit der Änderung wird klargestellt, dass das Vorkaufsrecht der Kassenärztlichen Vereinigungen im Nachbesetzungsverfahren von Vertragsarztsitzen vom Vorstand auszuüben ist, der die Entscheidung eigenverantwortlich zu treffen hat.

### **B Stellungnahme**

Diese Klarstellung ist erforderlich, um ein fristgerechtes Verfahren zu gewährleisten.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## **Änderungsantrag 10 zu Artikel 1 Nr. 41a – neu § 115b SGB V - Kooperationen zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten bei ambulanten Operationen im Krankenhaus**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Erweiterung der Durchführung von amb. Operationen im Krankenhaus auf Vertragsärzte ohne Belegarztstatus.

### **B Stellungnahme**

Die Rechtsgrundlage des § 115b hat den Krankenhäusern die Möglichkeit eröffnet, neben stationären, auch ambulante Leistungen zu erbringen, und diese abzurechnen. Die ursprüngliche Intention bezog sich demnach auf den Leistungsumfang des Krankenhauses. Sollen nun Kooperationen zwischen niedergelassenen Vertragsärzten und Krankenhäusern zugelassen werden, wie im Gesetzentwurf formuliert, hätte dies eine indirekte Ausweitung der Abrechnungsmöglichkeiten des niedergelassenen Vertragsarztes zur Folge.

Wegen der im Krankenhaus durchzuführenden Leistungen kann der Arzt dann nicht mehr vollständig in seiner eigenen Praxis zur Versorgung der Patienten zur Verfügung stehen. Die Möglichkeit der unbeschränkten Ausweitung der ärztlichen Tätigkeit auf Bereiche außerhalb der von den Zulassungsausschüssen zu verantwortenden Zuständigkeitsbereiche widerspricht den Grundsätzen einer bedarfsgerechten Versorgung.

Eine Überprüfung der Abrechnung des Arztes ist nicht mehr möglich. Erbringt der niedergelassene Arzt Leistungen im Krankenhaus, die weder von den durch im Krankenhaus angestellte Ärzte erbrachte Leistungen abzugrenzen sind, noch bei der Überprüfung der in der Praxis des Arztes erbrachten Leistungen berücksichtigt werden können, wird den Krankenkassen die Möglichkeit zur Plausibilitätsprüfung der in der Praxis des Vertragsarztes erbrachten Leistungen genommen. Hierbei ist des Weiteren zu bedenken, dass sich die Zulassung eines Arztes zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 Abs. 1 auf die Erbringung von Leistungen in einer gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung bekannt gegebenen Betriebsstätte bezieht.

### **C Änderungsvorschlag**

Streichung der Neuregelung



## **Änderungsantrag 26 zu Artikel 1 Nr. 44a neu § 119b SGB V - Anstellung von Ärzten durch stationäre Pflegeeinrichtungen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Klarstellung, dass die Anstellung von Ärztinnen und Ärzten auch in Pflegeheimen der Genehmigung des Zulassungsausschusses bedarf. Die Erteilung der Genehmigung setzt 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.

### **B Stellungnahme**

Die Änderung ist grundsätzlich sachgerecht, um den Zulassungsausschüssen einen Überblick über das gesamte Versorgungsgeschehen zu ermöglichen.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## **Änderungsantrag 31 zu Artikel 1 Nummer 50a - neu § 135 Abs. 2 SGB V - Qualitätssicherungsanforderungen der Bundesmantelvertragspartner bei Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

- a) Für die Qualitätssicherung der Bundesmantelvertragspartner wird die Qualitätssicherung von der reinen Strukturqualität auf die Prozess- und Ergebnisqualität ausgedehnt.
- b) Patientenvertreter werden in die Vereinbarung der Qualitätssicherung der Bundesmantelverträge eingebunden.

### **B Stellungnahme**

- a) Eine Erweiterung der Qualitätssicherung ist sinnvoll, da die Strukturqualität alleine für sinnvolle Anforderungen nicht ausreicht.
- b) Patientenvertreter nun auch in die Qualitätssicherung der Bundesmantelvertragspartner einzubeziehen ist nachvollziehbar

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## **Änderungsantrag 31 zu Artikel 1 Nummer 50a neu § 135a SGB V Verpflichtung zur Qualitätssicherung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Verpflichtung der Übermittlung von Daten an die Institution nach §137a (AQUA) soll gestrichen werden, da dies nun in §299 geregelt werden soll.

### **B Stellungnahme**

Folgerichtige Änderung.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## **Änderungsantrag 11 zu Artikel 1 Nr. 52 §137 - Beteiligung der Bundespsychotherapeutenkammer und der Bundeszahnärztekammer bei Richtlinien zur Qualitätssicherung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Der G-BA wird verpflichtet die Bundespsychotherapeutenkammer und der Bundeszahnärztekammer bei den Beratungen zu den Richtlinien über Qualitätssicherung- zu den Belangen die diese Institutionen jeweils berühren, zu beteiligen

### **B Stellungnahme**

Die Beteiligungsmöglichkeiten der Kammern am G-BA Verfahren sind heute bereits ausreichend geregelt.

Die KBV - die nach § 91 Abs. 1 SGB V gemeinsam mit DKG und GKV-SV den G-BA bildet -, vertritt die Interessen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und psychologischen Psychotherapeuten. In § 91 Absatz 5 werden die "Beteiligungsrechte" der Berufsgruppen geregelt, deren Berufsausübung durch Beschlüsse berührt wird; explizit werden Ärzte, Psychotherapeuten oder Zahnärzte genannt. Dabei ist der jeweiligen Arbeitsgemeinschaft der Kammern dieser Berufe auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen werden in den Unterausschüssen gewürdigt und so bei der Beschlussfassung auch berücksichtigt. Es steht der KBV darüber hinaus bereits heute frei, Berufsvertreter als Berater zu den Sitzungen der Arbeitsgemeinschaften und der Unterausschüsse zusätzlich hinzuzuziehen. Sollte dieses nicht in ausreichendem Umfang erfolgen, müssen geeignete Lösungen für die Bank der KBV zur Beteiligung der jeweils betroffenen Leistungserbringer geschaffen werden, die aber nicht die grundlegenden Strukturen des G-BA berühren können.

### **C Änderungsvorschlag**

Streichung der Neuregelung



## **Änderungsantrag 32 zu Artikel 1 Nr. 57 § 137f SGB V - DMP: Einbeziehung von Organisationen in das Stellungnahmeverfahren zu den RL**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Es werden die Organisationen benannt, die zur Stellungnahme berechtigt sind. Außer den bereits für sonstigen Richtlinien Stellungnahmeberechtigten, werden auch das BVA und die wissenschaftlichen Fachgesellschaften in das Stellungnahmeverfahren bei den Richtlinien zu DMP aufgenommen.

### **B Stellungnahme**

Die Einbeziehung des BVA, als Akkreditierungsbehörde, ist sachgerecht. Die Einbeziehung der jeweils einschlägigen Fachgesellschaften ist aufgrund des bisherigen Stellungnahmeverfahrens beim BMG unvermeidbar.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## Änderungsantrag 33 zu Artikel 1 Nr. 58a § 140a SGB V - Integrierte Versorgung

### A Beabsichtigte Neuregelung

Die derzeitige gesetzliche Regelung nach § 140a SGB V beinhaltet die Freiwilligkeit der Teilnahme der Versicherten an den integrierten Versorgungsformen und deren erforderliche Einwilligung bezüglich eines Abrufes der personifizierten Behandlungsdaten und Befunde aus der gemeinsamen Dokumentationsdaten durch einen behandelnden Leistungserbringer.

Der Änderungsvorschlag sieht eine Ergänzung um einen weiteren Satz vor. Dach sollen Vertragspartner der Krankenkassen nach § 140b Absatz 1 Nummer 4, explizit gemeint sind sogenannte Managementgesellschaften, die für die Durchführung der Steuerungsaufgaben im Rahmen der integrierten Versorgung erforderlichen personenbezogenen Daten nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erheben, verarbeiten und nutzen dürfen.

### B Stellungnahme

Die Ergänzung ist dahingehend zu begrüßen, dass sie für die Vertragspartner nach § 140b Absatz 1 Nummer 4 die Aufgabe der Versorgungssteuerung als eigenständige Aufgabe neben der Versorgung durch die Leistungserbringer bestätigt und anerkennt und eine datenschutzgerechte Absicherung schafft.

Soweit dies hier für einen bestimmten Vertragspartnertypus zur gesonderten Formulierung des Erfordernisses einer Einwilligung führt, wird nicht ausreichend berücksichtigt, dass eine Versorgungssteuerung nicht nur den Verträgen mit den hier genannten Vertragspartnern vorbehalten bzw. eigen ist. Abzulehnen ist daher, dass die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Versorgungssteuerung lediglich einem bestimmten Vertragspartnertyp, nämlich den Trägern von Einrichtungen eingeräumt wird, die eine integrierte Versorgung nach § 140a durch zur Versorgung der Versicherten nach dem Vierten Kapitel berechnete Leistungserbringer anbieten, nicht jedoch den übrigen in § 140b Absatz 1 Satz 1 SGB V aufgeführten, die Versorgung durchführenden Vertragspartnern.

Die vorgeschlagene Änderung schafft daher Unklarheit und Missverständnisse und schränkt die Gestaltungsfreiheit der Krankenkassen ein. Der Vorschlag missachtet die Organisationsvielfalt im Rahmen der integrierten Versorgung. Es sollte den Vertragspartnern die Entscheidung überlassen bleiben, inwieweit den gesetzlich vorgesehenen Vertragspartnern – unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorschriften – Steuerungsaufgaben übertragen werden.

### C Änderungsvorschlag

Dem § 140a Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Die Vertragspartner auf Leistungserbringerseite dürfen die für die Durchführung der Steuerungsaufgaben im Rahmen der integrierten Versorgung erforderlichen personenbezogenen Daten nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erheben, verarbeiten und nutzen.“





## **Änderungsantrag 34 zu Artikel 1 Nr. 58b - neu § 140d SGB V Integrierte Versorgung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

§ 140d hat in der bisherigen Fassung die Anschubfinanzierung für Leistungen der Krankenhäuser und der Vertragsärzte im Rahmen der integrierten Versorgung sowie das Verfahren zur Bereinigung der Gesamtvergütung zum Gegenstand.

Der Änderungsvorschlag sieht die Streichung der Regelungen zur Anschubfinanzierung vor.

### **B Stellungnahme**

Der Vorschlag, das Wort „Anschubfinanzierung“ in der Überschrift zu streichen sowie die entsprechenden Regelungen in Absatz 1 aufzuheben, wird durch Wegfall der Anschubfinanzierung begründet.

Diese angestrebte Rechtsbereinigung lässt jedoch außer Acht, dass die bisherige Regelung des Absatzes 1 des § 140d SGB V trotz Zeitablauf auch weiterhin die Grundlage für zahlreiche Gerichtsverfahren bildet. Die Anzahl der noch laufenden Gerichtsverfahren um die Rückzahlung einbehaltener Anschubfinanzierung bewegt sich allein im AOK-System im dreistelligen Bereich.

Im Rahmen dieser Verfahren könnten die vorgesehenen Streichungen die Verfahrensführung behindern und zu Irritationen führen. Die bisherige Regelung kann daher trotz der impliziten Aufhebung durch Zeitablauf nicht als gegenstandslos oder überflüssig bezeichnet werden.

### **C Änderungsvorschlag**

Streichung der Neuregelung



## **Änderungsantrag 12 zu Artikel 1 Nr. 59b § 146a SGB V –Mindestzeitraum bei Kassenschließungen - Ortskrankenkassen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Der Gesetzgeber will zwischen Schließungsbescheid und Zeitpunkt der Schließung einer Ortskrankenkasse einen Mindestabstand von 8 Wochen festsetzen.

### **B Stellungnahme**

Der Vorschlag ist grundsätzlich zu begrüßen, wenngleich man den Zeitraum auf 12 Wochen als Untergrenze verlängern sollte. In den geplanten 8 Wochen können die gesetzlichen Krankenkassen einen lückenlosen Leistungsübergang nicht sicherstellen, für den Fall, dass die Meldestelle (z.B. Arbeitgeber, Rentenversicherungsträger, etc.) die Anmeldung übernimmt. Denn dann existiert kein Zeitraum mehr für den Übergang der Akten und leistungsbegründenden Unterlagen von der zu schließenden Kasse auf die neu gewählte Kasse. Genau um diesen Fall zu vermeiden wurde die City BKK i. A. geschaffen.

### **C Änderungsvorschlag**

Streiche „8 Wochen“ setze „12 Wochen“.



## **Änderungsantrag zu Artikel 1 Nr. 59c § 153 SGB V - –Mindestzeitraum bei Kassenschließungen - Betriebskrankenkassen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

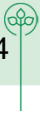
Der Gesetzgeber will zwischen Schließungsbescheid und Zeitpunkt der Schließung einer Ortskrankenkasse einen Mindestabstand von 8 Wochen festsetzen.

### **B Stellungnahme**

Der Vorschlag ist grundsätzlich zu begrüßen, wenngleich man den Zeitraum auf 12 Wochen als Untergrenze verlängern sollte. In den geplanten 8 Wochen können die gesetzlichen Krankenkassen einen lückenlosen Leistungsübergang nicht sicherstellen, für den Fall, dass die Meldestelle (z.B. Arbeitgeber, Rentenversicherungsträger, etc.) die Anmeldung übernimmt. Denn dann existiert kein Zeitraum mehr für den Übergang der Akten und leistungsbegründenden Unterlagen von der zu schließenden Kasse auf die neu gewählte Kasse. Genau um diesen Fall zu vermeiden wurde die City BKK i. A. geschaffen.

### **C Änderungsvorschlag**

Streiche „8 Wochen“ setze „12 Wochen“.



## **Änderungsantrag 14 zu Artikel 1 Nr. 60 § 155 SGB V – Hinweispflichten des Abwicklungsvorstands**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Der Wechsel in eine neue Kasse soll erleichtert und beschleunigt werden.

Zu diesem Zweck hat der Abwicklungsvorstand unverzüglich

- jedem Mitglied den Vordruck eines Aufnahmeantrages zur Ausübung des Wahlrechts mit den für die aufnehmende Kasse für die Erbringung der Leistungen erforderlichen Angaben zu übermitteln. Das letztere soll der lückenlosen Leistungsgewährung durch die neue Kasse dienen.
- den Mitgliedern nach Zugang des Schließungsbescheides einen wettbewerbsneutralen Vordruck (Kassenliste) übermitteln und darauf hinweisen, dass die Kassenwahl auch an ihn zurückgesendet werden kann zur Weiterleitung an die gewählte Kasse.
- spezielle Fristen verschiedener Mitgliedergruppen mitteilen (z.B. Freiwillig Versicherte) sowie Folgen, wenn das Wahlrecht nicht rechtzeitig ausgeübt wird.

### **B Stellungnahme**

Die Regelung ist zu begrüßen.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## **Änderungsantrag 15 zu Artikel 1 Nr. 60 § 163 SGB V - –Mindestzeitraum bei Kassenschließungen -Innungskrankenkassen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Der Gesetzgeber will zwischen Schließungsbescheid und Zeitpunkt der Schließung einer Ortskrankenkasse einen Mindestabstand von 8 Wochen festsetzen.

### **B Stellungnahme**

Der Vorschlag ist grundsätzlich zu begrüßen, wenngleich man den Zeitraum auf 12 Wochen als Untergrenze verlängern sollte. In den geplanten 8 Wochen können die gesetzlichen Krankenkassen einen lückenlosen Leistungsübergang nicht sicherstellen, für den Fall, dass die Meldestelle (z.B. Arbeitgeber, Rentenversicherungsträger, etc.) die Anmeldung übernimmt. Denn dann existiert kein Zeitraum mehr für den Übergang der Akten und leistungsbegründenden Unterlagen von der zu schließenden Kasse auf die neu gewählte Kasse. Genau um diesen Fall zu vermeiden wurde die City BKK i. A. geschaffen.

### **C Änderungsvorschlag**

Streiche „8 Wochen“ setze „12 Wochen“.



## **Änderungsantrag 16 zu Artikel 1 Nr. 60b § 170 SGB V - –Mindestzeitraum bei Kassenschließungen -Ersatzkassen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Der Gesetzgeber will zwischen Schließungsbescheid und Zeitpunkt der Schließung einer Ortskrankenkasse einen Mindestabstand von 8 Wochen festsetzen.

### **B Stellungnahme**

Der Vorschlag ist grundsätzlich zu begrüßen, wenngleich man den Zeitraum auf 12 Wochen als Untergrenze verlängern sollte. In den geplanten 8 Wochen können die gesetzlichen Krankenkassen einen lückenlosen Leistungsübergang nicht sicherstellen, für den Fall, dass die Meldestelle (z.B. Arbeitgeber, Rentenversicherungsträger, etc.) die Anmeldung übernimmt. Denn dann existiert kein Zeitraum mehr für den Übergang der Akten und leistungsbegründenden Unterlagen von der zu schließenden Kasse auf die neu gewählte Kasse. Genau um diesen Fall zu vermeiden wurde die City BKK i. A. geschaffen.

### **C Änderungsvorschlag**

Streiche „8 Wochen“ setze „12 Wochen“.



## **Änderungsantrag 17 zu Artikel 1 Nummer 64 – neu – § 175 SGB V – Ausübung des Wahlrechts bei Kassenschließung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse soll sichergestellt werden, dass die Versicherungspflichtigen innerhalb von sechs Wochen eine neue Krankenkasse wählen. Dazu soll der Meldestelle eine neue Mitgliedsbescheinigung vorgelegt werden. Erfolgt keine Krankenkassenwahl, hat die Meldestelle eine Anmeldung bei der letzten Krankenkasse vorzunehmen bzw. geht das Wahlrecht auf die Meldestelle über. Versicherungsberechtigte haben für die Wahl einer neuen Krankenkasse drei Monate Zeit. Abgestellt wird bei der Frist für die Vorlage der neuen Mitgliedsbescheinigung auf den Zeitpunkt der Zustellung des Schließungsbescheids oder die Stellung des Insolvenzantrags.

### **B Stellungnahme**

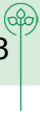
Die Neuregelung ist sachgerecht, da somit sichergestellt wird, dass zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Schließung bzw. der Eröffnung des Insolvenzverfahrens bereits eine neue Krankenkasse gewählt wurde bzw. bereits die Mitgliedschaft bei der neugewählten Krankenkasse zustande gekommen ist.

Allerdings sollte die zu schließende bzw. insolvente Krankenkasse ergänzend die zur Meldung verpflichtete Stelle darüber informieren, dass das Mitglied bis zu einem bestimmten Zeitpunkt eine neue Krankenkasse zu wählen hat bzw. die Meldestelle gegebenenfalls eine Anmeldung bei der letzten Krankenkasse des Mitglieds oder die ersatzweise Ausübung des Krankenkassenwahlrechts vorzunehmen hat.

Mit einer solchen Regelung würde das Risiko, dass Versicherungspflichtige gegebenenfalls keinen Krankenversicherungsschutz hätten, gegen null minimiert.

### **C Änderungsvorschlag**

Im vorliegenden Änderungsantrag wird nach Satz eins folgender Satz zwei eingefügt: „Die zu schließende oder insolvente Krankenkasse informiert die zur Meldung verpflichtete Stelle schriftlich über die Schließung bzw. Insolvenz und den Zeitraum des auszuübenden Krankenkassenwahlrechts bzw. der ersatzweise vorzunehmenden Anmeldung bei der letzten Krankenkasse des Versicherungspflichtigen.“



## **Änderungsantrag 38 zu Artikel 1 Nummer 65a - neu § 217b SGB V - Besetzung der Organe des GKV-SV**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

In den aktuellen Bestimmungen des § 217b SGB V ist bisher nur vorgesehen, dass die Besetzung des Verwaltungsrates des GKV-SV sowie die Aufstellung der Delegierten für die Mitgliederversammlung des GKV-SV aus den Reihen der Verwaltungsräte oder Vertreterversammlungen der Mitgliedskassen vorzunehmen sind.

Da in der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft Bahn See und der Landwirtschaftlichen Krankenkassen mit dem ehrenamtlichen Vorstand ein weiteres – bisher nicht in § 217b SGB V Abs. 1 Satz 2 und Abs. 3 Satz 3 berücksichtigtes – ehrenamtliches Gremium existiert, soll die Möglichkeit eröffnet werden, dass auch dessen Mitglieder sowohl in die Mitgliederversammlung als auch den Verwaltungsrat des GKV-SV gewählt werden können.

### **B Stellungnahme**

Dem Änderungsantrag kann gefolgt werden.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner





## **Änderungsantrag zu Artikel 1 Nummer 70a - neu - § 251 SGB V – Datenschutzrechtliche Regelungen bei der Prüfung der Direktzahler**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Das für die Prüfung der Beitragszahlung der Bundesagentur für Arbeit, der kommunalen Leistungsträger und der Künstlersozialkasse zuständige Bundesversicherungsamt soll ermächtigt werden, sein Prüfgeschäft den Krankenkassen mit deren Zustimmung zu übertragen. Außerdem sollen eindeutige datenschutzrechtliche Grundlagen zum Prüfgeschehen geschaffen werden.

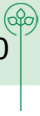
### **B Stellungnahme**

Nach § 251 Abs. 5 SGB V sind die Krankenkassen zur Prüfung der Beitragszahlung berechtigt. Die Prüfung der Beitragszahlung der sogenannten Direktzahler (Bundesagentur für Arbeit, zugelassene kommunale Träger, Künstlersozialkasse) wurde mit Einführung des Gesundheitsfonds dem Bundesversicherungsamt übertragen. Bis dahin oblag die Prüfung der genannten Stellen den Krankenkassen. Da die Krankenkassen über das nötige Fachwissen und ausreichend Personalressourcen verfügen, ist die beabsichtigte auftragsweise Rückübertragung des Prüfgeschäfts auf die Krankenkassen sachgerecht. Das Gleiche gilt für die Schaffung eindeutiger datenschutzrechtlicher Grundlagen zum Prüfgeschehen.

Die in der Begründung des Änderungsantrags getroffene Aussage, dass Prüfgegenstand ausschließlich die Beitragszahlung aus den jeweiligen Versicherungsverhältnissen sei, ist allerdings nicht nachvollziehbar. Prüfgegenstand muss neben der Beitragszahlung auch die Beitragsberechnung und die Überprüfung der versicherungsrechtlichen Beurteilung sowie die Vollständigkeit der gemeldeten Versicherungszeiten sein.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## **Änderungsantrag 19 zu Artikel 1 Nummer 70b - neu - § 252 SGB V – Zwangsgeld bei fehlenden oder unvoll-ständigen Monatsabrechnungen Sonstige Beiträge**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Durch die Ergänzung des § 252 SGB V um einen Absatz 6 werden den Aufsichtsbehörden für die Krankenkassen Sanktionsmöglichkeiten eingeräumt, wenn die Monatsabrechnung Sonstige Beiträge nicht, nicht vollständig, nicht richtig oder nicht fristgerecht abgegeben wird.

### **B Stellungnahme**

Um die fristgerechte Abgabe vollständiger und richtiger Monatsabrechnungen Sonstige Beiträge zu gewährleisten, sollen die Aufsichtsbehörden die Befugnis erhalten, bei fortgesetzten Rechtsverstößen angemessene Zwangsmittel einzusetzen. Hierbei handelt es sich um ein Zwangsgeld von bis zu 50.000 € für jede Zuwiderhandlung, das mehrfach festgesetzt werden kann. Damit wird eine *lex specialis* für den Gesundheitsfonds geschaffen. Für die Monatsabrechnung Gesamtsozialversicherungsbeiträge bestehen keine entsprechenden Sanktionsmittel. Diese sind ganz offensichtlich auch nicht notwendig, weil mit § 28r Abs. 2 SGB V bereits eine Norm existiert, die zum Tragen kommt, wenn u. a. die Beiträge schuldhaft nicht rechtzeitig weitergeleitet worden sind. Die Einzugsstelle hat in diesem Fall Zinsen in Höhe von 2 v.H. über dem jeweiligen Basiszinssatz nach § 247 BGB zu zahlen. Damit wird der Schaden ausgeglichen, der den Fremdversicherungsträgern allein durch die Tatsache entsteht, dass die ihnen zustehenden Beiträge nicht in deren Verfügungsbereich gelangt sind. Nichts anderes kann für den Gesundheitsfonds gelten.

Die Festsetzung des Zwangsgeldes von bis zu 50.000 € für jede Zuwiderhandlung ist an keine weiteren Voraussetzungen geknüpft, während der Schadensersatz im Bereich der Monatsabrechnung Gesamtsozialversicherungsbeitrag von der schuldhaften Verletzung der nicht rechtzeitigen Weiterleitung abhängig ist. Als Verschuldensmaßstab kommen hier Vorsatz und Fahrlässigkeit Betracht. Auch insoweit kann für den Gesundheitsfonds nichts anderes gelten.

### **C Änderungsvorschlag**

#### **§ 252 Abs. 6 SGB V ist zu streichen.**

Hilfsweise ist § 252 Abs. 6 SGB V wie folgt zu fassen:

„(6) Stellt die Aufsichtsbehörde fest, dass eine Krankenkasse ... schuldhaft nicht, nicht vollständig, nicht richtig oder nicht fristgerecht abgibt, kann sie die Verpflichtung zur Behebung ... mit der Androhung eines Zwangsgeldes bis zu 50.000 Euro für jeden Fall der Zuwiderhandlung verbinden.“



## **Änderungsanträge 45 und 46 zu Artikel 1 Nummer 75 § 266 SGB V und zu Artikel 1 Nummer 75a . neu § 267 SGB V Regelungen zum RSA bis 2008**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

§ 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 Versichertengruppen nach § 267 Absatz 2 einschließlich der Altersabstände zwischen den Altersgruppen, auch abweichend von § 267 Absatz 2; hierzu gehört auch die Festlegung der Anforderungen an die Zulassung der Programme nach § 137g hinsichtlich des Verfahrens der Einschreibung der Versicherten einschließlich der Dauer der Teilnahme und des Verfahrens der Erhebung und Übermittlung der für die Durchführung der Programme erforderlichen personenbezogenen Daten.“

c) Absatz 10 wird aufgehoben.

§ 267 Absatz 11 wird aufgehoben

### **B Stellungnahme**

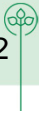
zu a) richtige Umsetzung einer Rechtsbereinigung (der Risikopool wurde 2008 letztmalig durchgeführt) – keine Änderung

zu b) entspricht der geplanten Änderung bez. DMP-Zulassung und Durchführung. Bewertung erfolgt durch VE. Aus RSA-Sicht – keine Änderung erforderlich.

zu c) Absatz 10 sollte u. E. nicht gestrichen werden, da er die Anwendung des § 266 SGB V a. F. für die Korrekturen des RSA nach altem Recht beschreibt. Korrekturen der RSA-Ausgleichszahlungen werden in den nächsten Jahren, zumindest aber bis zum Kalenderjahr 2015 durchgeführt. In Absatz 10 kann der Verweis auf den Jahresausgleich für das Berichtsjahr 2008 wie folgt gestrichen werden: Ersetzen der Worte „des Jahresausgleichs für das Berichtsjahr 2008 und für“ durch das Wort „von“.

### **C Änderungsvorschlag**

§ 266 Abs. 10 und § 267 Abs. 11 sollten nicht gestrichen werden, da sich die Regelungen im Zeitablauf aufgrund des noch bis 2014 laufenden Korrekturverfahrens nicht erledigt haben.



## **Änderungsantrag 49 zu Artikel 1 Nr. 80 § 295 SGB V - Abrechnung ambulanter ärztlicher Leistungen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Einführung einer bundeseinheitlichen Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen. Dazu sollen die Vertragspartner auf Bundesebene (GKV-Spitzenverband, PKV, DKG) bis zum 30.04.2012 eine Vereinbarung über eine bundeseinheitliche Leistungsbeschreibung inkl. eines Datenübermittlungsverfahrens schließen. Bei Nichteinigung der Vertragsparteien entscheidet die Schiedsstelle.

### **B Stellungnahme**

Die Regelung ist zu begrüßen. Damit der im neuen Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen verankerte Prüfauftrag (§ 17d Abs. 1 Satz 3 KHG) – Einbezug der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen – umgesetzt werden kann, ist es notwendig, dass diese Leistungen bundeseinheitlich dokumentiert werden. Grundlage sollte der bayerische Leistungskatalog sein, der in Teilen zu modifizieren ist.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## **Änderungsantrag 50 zu Artikel 1 Nr. 80a – neu § 299 SGB V - Datenerhebung, -verarbeitung und –nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

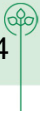
Die Regelungen für die Datenerhebung in Verbindung mit der gesetzlichen Qualitätssicherung werden den Erfordernissen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung angepasst.

### **B Stellungnahme**

Die Neuregelungen ermöglichen es dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Daten für die gesetzliche Qualitätssicherung in erweitertem Umfang zu erheben. Die bisher bestehenden Grundlagen im § 299 reichen für eine umfassende sektorenübergreifende Qualitätssicherung nicht aus. Eine Beibehaltung des Staus quo würde dazu führen, dass zahlreiche Daten redundant erfasst werden müssten und es würden entsprechende bürokratische Hemmnisse und erhebliche zusätzliche Kosten entstehen. Die Änderung des bestehenden § 299 ist mit Blick auf die Realisierung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zu begrüßen.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## **Änderungsantrag 52 zu Artikel 1 Nummer 83b - neu § 305b SGB V - Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse In Verbindung mit Änderungsantrag 59 zu Art. 12 Inkrafttreten**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Krankenkassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen veröffentlichen im Internet 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.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen veröffentlicht im Internet zum 1. September des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die ihm von den Krankenkassen zugeleiteten Jahresrechnungsergebnisse der einzelnen Krankenkassen in der Struktur der einzelnen gemeldeten Positionen.

Die Regelungen treten zum 1.1.2014 in Kraft.

### **B Stellungnahme**

Die Verbesserung der Transparenz für die Versicherten ist ein sinnvolles Ziel. Die angedachte Lösung, dazu die Jahresergebnisse zu veröffentlichen birgt aber Probleme. Denn mit der Veröffentlichung sämtlicher Positionen der Jahresrechnung jeder einzelnen Krankenkasse durch den GKV-SV besteht die Gefahr, dass Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern deutlich erschwert werden. Weiterhin behindern regelmäßige Änderungen der Bilanzierungsvorschriften in der GKV (z.B. die Zusammenlegungen zahlreicher Konten im Jahr 2011) die Bilanzstetigkeit. Für den Versicherten wird dadurch der Vergleich der Zahlen und Veränderungen zwischen zwei Geschäftsjahren unmöglich. Die Interpretation kann dann nur noch durch weiterführende Erläuterungen erfolgen. Derartige Informationen sind in der Datenlieferung des Jahresabschlusses, den der GKV-SV erhält, nicht enthalten.

### **C Änderungsvorschlag**

Die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse einzelner Krankenkassen sollte unter Beachtung der genannten Problemlage überdacht werden. Die Veröffentlichung von, für den Vergleich von Krankenkassen geeigneter Kennzahlen ist das sachgerechte und ausreichende Mittel zur Erhöhung der Transparenz für den Versicherten.



## **Änderungsantrag 54 zu Artikel 1 Nr. 84 § 321 SGB V - Übergangsregelung zur Weitergeltung der in der RSAV geregelten Anforderungen an DMP**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Solange der G-BA noch keine entsprechenden Richtlinien zu DMP erlassen hat, sollen die bisherigen Regelungen der RSAV weiter gelten.

### **B Stellungnahme**

Die Regelung ist sachgerecht.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## **Änderungsantrag 55 zu Artikel 2 Änderung des SGB IV - Nummer 2 § 77 Abs. 1a SGB IV - Prüfung der Jahresrechnung durch Wirtschaftsprüfer**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Jahresrechnung soll von einem Wirtschaftsprüfer oder einem vereidigten Buchprüfer geprüft und testiert werden.

### **B Stellungnahme**

Zeitliche Umsetzung: Bezüglich des Zeitpunktes des Inkrafttretens sieht der AOK-Bundesverband nachfolgende Probleme: Je nach Kassengröße können die Kosten für die Beauftragung eines Wirtschaftsprüfers oder eines vereidigten Buchprüfers den Schwellenwert der freihändigen Vergabe oder auch der europaweiten Ausschreibung überschreiten. Bis zu einem Auftragswert von 100.000 € (ab dem 01.01.2012 sogar nur 50.000 €) kann ein solcher Auftrag freihändig vergeben werden. Hierzu müssen drei Vergleichsangebote eingeholt werden. Ab einer Beauftragungssumme von 100.000 € bis 193.000 € muss national öffentlich in einem formalen Verfahren ausgeschrieben werden. Vergaben über 193.000 € verlangen sogar eine europaweite Ausschreibung.

Die Berechnung des Zeitbedarfes zur Umsetzung hängt maßgeblich davon ab, welchen Schwellenwert die beabsichtigte Vergabe erreicht. Bei einer freihändigen Vergabe bis 100.000 € (2012 50.000 €) sind die Auftraggeber an keine Fristen gebunden. Bei einer nationalen öffentlichen Ausschreibung müssen für die reine Ausschreibung (ohne Vorbereitung) ca. 1,5 bis 2 Monate eingeplant werden. Für eine europaweite Ausschreibung sollten ca. 3 bis 4 Monate veranschlagt werden. Bereits heute werden einige AOKs von Wirtschaftsprüfern geprüft. Die Kosten hierfür übersteigen aufgrund der Höhe der Bilanzsumme oder aufgrund der Kassengröße deutlich den Schwellenwert der öffentlichen Ausschreibung. Da die Prüfung einer Krankenkasse meist im März des Folgejahres beginnt, ist die Umsetzung der neuen gesetzlichen Regelung zur KJ1 2011 im Mai 2012 als sehr zeitkritisch anzusehen.

Externes Rotationsprinzip: Die gesetzliche Abschlussprüfung findet in der freien Wirtschaft ihre Grundlage in § 316 HGB. Demnach sind alle mittelgroßen und großen Kapitalgesellschaften verpflichtet, den Jahresabschluss durch einen Abschlussprüfer prüfen zu lassen. Abschlussprüfer können Wirtschaftsprüfer oder vereidigte Buchprüfer sein. Nach dem HGB gibt es derzeit keine gesetzliche Vorschrift die bestimmt, wie oft derselbe Wirtschaftsprüfer diese Prüfung vornehmen darf. Die Regelungen in der GKV sollten nicht strenger ausdefiniert werden als die Vorgaben des HGBs für mittelgroßen und großen Kapitalgesellschaften denn ein häufiger Wechsel würde sich in wiederholt hohen Einarbeitungskosten niederschlagen.

### **C Änderungsvorschlag**

Die vorgesehene Änderung des Absatzes 1b im § 77 SGB IV tritt ab 01.01.2013 in Kraft und gilt daher erstmalig für die KJ1 2012. Der letzte Satz zur Regelung der externen Rotation nach 5 Jahren entfällt.





## **Änderungsantrag 21 zu Artikel 4 Nummer 1a - neu - § 25 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI - Familienversicherung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Der Änderungs-/ Ergänzungsantrag befasst sich mit der Ergänzung der Verlängerungstatbestände nach § 25 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI der Familienversicherung in der Pflegeversicherung über das 25. Lebensjahr hinaus.

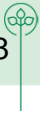
Die Gesetzesänderung erfolgt parallel zur Änderung des § 10 Abs. 2 Nr. 3 SGB V. Somit werden alle bekannten gesetzlich geregelt und abgeleisteten Freiwilligendienste, die die Schul- oder Berufsausbildung unterbrochen oder verzögert haben, bei einer möglichen Verlängerung über das vollendete Lebensjahr hinaus für maximal zwölf Monate berücksichtigt.

### **B Stellungnahme**

Die vorgeschlagene Gesetzesänderung soll zu einer Gleichbehandlung aller gesetzlich geregelten Freiwilligendienste führen. Sie erscheint sachgerecht und ist mit der Intention des Gesetzgebers verbunden, die Freiwilligendienste aufzuwerten.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## **Änderungsantrag 22 Zu Artikel 4 Nummer 2a - neu - § 60 SGB XI – Prüfung der Direktzahler für die Pflegeversicherungsbeiträge**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Prüfung der Beitragszahlung der sogenannten Direktzahler (Bundesagentur für Arbeit, zugelassene kommunale Träger, Künstlersozialkasse) durch das Bundesversicherungsamt soll neben der Prüfung der Krankenversicherungsbeiträge auch auf die Pflegeversicherungsbeiträge ausgeweitet werden.

### **B Stellungnahme**

Mit der beabsichtigten Neuregelung soll die Gesetzeslücke geschlossen werden, wo-nach das Bundesversicherungsamt mit Einführung des Gesundheitsfonds nur die Beitragszahlung der Krankenversicherungsbeiträge, nicht dagegen die Pflegeversicherungsbeiträge bei den sogenannten Direktzahlern zu prüfen hat.

Allerdings gilt hier das Gleiche, wie für die Regelung des § 251 Abs. 5 SGB V. Eine ausschließliche Prüfung der Beiträge bzw. Beitragszahlungen ohne Prüfung der Mitgliedszeiten macht aus unserer Sicht keinen Sinn. Hierzu wird auf die Stellungnahme zur beabsichtigten Neuregelung des § 251 Abs. 5 SGB V verwiesen.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## **Änderungsantrag 24 zu Artikel 6 Nr. 1a – neu - § 17 KHG - Entgeltbindung für allgemeine Krankenhausleistungen bei Ausgründung von Privatkliniken**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Für Privatkliniken, die mit einem Plankrankenhaus verbunden sind, sollen die gleichen Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen gelten wie für das dem Entgeltrecht unterliegenden Plankrankenhaus. Dadurch soll eine unzumutbare Belastung von Privatpatienten als Beitragszahler und von privaten Krankenversicherungsunternehmen sowie der Beihilfekostenträger vermieden werden.

### **B Stellungnahme**

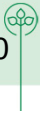
Im Krankenhausentgeltgesetz ist ein wesentlicher Grundsatz der Krankenhausvergütung in der Bundesrepublik Deutschland geregelt. So sind nach § 8 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG die Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen für alle Benutzer einheitlich zu berechnen. Die Entgelte dürfen nicht nach einzelnen Krankenkassen, Versicherten oder Personen differenziert werden und gelten auch für Privatpatienten.

Da nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs vom 31.04.2011 die mit Plankrankenhäusern verbundenen Privatkliniken nicht dem Entgeltrecht unterliegen, ist es konsequent, die geplante Regelung gesetzlich zu verankern.

In der Praxis erweisen sich Fälle problematisch, in denen durch die Ausgründung von Privatkliniken die gesetzlichen Krankenkassen teilweise durch „künstliche“ Mindererlöse belastet werden können. Krankenhäuser vereinbaren mit Krankenkassen jährlich Leistungsvolumina. Entwickeln sich die Leistungen während des Kalenderjahres abweichend von den vereinbarten Leistungen, werden mehr oder weniger Leistungen durch Mehr- oder Mindererlöse zu bestimmten Prozentsätzen anteilig ausgeglichen. Durch die Ausgründung von Privatkliniken erbringt das Plankrankenhaus weniger vereinbarte Leistungen und erhält von den gesetzlichen Krankenkassen eine Nachzahlung in Höhe von 20 % des Erlösausfalls. Obwohl die ausgegründete Privatklinik ohne Entgeltbindung zusätzliche Erlöse generiert. Diese Fälle treffen zu, wenn Plankrankenhäuser das für die Privatklinik auszugliedernde Leistungsvolumen nicht anzeigen.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## **Änderungsantrag 57 zu Artikel 11 RSAV - DMP: Folgeänderung in § 3 und Klarstellung in § 28d**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Anpassung bezieht sich auf die neuen Vorgaben für die Zulassung und Durchführung von DMP. Die bislang bestehende Vorgabe, dass dies in der RSAV geregelt wird, entfällt, so dass eine Anpassung der RSAV erforderlich ist.

### **B Stellungnahme**

Die Regelung ist sachgerecht. Der Wegfall der Arztunterschrift bei Ersteinschreibung ist zu begrüßen.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## **Änderungsantrag 58 zu 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**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

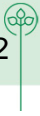
Es handelt sich um eine Folgeänderung, die den Prozess sicherstellt, dass das BMG bei vorzeitigem Ausscheiden von Stellvertretern des unparteiischen Vorsitzenden oder eines anderen unparteiischen Mitglieds, hierüber informiert wird.

### **B Stellungnahme**

Im Regelungsrahmen der beabsichtigten Neuregelung der Berufung der unparteiischen Mitglieder des G-BA schließt diese Regelung eine Lücke. Da die gesamten Änderungen in der Berufung der unparteiischen Mitglieder abgelehnt wird, weil diese in die Staatsmedizin führen, ist auch diese Folgeänderung nicht notwendig.

### **C Änderungsvorschlag**

Streichen von Art.11a neu



## Änderungsantrag 25 zu Artikel 11 b neu § 78 Abs. 1 AMG– Großhandelszuschlag

### A Beabsichtigte Neuregelung

Klarstellung, dass das Rabattverbot auf den Fixzuschlag der ab 1. Januar 2012 geltenden Großhandelsmarge für alle Vertriebsformen bei Ausübung der Großhandelsfunktion gegenüber Apotheken, die Arzneimittel zur Abgabe an Versicherte erhalten, gleichermaßen gilt, also auch im Direktvertrieb zwischen pharmazeutischem Hersteller und Apotheke oder bei Großhandelstätigkeiten von Apotheken.

### B Stellungnahme

Mit dem AMNOG wurde die Großhandelsvergütung umgestellt: Danach gilt anstelle eines degressiv gestaffelten prozentualen Zuschlages ab dem 1. Januar 2012 ein prozentualer plus Fixzuschlag (3,15 %, max. 37,80 €, auf den HAP plus 70 ct) analog zur Apothekenvergütung. Die Fixkomponente ist – entgegen der bisherigen Vergütung – nicht mehr rabattfähig. Diese Regelung wurde jedoch explizit nur für den pharmazeutischen Großhandel gültig gesetzt. Seitens des pharmazeutischen Großhandels wurde daher die Befürchtung geäußert, dass pharmazeutische Hersteller im Direktvertrieb weiterhin vollständig rabattieren dürfen. Mit der Gesetzesänderung wird nun klargestellt, dass unabhängig vom Vertriebsweg eine Rabattierung des Fixzuschlages der Großhandelsmarge nicht zulässig ist, soweit Arzneimittel in Ausübung der Großhandelsfunktion an Apotheken abgegeben werden, die die Arzneimittel zur Abgabe an den Verbraucher erhalten.

Diese Klarstellung ist grundsätzlich zu befürworten.

### C Änderungsvorschlag

Keiner



#### IV. WEITERER REGELUNGSBEDARF AUS SICHT DES AOK-BV

##### **§ 284 Abs. 1 Satz 1 SGB V**

##### **In Artikel 1 – Erweiterung des bestehenden § 284 Abs. 1 Satz 1 SGB V um eine Nr. 15 - Optimierung Fallmanagement – Klarstellung datenschutzrechtlicher Befugnisse**

###### **A Vorgeschlagene Neuregelung**

Um die Beseitigung datenschutzrechtlicher Hemmnisse im Fallmanagement sicherzustellen, wird eine Ergänzung des § 284 Absatz 1 Satz 1 SGB V um eine neue Nummer 15 vorgeschlagen.

###### **B Stellungnahme**

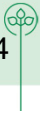
Im § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummern 1 bis 14 SGB V sind die Erfordernisse benannt, in denen Krankenkassen Sozialdaten für Zwecke der Krankenversicherung erheben und speichern dürfen. Eine wesentliche Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung besteht darin, auf den individuellen Versicherten zugeschnittene und am konkreten Behandlungsbedarf orientierte Unterstützungsleistungen zu bieten. Die in diesem Kontext generierten Fallmanagementmaßnahmen sollen eine sektoren- und leistungserbringerübergreifende Koordination ermöglichen. Wesentliches Merkmal des Fallmanagements ist somit, dass die Managementmaßnahmen konkret beim einzelnen Versicherten in seiner individuellen Bedarfssituation ansetzen. Insofern ergänzt das Fallmanagement das Systemmanagement, das sich nicht auf den individuellen Behandlungsfall bezieht, sondern vielmehr die Gesamtkoordination der an der Versorgung von Versicherten beteiligten Institutionen betrifft. An einem Beispiel wird das Fallmanagement kurz skizziert.

###### *Beispiel: Krankengeld-Fallmanagement*

Im Rahmen des Krankengeld-Fallmanagements gehen speziell ausgebildete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenkassen aktiv auf arbeitsunfähig erkrankte Versicherte zu. Gemeinsam mit den Versicherten werden unter Berücksichtigung ihrer individuellen Situation Unterstützungsmöglichkeiten abgestimmt. Die Hilfeleistungen reichen dabei beispielsweise von einem Terminmanagement (z. B. bei notwendigen fachärztlichen Konsultationen) über die Unterstützung bei der Einleitung von Rehabilitationsleistungen bis hin zur Koordination von Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung in Abstimmung mit dem Versicherten, seinen behandelnden Ärzten und seinem Arbeitgeber.

Das Krankengeld-Fallmanagement sorgt im Ergebnis dafür, dass die Arbeitsunfähigkeit schnell überwunden werden kann. Dies liegt sowohl im Interesse der betroffenen Versicherten als auch der Arbeitgeber und den Krankenkassen. Kundenzufriedenheits-, Qualitäts- und Kostensteuerrungsziele werden hier unmittelbar miteinander verknüpft.

Bestandteil eines zielgerichteten Fallmanagements ist es auch, dass den Krankenkassen die zur Erfüllung der Fallmanagementaktivitäten notwendige Entscheidungs- und Beurteilungskompetenz zugestanden wird. Die Entscheidungs- und Beurteilungskompetenz bei der Prüfung von medizinischen Tatbestandsvoraussetzungen für Leistungen sowie das Recht auf den Erhalt von Entlassungsberichten (Krankenhaus und Rehabilitation) und Arztberichten wird jedoch den Krankenkassen bereits seit längerer Zeit durch den Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) abgesprochen. Auch das Einholen von



Einwilligungserklärungen der Versicherten zur Übermittlung von Behandlungsdaten wird vom BfDI als Missachtung des (angeblichen) gesetzlichen Willens angesehen, wonach ausschließlich der Medizinische Dienst der Krankenversicherung zur Prüfung von medizinischen Sachverhalten berechtigt sei.

Bereits im März 2008 haben die Spitzenverbände der Krankenkassen dem BMG ein ausführliches datenschutzrechtliches Positionspapier übermittelt. In der Folge gab es zwar Anfang 2010 auf Einladung des BMG ein Gespräch mit dem GKV-Spitzenverband und einem Vertreter des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI). Allerdings sind keine Initiativen erkennbar, die in absehbarer Zeit zu einer grundlegenden Beseitigung der Defizite führen werden.

Insbesondere mit Blick auf die politischen Überlegungen, die Bewilligungsverfahren von Sozialversicherungsträgern zu verkürzen (hier: im geplanten Patientenrechtegesetz), ist für Krankenkassen eine Klarstellung in Bezug auf die Erhebung und Speicherung von Sozialdaten erforderlich.

Neben einer Vielzahl gesetzlicher Regelungen zu Grundvoraussetzungen der Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenbehandlung (hier: §§ 27 ff. SGB V) werden den Krankenkassen durch ständige Rechtsprechungen der Sozialgerichtsbarkeit darüber hinaus immer weitergehende Prüfpflichten zur Feststellung eines Leistungsanspruches des Versicherten auferlegt. So stellt die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der World Health Organization“ (ICF der WHO) beispielsweise bei der Bewilligung von Hilfsmitteln (hier: nach § 33 Absatz 1 Satz 1 SGB V) ein wesentliches Entscheidungskriterium dar.

Unter anderem auch daraus resultierend weist die Sozialgerichtsbarkeit auf die Notwendigkeit folgender, die Beurteilung von Sachverhalten stark unterstützender, Informationen in verwaltungs- und damit sozialgerichtlichen Verfahren hin:

- Ermittlung der vorhandenen Fähigkeitsbeschränkungen
- Auswirkungen der Fähigkeitsbeschränkungen auf den Alltag
- Nutzen des beanspruchten Hilfsmittels.

Erst das Vorliegen *dieser* Informationen im Beurteilungsprozess versetze die Krankenkassen und Gerichte in die Lage, eine sachgerechte Entscheidung hinsichtlich der Leistungsvoraussetzungen vorzunehmen. Es ist daher erforderlich, dass diese Informationen im Entscheidungsprozess der Krankenversicherung erhoben werden und damit auch eine mögliche Grundlage von notwendigen gerichtlichen Entscheidungen werden können.

### **C     Änderungsvorschlag**

In § 284 Absatz 1 Satz 1 SGB V wird folgende Nummer 15 angefügt:

*„die individuelle Beratung und Hilfestellung der Versicherten sowie Koordination bei der Erbringung von Leistungen“*





## Artikel 4 § 94 Abs. 1 SGB XI

### In Artikel 4 – Erweiterung des bestehenden § 94 Abs. 1 SGB XI um Nr. 12 - Optimierung Fallmanagement – Klarstellung datenschutzrechtlicher Befugnisse

#### A Vorgeschlagene Neuregelung

Um die Beseitigung datenschutzrechtlicher Hemmnisse im Fallmanagement sicherzustellen, wird eine Ergänzung des § 94 Absatz 1 SGB XI um eine neue Nummer 12 vorgeschlagen.

#### B Stellungnahme

Im § 94 Absatz 1 Nummern 1 bis 11 SGB XI sind die Erfordernisse benannt, in denen Pflegekassen personenbezogene Daten für Zwecke der Pflegeversicherung erheben, verarbeiten und nutzen dürfen.

Die Entscheidungs- und Beurteilungskompetenz bei der Prüfung von medizinischen Tatbestandsvoraussetzungen für Leistungen sowie das Recht auf den Erhalt von Entlassungsberichten (Krankenhaus und Rehabilitation) und Arztberichten wird jedoch den Pflegekassen bereits seit längerer Zeit durch den Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) abgesprochen. Auch das Einholen von Einwilligungserklärungen der Versicherten zur Übermittlung von Behandlungsdaten wird vom BfDI als Missachtung des (angeblichen) gesetzlichen Willens angesehen, wonach ausschließlich der Medizinische Dienst zur Prüfung von medizinischen Sachverhalten berechtigt sei.

Bereits im März 2008 haben die Spitzenverbände der Krankenkassen, gleichlautend handelnd als Spitzenverbände der Pflegekassen, dem BMG ein ausführliches datenschutzrechtliches Positionspapier übermittelt. In der Folge gab es zwar Anfang 2010 auf Einladung des BMG ein Gespräch mit dem GKV-Spitzenverband und einem Vertreter des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI). Allerdings sind keine Initiativen erkennbar, die in absehbarer Zeit zu einer grundlegenden Beseitigung der Defizite führen werden.

Insbesondere mit Blick auf die politischen Überlegungen, die Bewilligungsverfahren von Sozialversicherungsträgern zu verkürzen (hier: im geplanten Patientenrechtegesetz), ist eine Erweiterung der Legitimierung für Pflegekassen zur Erhebung und Speicherung von Sozialdaten erforderlich.

Neben einer Vielzahl gesetzlicher Regelungen zu Grundvoraussetzungen der Inanspruchnahme von Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung werden den Pflegekassen durch ständige Rechtsprechungen der Sozialgerichtsbarkeit darüber hinaus immer weitergehende Prüfpflichten zur Feststellung von Leistungsansprüchen auferlegt:

So sind beispielsweise Krankenkassen zur Versorgung von Versicherten mit Hilfsmitteln grundsätzlich unabhängig davon verpflichtet, ob sie in einer eigenen Wohnung oder in einem Pflegeheim leben. Dieser Grundsatz erfährt jedoch beim Versicherungsfall der vollstationären Pflegebedürftigkeit, also bei der vollstationären Pflege in einem Pflegeheim (§ 71 Absatz 2 SGB XI), eine Einschränkung: Die Pflicht der gesetzlichen Krankenversicherung zur Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln endet nach der Konzeption des SGB V und des SGB XI dort, wo bei vollstationärer Pflege die Pflicht des Heimträgers auf Versorgung der



Heimbewohner mit Hilfsmitteln einsetzt. Bei vollstationärer Pflege hat der Träger des Heimes für die im Rahmen des üblichen Pflegebetriebs notwendigen Hilfsmittel zu sorgen, weil er verpflichtet ist, die Pflegebedürftigen ausreichend und angemessen zu pflegen und sozial zu betreuen. Die Heime müssen das für die vollstationäre Pflege notwendige Inventar bereithalten. Die Abgrenzung der Leistungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenversicherung bei der Hilfsmittelversorgung in Pflegeheimen von der Vorhaltepflcht des Heimträgers hat danach zu erfolgen, ob noch eine Krankenbehandlung und ein Behinderungsausgleich im Sinne medizinischer Rehabilitation stattfindet oder aber ganz überwiegend die Pflege im Vordergrund steht, weil eine Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nicht mehr möglich ist.

Diese Grundsätze gelten auch für vollstationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe im Sinne des § 43a SGB XI. Zu beachten ist aber, dass diese Einrichtungen häufig überwiegend anderen Zwecken dienen und die Pflege nur am Rande mit durchführen, so dass es z.B. anhand der Vereinbarungen oder des Leistungsangebots der Einrichtung der Feststellung bedarf, ob das konkrete Hilfsmittel zur sächlichen Ausstattung der Einrichtung gehört.

Aus diesem Grunde kann die Abgrenzung der Leistungspflicht für notwendige Hilfsmittel nicht allgemeinverbindlich und rein produktspezifisch vorgenommen werden. Vielmehr ist in der Praxis jeder einzelne Versorgungsfall insbesondere auch unter Berücksichtigung der Einrichtungsstruktur und Bewohnerklientel (hier: Heranziehung des Pflegeprofils) individuell zu prüfen; ggf. auch stationsweise.

Mit der Ergänzung des § 94 Absatz 1 SGB XI um die Nummer 12 wird letztlich die vorgeschlagene neue Regelungen für die Gesetzliche Krankenversicherung (hier: § 284 Absatz 1 Satz 1 Nr. 15 SGB V) auch konsequent auf die Soziale Pflegeversicherung adaptiert.

## **C      Änderungsvorschlag**

In § 94 Absatz 1 SGB XI wird folgende Nummer 12 angefügt:

*„die individuelle Beratung und Hilfestellung der Versicherten sowie Koordination bei der Erbringung von Leistungen“*



#### **§ 4 Abs. 1 Nr. 28 Umsatzsteuergesetz (UStG)**

Umsatzsteuerbefreiung von Leistungen der Gemeinschaften der Sozialversicherungsträger an ihre Mitglieder

Sachverhalt:

Der Bundesrechnungshof ist im September 2010 in einem Prüfbericht zu freiwilligen Vereinigungen von Krankenkassen zu dem pessimistischen Ergebnis gekommen, dass Vereinigungen „Kostentreiber“ seien und „nicht immer zu leistungsfähigeren Einheiten“ führten. Als Fazit rät der BRH u.a. anstelle von Vereinigungen zu verstärkter Kooperation der Kassen untereinander.

Die Zusammenarbeit von Sozialleistungsträgern ist nach den §§ 86 ff. SGB X aus Gründen der Effizienzsteigerung und Kostensenkung ausdrücklich gewollt. Dies findet seinen Ausdruck insbesondere in Arbeitsgemeinschaften nach § 94 SGB X, die der staatlichen Aufsicht unterliegen. Die somit gewollte Kooperation von Sozialversicherungsträgern allgemein und Krankenkassen im Speziellen (vgl. § 219 SGB V) ist aber nur unzureichend steuerlich flankiert.

So sind zwar Umsätze der Sozialversicherungsträger selber sowie der dort genannten Sozialleistungsträger nach § 4 Nr. 15 Buchst. a) UStG untereinander umsatzsteuerfrei. Nicht steuerbefreit sind jedoch die Umsätze von Kooperationen und Gemeinschaften der Sozialversicherungsträger gegenüber ihren Mitgliedern. Die Steuerpflicht der Leistungen von Zusammenschlüssen der Sozialversicherungsträger führt somit zu einer 19 %-igen Verteuerung der steuerbefreiten Sozialversicherungsleistungen, da die Sozialversicherungsträger nicht zum Vorsteuerabzug berechtigt sind. Dies widerspricht der Zielrichtung des § 4 Nr. 15 UStG, Sozialleistungen nicht mit Umsatzsteuer zu belasten.

Dabei ermöglicht die EU-Mehrwertsteuersystemrichtlinie die Möglichkeit einer solchen Steuerbefreiung vor. In Art. 132 Abs. 1 Buchstabe f der MwSt-RL sind Dienstleistungen, die Zusammenschlüsse von steuerbefreiten Körperschaften an ihre Mitglieder zur Ausübung deren steuerbefreiter Tätigkeit erbringen, ihrerseits steuerbefreit, soweit lediglich eine Kostenerstattung durch die Mitglieder erfolgt, vorausgesetzt, dass die Steuerbefreiung nicht zu einer Wettbewerbsverzerrung führt.

Eine Gefahr der Wettbewerbsverzerrung, welche mit der Steuerbefreiung verbunden sein könnte, steht nicht zu befürchten. Bei steuerbefreiten Leistungen handelt es sich um solche, die typischerweise nur im Bereich der Sozialversicherungsträger erbracht werden und grundsätzlich nicht auf kommerzielle Anbieter übertragen werden können.

Um eine richtlinienkonforme Umsetzung zu gewährleisten, müsste eine Steuerbefreiung für Kooperationen von Sozialversicherungsträgern die Beschränkung vorsehen, dass das für die Leistung vereinbarte oder entrichtete Entgelt lediglich in einem Kostenersatz besteht.

#### **Vorschlag für eine Neuregelung**

§ 4 des Umsatzsteuergesetzes regelt Steuerbefreiungen bei bestimmten Lieferungen und Leistungen. Die Vorschrift wird um eine neue Nummer 28 ergänzt, in der Leistungen von Gemeinschaften der Sozialversicherungsträger an ihre Mitglieder erfasst sind. Die bisherige Nummer 28 wird zur Nummer 29.



## Änderung des Umsatzsteuergesetzes

Das Umsatzsteuergesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 21. Februar 2005 (BGBl. I S. 386), zuletzt geändert durch Artikel 8 des Gesetzes vom 16. Juli 2009 (BGBl. I S. 1959), wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe b und Nr. 2 Buchstabe b wird jeweils die Angabe „§ 4 Nr. 8 bis 27“ durch die Wörter „§ 4 Nr. 8 bis 28“ ersetzt.

2. § 4 wird wie folgt geändert:

Es wird eine neue Nummer 28 eingefügt:

„28. sonstige Leistungen von Gemeinschaften, deren Mitglieder weitestgehend steuerfreie Leistungen der in Nummer 15 bezeichneten Art erbringen, gegenüber ihren Mitgliedern, soweit diese sonstigen Leistungen für unmittelbare Zwecke der Ausführung von steuerfreien Leistungen der in Nummer 15 bezeichneten Art verwendet werden und die Gemeinschaft von ihren Mitgliedern lediglich die genaue Erstattung des jeweiligen Anteils an den gemeinsamen Kosten fordert. Die Voraussetzungen der Steuerbefreiung müssen vom Unternehmer nachgewiesen sein.“

Die bisherige Nummer 28 wird zur Nummer 29.

In Nummer 29 werden die Wörter „Nummern 8 bis 27“ durch die Wörter „Nummern 8 bis 28“ ersetzt.

3. In § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 Buchstabe a wird die Angabe „§ 4 Nr. 8 bis 27“ durch die Wörter „§ 4 Nr. 8 bis 28“ ersetzt.

4. In § 14 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 wird die Angabe „§ 4 Nr. 8 bis 28“ durch die Wörter „§ 4 Nr. 8 bis 29“ ersetzt.

## Begründung

(A) Allgemeiner Teil

(1) Problem und Ziel

Es wird eine Steuerbefreiung für Leistungen von Gemeinschaften der Sozialversicherungsträger eingefügt. Nach § 4 Nr. 15 Buchst. a) UStG sind Umsätze der Sozialversicherungsträger sowie der dort genannten Sozialleistungsträger untereinander zwar umsatzsteuerfrei, nicht jedoch die Umsätze von Zusammenschlüssen der Sozialversicherungsträger gegenüber ihren Mitgliedern. Die Steuerpflicht der Leistungen von Zusammenschlüssen der Sozialversicherungsträger führt zu einer Verteuerung der steuerbefreiten Sozialversicherungsleistungen, da die Sozialversicherungsträger nicht zum Vorsteuerabzug berechtigt sind. Dies widerspricht der Zielrichtung des § 4 Nr. 15 UStG, Sozialleistungen nicht mit Umsatzsteuer zu belasten.

Die Steuerbefreiung beruht auf Art. 132 Abs. 1 Buchstabe f der Mehrwertsteuersystemrichtlinie (RiL 2006/112/EG vom 28.12.2006, vormals Art. 13 Teil A Absatz 1 Buchstabe f der 6. EG-Richtlinie). Danach sind Dienstleistungen, die Zusammenschlüsse von steuerbe-



freien Körperschaften an ihre Mitglieder zur Ausübung deren steuerbefreier Tätigkeit erbringen, ihrerseits steuerbefreit, soweit lediglich eine Kostenerstattung durch die Mitglieder erfolgt, vorausgesetzt, dass die Steuerbefreiung nicht zu einer Wettbewerbsverzerrung führt. Bislang ist diese Vorschrift des Gemeinschaftsrechts lediglich partiell in nationales Recht umgesetzt worden. Die nunmehr für den Bereich der Sozialversicherungsträger vorgesehene Umsetzung trägt der zunehmenden Bedeutung von Kooperationen und Zusammenschlüssen der Sozialversicherungsträger Rechnung. Die Zusammenarbeit von Leistungsträgern wird aus Gründen der Effizienzsteigerung und Kostensenkung nach den §§ 86 ff. SGB X gefördert und findet ihren Ausdruck insbesondere in Arbeitsgemeinschaften nach § 94 SGB X, welche der staatlichen Aufsicht unterliegen.

Eine Gefahr der Wettbewerbsverzerrung, welche mit der Steuerbefreiung verbunden sein könnte, ist nicht ersichtlich. Bei steuerbefreiten Leistungen handelt es sich um solche, die typischerweise nur im Bereich der Sozialversicherungsträger erbracht werden und grundsätzlich nicht auf kommerzielle Anbieter übertragen werden können. So ist beispielsweise die Datenübertragung auf nicht öffentliche Stellen nach § 80 Abs. 5 SGB X streng reglementiert.

## (2) Alternativen

Keine

## (B) Besonderer Teil

### (1) Zu Nummer 1

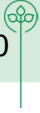
Redaktionelle Folgeänderung

### (2) Zu Nummer 2

Die Steuerbefreiung setzt voraus, dass die Leistung von einem Zusammenschluss von mindestens zwei der in § 4 Nr. 15 UStG genannten Sozialversicherungs- oder Sozialleistungsträger an eines oder mehrere Mitglieder bewirkt wird. Bei dem Mitglied muss es sich um einen Sozialversicherungs- bzw. Sozialleistungsträger im Sinne des § 4 Nr. 15 UStG handeln.

Die Steuerbefreiung setzt weiter voraus, dass die Leistung von dem Mitglied unmittelbar und ausschließlich zur Ausführung von steuerfreien Leistungen der in § 4 Nr. 15 UStG genannten Art verwendet wird. Erfasst werden danach Leistungen, welche die Mitglieder in die Lage versetzen, steuerbefreite Leistungen an andere Sozialversicherungs- bzw. Sozialleistungsträger oder an die Versicherten bzw. Sozialleistungsberechtigte zu erbringen. Die Steuerbefreiung kommt auch zum Tragen, wenn die Mitglieder die Leistungen der Gemeinschaft zum Zweck der Ausführung von nicht steuerbaren Leistungen verwendet. Dies ist insoweit von Bedeutung, als die in § 4 Nr. 15 UStG genannten Stellen als öffentlich-rechtliche Körperschaften Leistungen in Erfüllung der ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben erbringen und insoweit nicht steuerbare Umsätze ausführen.

Die Steuerbefreiung setzt des Weiteren voraus, dass das für die Leistung vereinbarte oder entrichtete Entgelt lediglich in einem Kostenersatz besteht. Die Zahlung von Gewinnaufschlägen steht daher der Steuerbefreiung entgegen.



Der Unternehmer (die Gemeinschaft) hat die Voraussetzungen der Steuerbefreiung nachzuweisen.

Zu Nummer 3

Redaktionelle Folgeänderung

Zu Nummer 4

Redaktionelle Folgeänderung



## Artikel 1 § 129a SGB V

### Notwendige gesetzliche Klarstellung für die Beschaffung von Sprechstundenbedarf

Bisher ist die Ausstattung der vertragsärztlichen Praxen mit Sprechstundenbedarf nicht ausdrücklich gesetzlich geregelt. Durch die Einführung der entsprechenden Anwendung kartellrechtlicher Vorschriften und die verpflichtende Anwendung des Vergaberechts im AMNOG ist für ein gemeinsames Handeln der Kassen eine ausdrückliche Rechtsgrundlage erforderlich. Sonst ergeben sich erhebliche Rechtsunsicherheiten für die sinnvolle und bewährte Zusammenarbeit der Kassen im Bereich des Sprechstundenbedarfs.

Der AOK-Bundesverband legt einen Vorschlag vor, mit dem das gemeinsame Agieren der Kassen vor Ort legitimiert wird und der sich an der gegenwärtigen und funktionsfähigen landesspezifischen Umsetzungspraxis orientiert.

### Vorschlag für eine Neuregelung

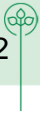
Nach § 129a SGB V wird folgender § 129b eingefügt:

#### § 129b Sprechstundenbedarf

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und die Kassenärztliche Vereinigung im Land vereinbaren zur Ausstattung vertragsärztlicher Praxen mit Sprechstundenbedarf ein Sachverzeichnis über die praxisbezogene Versorgung mit Sprechstundenbedarf, in dem die als Sprechstundenbedarf zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ordnungsfähigen Artikel oder Artikelgruppen aufgeführt werden. Nicht ins Sachverzeichnis aufzunehmen, ist der Teil des Sprechstundenbedarfs, über den zwischen den Vertragsparteien nach Satz 1 eine pauschale Vergütungsvereinbarung besteht. In der Vereinbarung ist vorzusehen, dass das Sachverzeichnis in angemessenen Zeitabständen angepasst wird. Im Sachverzeichnis ist zudem festzulegen für welche Artikel oder Artikelgruppen eine wirtschaftliche, qualitätsgesicherte und praxisnahe Versorgung im Wege der Ausschreibung sichergestellt werden kann. Die Vereinbarung ist Bestandteil der Gesamtverträge nach § 83; sie soll insbesondere Regelungen zum vertragsärztlichen Bezugsweg, zur Umsetzung des Wirtschaftlichkeitsgebots und zur Geltung für Versicherte, die an Selektivverträgen nach §§ 73b, 73c und 140a ff. teilnehmen, enthalten.

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam schließen mit Leistungserbringern oder zu diesem Zweck gebildeten Zusammenschlüssen der Leistungserbringer Verträge über die Versorgung mit Sprechstundenbedarf im Land. Verträge über Artikel oder Artikelgruppen nach Abs. 1 Satz 4 sind im Wege der Ausschreibung zu schließen.

(3) Gegenstand der Verträge nach Absatz 2 ist die Belieferung der Arztpraxen mit einer bestimmten Menge oder deren Versorgung für einen bestimmten Zeitraum mit einzelnen oder mehreren Artikeln oder Artikelgruppen des Sprechstundenbedarfs. Dabei können Abschläge auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmens und die Preis und Preisspannen der Apotheker vereinbart werden. Es sind insbesondere die Qualität der Artikel, die Belieferung, die Lieferzeiten und sonstige erforderliche Dienstleistungen sicherzustellen. Die Vereinbarung soll zudem die Art der Abrechnung regeln. Die Landesverbänden der Krankenkassen und die Ersatzkassen können zur Erfüllung ihrer Aufgaben Dritte mit der Durchführung der Abrechnung beauftragen; § 300 gilt entsprechend.



(4) Die Kassenärztliche Vereinigung im Land ist verpflichtet, die Vertragsärzte über den Inhalt der von den Krankenkassen gemeldeten Verträge innerhalb eines Monats nach Zugang der Meldung zu informieren. Soweit über Artikel oder Artikelgruppen keine Vereinbarungen nach Absatz 2 geschlossen sind, haben die Kassenärztliche Vereinigung zur Sicherung der wirtschaftlichen Verordnungsweise sowie die Krankenkassen und ihre Verbände die Vertragsärzte auch vergleichend über preisgünstige verordnungsfähigen Sprechstundenbedarf und Bezugsquellen, einschließlich der jeweiligen Preise und Entgelte zu informieren

(5) Die Unternehmen der privaten Krankenversicherung. beteiligen sich mit 10 v.H. an den Kosten des Sprechstundenbedarfs im jeweiligen Land gemessen an den Verträgen nach Absatz 2. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam schließen mit dem Verband der privaten Krankenkassen Vereinbarungen über die Abrechnung der von den privaten Krankenversicherungen zu erstattenden Kosten. Sofern die Vereinbarung nach Absatz 2 eine Anspruchsberechtigung anderer Behörden (z. B. Bundeswehr oder Polizei) zu Lasten der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen vorsieht, ist von diesen vor Abschluss der Vereinbarung nach Absatz 2 eine vertragliche Regelung zur Erstattung der dadurch entstehenden Aufwendungen zu treffen.

#### Begründung:

Die Regelung in § 129b stellt die bisher nicht ausdrücklich geregelten gesetzlichen Grundlagen der Ausstattung vertragsärztlicher Praxen mit Sprechstundenbedarf klar. Die Beschaffung des Sprechstundenbedarfs ist häufig nur gemeinsam durch alle Krankenkassen praktisch handhabbar, da die Bevorratung unterschiedlichen Sprechstundenbedarfs für einzelne Krankenkassen zu hohem Verwaltungsaufwand führen würde und für die Arztpraxen nicht zumutbar ist. Durch die Einführung der entsprechenden Anwendung kartellrechtlicher Vorschriften und die verpflichtende Anwendung des Vergaberechts ist eine Klarstellung geboten.

#### Zu Abs. 1:

Der Sprechstundenbedarf umfasst die für die Funktionsfähigkeit einer ärztlichen Praxis oder MVZ erforderlichen Vorrat an Arznei- und Hilfsmittel, soweit sie nicht im Rahmen des EBM vergütet werden. Nicht verordnungsfähig als Sprechstundenbedarf sind demnach Sachkosten die als selbständige Position im EBM aufgeführt werden, sowie Sachkosten und Praxisbedarf die mit der Berechnung einer EBM Ziffer bereits abgegolten sind (z.B. EBM Ziffer 1350). Die Begrenzung der Regelung auf den zu Lasten der GKV verordnungsfähigen Sprechstundenbedarf ist zum einen notwendig zur Abgrenzung gegenüber dem durch die ärztliche Vergütung abgegoltenen Sprechstundenbedarf, zum anderen wegen der Einbeziehung der PKV in die Finanzierung der jeweils gelisteten Artikel und Artikelgruppen.

Die sachliche Konkretisierung des Sprechstundenbedarfs obliegt den Vertragsparteien der Gesamtverträge nach § 83 SGB V. Nicht aufzuführen im Sachverzeichnis ist dabei Sprechstundenbedarf, für den zwischen den Vertragsparteien der Gesamtverträge eine pauschale Vergütung separat vereinbart worden ist. Gleiches gilt für die Festlegung des wirtschaftlichsten Beschaffungsweges durch die Krankenkassen; die Durchführung von Ausschreibungen dürfte in der Regel zweckmäßig sein, wenn dadurch eine qualitätsgesicherte und praxisnahe Versorgung gewährleistet werden kann. Die Vertragsparteien der Gesamtverträge vereinbaren zugleich Näheres über den Bezug des Arzneimittelbedarfs und sonstige Maßnahmen, die einer wirtschaftlichen Versorgung Rechnung tragen. Hierzu können z. B. neben kassenseitigen Genehmigungsvorbehalten die Vereinbarungen zählen, die – je nach konkreter Beschaffenheit und Bedeutung eines Bedarfsartikels – einen durch die Krankenkasse vermittelten Sachbezug durch eine pauschalierte Abgeltung ersetzen. Nach § 73b Abs. 1 unterliegen die Krankenkassen der Pflicht, ihren Versicherten eine selektivvertragliche hausarztzentrierte Versorgung anzubieten. Eine Trennung des gemeinsam zu vereinbarenden Sprechstunden-





bedarfs nach § 129b von selektivvertraglichem Sprechstundenbedarf ist nur insoweit sachgerecht, als einzelne Selektivverträge eine abweichende Versorgung mit Sprechstundenbedarf erfordern oder vorsehen. In der Vereinbarung nach § 129b soll daher die Einbeziehung oder Ausgrenzung der selektivvertraglichen Modelle – je nach deren jeweiliger konkreter Ausgestaltung – versichertenbezogen geregelt werden können. Ein gemeinsamer Sprechstundenbedarf vermindert den Bürokratieaufwand in den Arztpraxen und die Gefahr der Kostenzuordnung auf nicht zuständige Kostenträger.

Zu Abs. 2 und 3:

Die Beschaffung von Sprechstundenbedarf erfolgt vor dem Hintergrund des Gebots der Zusammenarbeit und des Wirtschaftlichkeitsgebots kassenartenübergreifend, soweit nicht die Bevorratung aufgrund einer pauschalierten Sachkostenvergütung durch die Vertragsärzte selbst erfolgt. Dadurch wird zudem Bürokratieaufwand und in den Arztpraxen Mehrfachbevorratung vermieden. Die Verträge nach Absatz 2 sind unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots und des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität (§§ 70, 71 SGB V) zu schließen. Sofern die Verträge durch Ausschreibung zustande kommen, ist die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots sichergestellt und der Preiswettbewerb unter den Leistungserbringern bzw. deren Zusammenschlüssen wird gefördert. Im Übrigen soll durch die Vereinbarung von Rabatten auf die Arzneimittelpreise nach der Arzneimittelpreisverordnung dem Wirtschaftlichkeitsgebot Rechnung getragen werden (Absatz 3 Satz 2). Die Apothekenrechenzentren sind verpflichtet, nach Maßgabe des § 300 die zu Abrechnungszwecken notwendigen Daten zu übermitteln. Die Krankenkassen können Dritte mit der Abrechnung beauftragen.

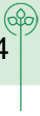
Zu Abs. 4:

Gegenüber den Vertragsärzten ist eine frühzeitige und hinreichende Transparenz über die Bezugsquellen und -wege des Sprechstundenbedarfs sicherzustellen. Hierzu haben die

Kassenärztlichen Vereinigungen die Vertragsärzte in geeigneter Weise über die ihnen von den Krankenkassen gemeldeten Verträge zeitnah, spätestens mit Ablauf eines Monats nach der Meldung, zu informieren. Für die Fälle, in denen keine Vereinbarung besteht, haben die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen über die wirtschaftliche Versorgung vergleichbar wie in § 73 Absatz 8 zu informieren, damit die Vertragsärzte Anhaltspunkte für eine wirtschaftliche Versorgung haben und nicht Gefahr laufen, im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung regressiert zu werden.

Zu Abs. 5:

Aus Praktikabilitätsgründen sowie zur Vermeidung von bürokratischem Aufwand verwenden Vertragsärzte Sprechstundenbedarf auch zur Versorgung von privat-versicherten Patienten. Zudem werden oftmals Vereinbarungen abgeschlossen, die eine Bezugsberechtigung zu Gunsten anderer Behörden vorsieht, wie z. B. Bundeswehr oder Polizei. Für diese Fälle ist eine entsprechende Kostenerstattung zu Gunsten der Krankenkassen sachgerecht. Um eine verwaltungsaufwändige Kostenermittlung zu vermeiden, bestimmt sich der Erstattungsanteil der privaten Krankenversicherung nach dem Versichertenanteil an der Bevölkerung. Mit Behörden haben die Krankenkassen Vereinbarungen abzuschließen, die eine angemessene Erstattung vorsehen; auch hier sind pauschalierte Abrechnungsverfahren sachgerecht.



## Ergänzung der Vorgaben für Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung der Krankenhausbehandlung (§ 113 SGB V)

Der AOK-Bundesverband schlägt eine Ergänzung bzw. Änderung des bestehenden § 113 Absatz 4 SGB V vor, um die Schnittstelle zwischen Krankenhaus und weiterbehandelndem Arzt zu optimieren und – insbesondere nach AMNOG – Therapieabbrüche und Unwirtschaftlichkeit zu vermeiden.

Mit dem GKV-WSG wurde der § 113 zuletzt ergänzt. Die Regelungen waren Teil des gesetzgeberisch gewünschten wirtschaftlichen Umgangs mit Arzneimitteln in Einrichtungen am Krankenhaus, die auch im ambulanten Bereich entsprechende Folgewirkungen entfalten.

Das fehlen von Regelungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Hochschulambulanzen und Einrichtungen nach §116b führt - insbesondere nach dem AMNOG - dazu, dass Therapieabbrüche wegen Bedenken des nachverordnenden Vertragsarztes in Bezug auf § 73 Abs. 8, § 84 und §130b SGB V erfolgen.

Durch die Neufassung des §113 SGB V mit dem GKV WSG ist es mittlerweile gelungen, mit Psychiatrischen Institutsambulanzen und sozialpädiatrischen Zentren sachgerechte Regelungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung zu vereinbaren. Hochschulambulanzen und Einrichtungen nach §116b verweigern sich jedoch bis heute solchen Regelungen. Insbesondere dort werden aber hochpreisige Arzneimittel eingesetzt und eine Steuerungsfunktion ist notwendig. Ein Beispiel ist Interferon 1 $\beta$ , das (identische) Produkt ist von zwei Anbietern im Markt, wird im selben Bioreaktor hergestellt und hat dennoch ca. 30% Preisdifferenz. Trotzdem beträgt der Marktanteil des teureren Anbieters in Einrichtungen nach §116b nahezu 100%.

Außerdem müssen die Regelungen nach §130b in Zukunft auch am Krankenhaus Beachtung finden. Wenn zum Beispiel die Patientenpopulation eines neuen Arzneimittels, für die ein Zusatznutzen besteht, durch die frühe Nutzenbewertung enger gefasst wird als in der Zulassung des Arzneimittels, können in den o.g. Einrichtungen dennoch alle Patienten damit (an)behandelt werden. Die Therapieabbrüche bzw. Umstellungen bei Rückkehr in den ambulanten Bereich folgen dann auf dem Fuße.

Die Ergänzung eines Satz 2 im §113 Abs. 4 ist daher erforderlich, damit das Krankenhaus überhaupt Kenntnis davon erhält, welche Arzneimittel in der vertragsärztlichen Versorgung zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Es existieren bereits Arzneimittelmodule für Klinikinformationssysteme, die den Anforderungen an § 73 Abs. 8 SGB V erfüllen, diese werden nur mangels Verpflichtung nicht eingesetzt. Diese Systeme können effektiv über Zielvereinbarungen im Rahmen von § 84 SGB V und über Regelungen nach § 92 SGB V informieren. Außerdem ist bereits in den § 130b und c durch das AMNOG vorgesehen worden, dass die Software nach § 73 Abs. 8 entsprechende Informationen nach § 130c enthalten muss. Diese Informationen müssen auch den Krankenhäusern zur Verfügung stehen, um die Weiterbehandlung mit Arzneimitteln sicherzustellen, die ggf. erst mit Einschränkungen durch Verträge nach § 130 b und c SGB V zweckmäßig und wirtschaftlich werden.

Vorschlag für Neuregelung



§ 113 Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

(4) Die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung durch Einrichtungen nach §116b, Hochschulambulanzen (§117), psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118) und sozialpädiatrische Zentren (§ 119) werden von den Krankenkassen in entsprechender Anwendung der nach § 106a, § 106 Abs. 2 und 3 und § 136 geltenden Regelungen geprüft. Die genannten Einrichtungen sind verpflichtet, zur Verordnung von Arzneimitteln Programme nach § 73 Absatz 8 Satz 7 einzusetzen.



## **V. Zu den Anträgen der Fraktionen Bündnis 90/Die Grünen und Die Linke**

**Antrag der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, Maria Klein-Schmeinck, Elisabeth Scharfenberg, Katrin Göring-Eckardt, Sven-Christian Kindler, Fritz Kuhn, Makus Kurth, Brigitte Pothmer und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

### **Wirksame Strukturreformen für eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung auf den Weg bringen**

#### **Antrag**

Der Antrag stellt auf der Grundlage einer umfassenden Charakterisierung der gesundheitspolitischen Herausforderungen des deutschen Gesundheitswesens fünf zentrale Reformfelder in den Mittelpunkt und fordert die Bundesregierung auf, dazu einen Entwurf vorzulegen, der die in dem Antrag postulierten und begründeten Ziele erfüllt. Dabei geht es um

1. eine sachgerechte, sektorübergreifende Versorgungsplanung, die auf wissenschaftlich begründeter Basis ausgehend von Beschlüssen des G-BA in den Versorgungsstufen der primärärztlichen, fachärztlichen und spezialärztlichen Versorgung auf Landesebene vereinbarte Versorgungsziele erreichbar macht.
2. eine Aufwertung der Primärversorgung, die vor allem eine patientenzentrierte, notwendigerweise teamorientierte Versorgung ermöglicht und dabei perspektivisch kontaktunabhängige Vergütungen mit „pay for performance“ vorsieht.
3. eine allein aufgrund der Herausforderungen der demographischen Entwicklung zu verbessernde Arbeitsteilung und Kooperation der Gesundheitsberufe, die nicht nur eine Delegation ärztlicher Leistungen rechtssicher ausgestaltet, sondern auch die dauerhafte Substitution ärztlicher Leistungen über modellhafte Erprobungen anstrebt und realisiert.
4. die schlüssige Integration und Vernetzung von Versorgungsformen, bei denen regional sektorübergreifende Formen der Vollversorgung im Mittelpunkt stehen und von Innovationsfonds der gesetzlichen und privaten Krankenkassen gestützt werden. Darüber hinaus wird die Vielfalt der Trägerschaften von MVZ angestrebt, bei denen auch nichtärztliche Heilberufe und Verbände Verantwortung übernehmen können.
5. Anreize gegen die verbreitete Über-, Unter- und Fehlversorgung, bei der die Antragsteller abschließend der Überzeugung Ausdruck geben, dass ein solidarisch finanziertes Gesundheitswesen ohne Steuerung nicht funktionieren könne.

#### **Stellungnahme**



Der AOK-Bundesverband betrachtet die fünf zentralen Postulate des Antrages nicht als hierarchisch, so dass die Forderung Nr. 5 nach der Steuerbarkeit im Rahmen einer solidarischen Finanzierung nicht isoliert stehen kann. Wird dies beachtet, ist die unter Nr. 1 geforderte sektorübergreifende Versorgungsplanung daraufhin zu überprüfen, ob Vorgaben des G-BA dazu tatsächlich als „Mindestvorgaben“ einzuführen sind, die von den Beteiligten auf Landesebene übertroffen werden können bzw. sollen. Denn die Finanzierung über einen bundesweiten Gesundheitsfonds, von dem der Antrag nicht abrückt, steht nach Auffassung des AOK-Bundesverbandes in einem offenen Widerspruch zu jedem quantitativen Versorgungswettbewerb der Länder. Es kann nicht sein, dass sich die Beteiligten auf Länderebene (zumal ohne die Krankenkassen) in der Versorgungsplanung quantitativ übertreffen, um die Kosten dafür dem Beitrags- bzw. Steuerzahler in Rechnung zu stellen. Vielmehr müssen Kriterien wie Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Leistungsangeboten einen bundesweit geltenden Rahmen darstellen. Der Wettbewerb wird sich dann auf die bestmögliche Qualität der Versorgung zu richten zu haben. Dazu gehören auch Patientenzentrierung, Kooperation und Ergebnisorientierung.

Von daher sieht der AOK-Bundesverband die Notwendigkeit, die Krankenkassen in ihren Funktionen auf allen Zielebenen des Antrages – beginnend mit der Versorgungsplanung - einzubeziehen. Dies gilt für die Überlegungen über die Bedarfsplanung hinaus. Die in dem Antrag vorgeschlagene Primärversorgung mit im Wesentlichen kontaktunabhängigen Vergütungen steht etwa in der Gefahr, an Leistungsorientierung zu verlieren. Daran ändert auch ein Element „pay for performance“, zu dem international noch keine sonderlich überzeugenden Erfahrungen bestehen, nicht allzu viel. Wollte man in solch einem kontaktunabhängig ausgestalteten Vergütungssystem für die notwendigen Versorgungsanreize sorgen, müsste es als klassisches Primärversorgungssystem mit Einschreibung der Versicherten beim Hausarzt ausgestaltet werden. Hier verliert der Hausarzt Einschreibungen, wenn er eine versorgungsgerechte Leistungsintensität unterscheidet. Eine solche Position wird aber von dem Antrag nicht bezogen.

Die Positionierung zu Modellvorhaben für die Substitution ärztlicher Leistungen wird vollumfänglich begrüßt. Der AOK-Bundesverband stimmt darin überein, dass dies die Produktivität ärztlicher Leistungen erhöhte, die Versorgungskapazität in der notwendigen Weise sicherte und die Berufszufriedenheit und –Verweildauer nichtärztlicher Berufe steigerte, ohne auch nur im Mindesten die Qualität der Versorgung zu beeinträchtigen. Im Gegenteil, werden standardisierbare Maßnahmen nach Feststehen der Diagnose und des Therapieplans von nichtärztlichen Heilberufen selbständig ausgeführt, wird dies die Zuverlässigkeit und Professionalität der Versorgung verbessern.

Integration und Vernetzung sind auch aus Sicht des AOK-Bundesverbandes wichtige Ziele. Fraglich ist, ob es reicht, die Trägerschaft von MVZ den Berufen nach zu pluralisieren. MVZ, die nicht auch einen integrativen Versorgungsauftrag formulieren und ausgestalten, sondern in erster Linie seriell Leistungen in höherer Zahl produzieren, wie sie auch Einzelpraxen anbieten, erreichen nur einen Teil des erhofften Potentials. Ebenso sollte überlegt werden, wie der Management- und Kapitalbedarf ambulant gesichert werden kann, um mit den stationären Einrichtungen, die in hoher Zahl ambulant diversifizieren, konkurrieren zu können. Die von der Koalition gemutmaßte Ungeeignetheit bestimmter Rechtsformen scheint in diesem Zusammenhang voluntaristisch und ist bereits von juristischer Seite kritisiert. Die politische Kritik steht aus.

Somit reicht das Schließen von Arztsitzen in überversorgten Gebieten als Strukturmaßnahme neben der Ermöglichung von MVZ bei weitem nicht aus. Aufgeworfen ist in der breiten politischen Ausrichtung des Antrages sicherlich auch die Frage einer sinnvollen Wettbe-



werbsordnung für die Versorgung unter Einbezug der vertraglichen Möglichkeiten der Krankenkassen. Dass sie – wie in dem Antrag – zuvörderst Beitragsgelder für Innovationsfonds bereitstellen lässt ihren aktiven Beitrag von dieser Seite noch nicht ausreichend erkennen und sollte Anlass für Diskussionen sein.

**Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Agnes Alpers, Karin Binder, Roland Claus, Dr. Rosemarie Hein, Dr. Gesine Löttsch, Jens Petermann, Ingrid Remmers, Dr. Ilja Seifert, Kathrin Senger-Schäfer, Dr. Petra Sitte, Kersten Steinke, Sabine Stüber, Dr. Kirsten Tackmann, Kathrin Vogler, Harald Weinberg**

**und der Fraktion DIE LINKE.**

### **Wirksamere Bedarfsplanung zur Sicherung einer wohnortnahen und bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung**

Der Antrag gliedert sich in zwei Teile, von denen der erste eine Bestandsaufnahme zum Thema Bedarfsplanung in der medizinischen Versorgung skizziert. Die Fraktion DIE LINKE bittet den Deutschen Bundestag in diesem Kontext festzustellen, dass die Abwesenheit einer sektorübergreifenden Bedarfsplanung sowie die Fortschreibung von Verhältniszahlen in der Bedarfsplanung, die Anfang der 90er Jahre fixiert wurden, keine sachgerechten Lösungsansätze mehr darstellen. Der Antrag kritisiert die Größe der Planungsbezirke und vertritt die Auffassung, dass medizinische Fachberufe zu sehr mit „fachfremden“ Tätigkeiten betraut seien. Darüber hinaus wird ausgeführt, dass die vertragsärztliche Bedarfsplanung an sich zwingend weiterzuentwickeln sei.

Im zweiten Teil des Antrages wird die Bundesregierung aufgefordert, ein Gesetz vorzulegen, dass folgende Elemente enthält:

- Umfassende Bedarfsplanung für alle Bereiche der gesundheitlichen Versorgung
- Ermittlung des Bedarfs an gesundheitlicher Versorgung auf fundierter, evidenter Basis
- Kleinräumige Organisation der Bedarfsplanung
- Erhöhung der Mobilität sowohl von Leistungserbringern und von Versicherten in dünn besiedelten.
- Delegation und Substitution ärztlicher Tätigkeit
- Verstärkte Möglichkeit von Angestelltenverhältnissen für alle Gesundheitsberufe
- Aufhebung von Automatismen zu Ausweitung und Zementierung ambulanter ärztlicher Versorgung

Der Antrag der Fraktion DIE LINKE greift politisch in allgemeiner Form die aktuelle gesundheitspolitische Diskussion auf und postuliert Forderungen, die – mit Ausnahme der kleinräumigen Bedarfsplanung – von der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt und dem AOK-Bundesverband im besonderen auf der Zielebene geteilt werden. Eine weitere Operationalisierung der Themen, die sicherlich Diskussionsanlass geben würde, wird an dieser Stelle von der Fraktion nicht unternommen.