

**Deutscher Bundestag**  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**18(14)0091(3)**  
gel. VB zur öAnhörung am 25.03.  
15\_GKV-VSG  
17.03.2015



# **Stellungnahme des IKK e.V. zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung**

**GKV-Versorgungsstärkungsgesetz  
(GKV-VSG)**

**Stand 17.03.2015**

**IKK e.V.**  
Hegelplatz 1  
10117 Berlin  
030/202491-0  
info@ikkev.de

## Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen .....	3
§§ 11, 53, 73a und 73c, 140a ff, 284, 295, 295a, 305, 305a SGB V: Neuordnung Selektivverträge .....	7
§ 27b (neu), 73 SGB V: Zweitmeinung.....	9
§§ 39, 112, 115 SGB V: Stärkung Entlassmanagement .....	13
§ 40 SGB V: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation .....	15
§ 44 Absatz 4 SGB V: Krankengeld .....	16
§ 46 SGB V: Krankengeld .....	19
§ 71 SGB V: Vorlagepflicht Selektivverträge .....	21
§ 73b SGB V: Hausarztzentrierte Versorgung .....	23
§§ 75, 76 SGB V: Terminservicestellen .....	26
§ 87a SGB V: Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten .....	28
§§ 92a (neu), 92b (neu), 221, 270, 271 SGB V: Innovationsfonds.....	31
§§ 95, 101, 103; 116a SGB V: Flächendeckende Versorgung sicherstellen.....	35
§ 116b Absatz 8: Ambulante spezialfachärztliche Versorgung .....	40
§ 117: Hochschulambulanzen .....	42
§ 120: Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen .....	44
§ 134a SGB V: Versorgung mit Hebammenhilfe .....	45
§§ 137c, 137h (neu) SGB V: Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus .....	47
§§ 275, 278, 279 SGB V: Medizinischer Dienst der Krankenversicherung .....	49
Ergänzender Regelungsbedarf .....	55

## **Grundsätzliche Anmerkungen**

Der vorliegende Referentenentwurf zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz enthält eine Vielzahl versorgungsbezogener Regelungen, mit denen die betreffenden Angaben im Koalitionsvertrag Schritt für Schritt umgesetzt werden. Das SGB V wird an vielen Stellen nachjustiert, erweitert, umgestellt, aktueller Rechtsprechung angepasst, verbessert und aber auch verschlechtert. Es ist ein gemischtes Fazit, das die Innungskrankenkassen ziehen. Viele richtige Ansätze finden sich in dem Entwurf, doch die Umsetzung geht oft fehl oder setzt die falschen Akzente. Von der noch vor einigen Jahren vorherrschenden Haltung, den Akteuren und den ihnen innewohnenden Innovationspotenzialen mehr Spielraum zur Versorgungsgestaltung zu geben, wird mehr und mehr Abstand genommen. Nun ist es der Staat, der in die Versorgung steuernd eingreifen möchte. Warum erhält die Bundesregierung drei Stimmen im Innovationsausschuss? Warum wählen die obersten Landesbehörden die Vertreter der „Dritten Bank“ in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung aus? Warum soll der Innovationsfonds beim Bundesversicherungsamt und nicht bei einem Selbstverwaltungsorgan administriert werden? Warum erhalten die Aufsichten der Krankenkassen unverhältnismäßige Sanktionsmöglichkeiten gegen Krankenkassen, deren Selektivverträge beanstandet werden? Klar ist, dass dort, wo Selbstverwaltung versagt, staatlich gegengesteuert werden muss. Hier mag die Lösung der Wartezeitenproblematik ein gutes Beispiel sein. Doch es sollte die Ausnahme bleiben, denn fraglich ist, ob staatliche Steuerung grundsätzlich zu besseren Ergebnissen kommt.

Diese Stellungnahme bezieht sich nur auf ausgewählte Regelungsinhalte des Gesetzesentwurfs. An dieser Stelle fassen wir die wichtigsten Bewertungen zusammen:

### *Finanzwirkungen*

Für die bereits jetzt bezifferbaren Finanzwirkungen des Gesetzesentwurfs ist mit Mehrkosten für die GKV in Höhe von 905 Mio. Euro p. a. zu rechnen. Davon werden 500 Mio. Euro und damit mehr als die Hälfte dieser Kosten keine feststellbare Verbesserung der Versorgung mit sich bringen, weil sie allein für die nicht notwendige einseitige, und damit nicht kostenneutrale Konvergenz der ambulanten Honorierung verwandt werden sollen. Die Bundesregierung hat sich offenbar nur ein Jahr nach Verabschiedung des Koalitionsvertrages von der darin angekündigten umsichtigen Ausgabenpolitik verabschiedet. Stattdessen werden unbegründete Honorarforderungen einzelner KVen bedient.

Die Innungskrankenkassen sind von diesen ungerechtfertigten Mehrausgaben durch ihre Regionalstruktur und ihre starke Verankerung in den neuen Bundesländern in be-

sonderem Maße betroffen. Die beabsichtigte Konvergenz bedeutet für die Innungskrankenkassen insgesamt eine dauerhafte Belastung von 0,06 Beitragssatzpunkten pro Jahr, die regional vor allem in Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt noch einmal deutlich höher liegen werden. Die daraus resultierenden Beitragssatzerhöhungen haben erhebliche Verzerrungen im Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zur Folge.

### *Zweitmeinung*

Entscheidend für die Innungskrankenkassen ist, dass neben dem in § 27b geregelten Anspruch auf Zweitmeinung die Möglichkeit für die einzelnen Krankenkassen bestehen bleibt, kassenindividuelle Zweitmeinungsverfahren im Rahmen von Satzungsleistungen oder Selektivverträgen fortzuführen bzw. neue Zweitmeinungsverfahren außerhalb der Regelungen nach § 27b auch interdisziplinär anzubieten. Dies wurde nunmehr mit dem Gesetzentwurf klargestellt.

Krankenkassen, die Zweitmeinungsverfahren bereits heute anbieten oder ein solches Angebot planen, müssen hohe Hürden überwinden. Die Einführung kassenindividueller Modellprojekte sollte aber vielmehr erleichtert werden. Dabei sollten neben dem Arzt auch weitere Leistungserbringer (Physiotherapeuten, Psychotherapeuten etc.) bei komplexen Krankheitsbildern, als Zweitmeinende hinzugezogen werden, um die Qualität der Zweitmeinung zu erhöhen.

### *Beratung beim Krankengeld*

Die Aufnahme einer Regelung, den Versicherten mit einem Rechtsanspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung gegenüber der Krankenkasse im Zusammenhang mit der Leistung Krankengeld auszustatten, wird im Grundsatz begrüßt. Mit ihr erkennt der Gesetzgeber das unterstützende Fallmanagement der Krankenkassen als sinnvoll und notwendig an. Die beabsichtigte Neuregelung setzt allerdings für das unterstützende Fallmanagement eine Einwilligung und vorherige Information des Versicherten voraus. Dieses Erfordernis kann dahingehend interpretiert werden, dass zukünftig für jegliche Aktivitäten der Krankenkasse im Zusammenhang mit Arbeitsunfähigkeit und Krankengeldbezug vom Versicherten eine Zustimmung eingeholt werden muss. Dies kann nicht das Ziel der Regelung sein.

### *Vorlagepflicht von Selektivverträgen*

Wenngleich der Entfall der Vorlagepflicht von Selektivverträgen begrüßt wird, so lehnen die Innungskrankenkassen die neuen Sanktionsmechanismen ab. Sie sind unverhältnismäßig und gehen über den Grundsatz einer maßvollen Ausübung der Aufsicht weit hinaus. Die bestehenden Rechte zum Aufsichtshandeln reichen aus, um Rechtsverletzungen zu beheben.

### *Innovationsfonds*

Die Einrichtung eines Innovationsfonds zur Förderung innovativer, sektorenübergreifender Versorgungsformen ist ein begrüßenswertes Unterfangen. Die mit diesem Gesetz vorgesehene Umsetzung ist allerdings abzulehnen und bedarf weitreichender Änderungen. Es ist nicht nachvollziehbar, dass die Krankenkassen als Anbieter von Selektivverträgen keine tragende Rolle in der Entscheidung über die Mittelverwendung erhalten. Ihre Rolle ist auch bei der Festlegung der Förderschwerpunkte und Mittelverwendung sehr begrenzt. Stattdessen erhält die Bundesregierung direkten Einfluss auf die Mittelverwendung, was mit dem Selbstverwaltungsgedanken unvereinbar ist.

Im Hinblick auf die Finanzierung sind die Innungskrankenkassen der Meinung, dass die Mittel für den Innovationsfonds (300 Mio. Euro) nur einmalig gezahlt werden sollten. Die jährliche Finanzierung wird abgelehnt. Die Verwaltung des Innovationsfonds als Sondervermögen beim Bundesversicherungsamt (BVA) ist sachfremd. Durch die Einrichtung des Sondervermögens beim BVA und dessen Verwaltung entsteht ein zusätzlicher finanzieller Mehraufwand, dem keinerlei zusätzlicher Nutzen gegenüber den etablierten Verfahren der Umlagefinanzierung und -administrierung durch die GKV selbst gegenübersteht. Vielmehr ist die Gefahr der Zweckentfremdung dauerhaft erhöht. Da die Aufbringung der Mittel des Innovationsfonds allein durch die GKV erfolgt, sollte dem GKV-Spitzenverband die Verwaltung der Mittel obliegen.

### *Medizinischer Dienst der Krankenversicherung*

Der Ausschluss hauptamtlicher Kassenmitarbeiter aus den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) wird vom IKK e.V. ausdrücklich begrüßt. Allerdings sollte gesetzlich eine ausschließliche Besetzung durch Mitglieder der Selbstverwaltung vorgesehen werden. Auf diesem Wege würden die gewählten Vertreter in den Verwaltungsräten der MDK analog der Besetzung der Verwaltungsräte der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund der Sozialversicherungswahlen eine besondere Legitimation erfahren. Die Selbstverwaltungen der Trägerorganisationen der

Medizinischen Dienste sind ressourcen- und kompetenzmäßig in der Lage, die Trägerorganisationen angemessen zu vertreten.

Die Erweiterung der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung um Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen sowie – und dies in besonderem Maße – der Pflegeberufe sehen wir hingegen kritisch. Die Gewährung eines Stimmrechts lehnen wir strikt ab.

## **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

**Nrn. 2, 17, 26, 28, 69, 84-86, 89, 90**

**§§ 11, 53, 73a und 73c, 140a ff, 284, 295, 295a, 305, 305a SGB V: Neuordnung Selektivverträge**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Zusammenfassung und Neustrukturierung der bisherigen §§ 73a, 73c und 140 a bis d in einem neuen §140a inklusive Folgeänderungen.

### **Bewertung**

Die Änderungen und Erweiterungen bei der Neuordnung der Selektivverträge inklusive der redaktionellen Anpassungen sind im Grundsatz zu begrüßen.

Mit der Zusammenfassung der §§ 73a, c und 140a SGB V wurde der Gesetzestext redaktionell bereinigt, ohne dass die bisher bestehenden gesetzlichen inhaltlichen Normen der ehemaligen Paragraphen wesentlich verändert wurden. In der Konsequenz werden diese Verträge in altbekannter Form mit allen von der zuständigen Aufsichtsbehörde normierten Rechtsgrundsätzen geprüft, allein nicht mehr regelhaft, sondern nach Aufforderung der zuständigen Aufsichtsbehörde gemäß §§ 89 ff. SGB IV.

Allerdings erschwert die Verpflichtung zur öffentlichen Ausschreibung aller Verträge den Abschluss von Verträgen und das Antragsverfahren für den Innovationsfonds. Die Ausdehnung dieser Ausschreibeverpflichtung wird abgelehnt.

Die gesetzliche Verpflichtung zur Vorlage von Selektivverträgen gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde entfällt (Vergleich Ausführungen Art. 1, Nr. 24, S. 21-22), gleichwohl erfolgt eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit durch die Aufsichtsbehörde nach 4 Jahren. Dies führt dazu, dass zukünftig der Wirtschaftlichkeitsaspekt bei Selektivverträgen stärker in den Fokus rückt.

Die Legitimierung von Managementverträgen und Satzungsleistungen sowie die Regelungen der Teilnahmebedingungen der Versicherten ausschließlich in der Teilnahmeerklärung sind zu begrüßen.

## **Änderungsvorschlag**

Die Ausschreibungspflicht soll nicht für Verträge der besonderen Versorgungsformen gelten, da diese Verträge zwar für eine Krankenkasse nicht verpflichtend sind, vom Gesetzgeber jedoch intendiert und durch den Innovationsfonds mittels Beitragsgelder gefördert werden können.

Bei der Einhaltung der Wirtschaftlichkeitskriterien ist eine Ausdehnung des Zeitraumes auf beispielsweise sechs Jahre im Interesse aller beteiligten Vertragspartner.



## **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

**Nrn. 7, 25**

### **§ 27b (neu), 73 SGB V: Zweitmeinung**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Versicherte erhalten einen regelhaften Anspruch auf die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung für ausgewählte planbare Eingriffe. Der G-BA benennt dafür mengenanfällige Indikationen und legt zudem Anforderungen an die Leistungserbringer fest, die diese erfüllen müssen, wenn sie eine Zweitmeinung abgeben. Der Arzt hat den Patienten vor dem entsprechenden Eingriff auf sein Recht auf Zweitmeinung zu informieren. Diese Aufklärung muss mindestens zehn Tage vor der Operation erfolgen.

#### **Bewertung**

##### *Versorgung*

Schon heute haben die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen grundsätzlich die Möglichkeit, vor Behandlungen einen zweiten Arzt zu konsultieren. Mit der neuen Regelung wird nun zusätzlich ein strukturiertes Zweitmeinungsverfahren auf Grundlage einer Richtlinie des G-BA implementiert. Der Gesetzentwurf stellt auf Leistungen ab, bei denen insbesondere im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung der Durchführung die Gefahr einer Mengenausweitung nicht auszuschließen ist. Die Versicherten sollen sich künftig besser darauf verlassen können, dass nur solche Eingriffe durchgeführt werden, die tatsächlich medizinisch notwendig sind. Dies begrüßen wir.

Die Neuregelung stellt eine Konkretisierung der bisherigen Praxis dar. Die vorgeschlagene Regelung erscheint in dieser Form für die Erreichung des Ziels allerdings nicht ausreichend. Sie sollte dahingehend konkretisiert werden, dass der G-BA sich prioritär auf die Leistungen beziehen soll, bei denen eine Mengenausweitung nicht demografisch oder durch medizinisch-technischen Fortschritt begründet ist oder auf auffälligen regionalen Versorgungsunterschieden beruht.

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Zweitmeinung nicht bei einem Arzt oder einer Einrichtung eingeholt werden kann, durch den oder durch die der Eingriff durchgeführt werden soll. Diese Festlegung ist sinnvoll, reicht aber nicht aus. Der Gesetzgeber sollte den G-BA beauftragen, mittels Zweitmeinungsrichtlinie zusätzlich zu folgenden Aspekten Vorgaben festzulegen: Qualifikation der zweitmeinenden Ärzte, Unabhängigkeit der zweitmeinenden Ärzte, Dokumentationspflichten, Art und Umfang einer laienverständlichen Patienteninformation sowie Art und Umfang der Evaluation.

Ein weiterer wesentlicher Punkt ist, dass nach unserer Auffassung und den Erfahrungen unserer Mitgliedskassen mit laufenden Zweitmeinungsverfahren der Erfolg von Zweitmeinungsverfahren (ZMV) wesentlich von der Kommunikation zwischen Patient, Arzt und Krankenkasse abhängt. Die Krankenkasse kann dem Patienten im Zweitmeinungsverfahren wertvolle Hilfestellung leisten. Daher sollte es nicht nur ärztliche Pflicht sein, die Patienten bei Indikationsstellung über ihr Recht auf Zweitmeinung aufzuklären. Zusätzlich ist die jeweilige Krankenkasse zum Zeitpunkt eines empfohlenen Zweitmeinungsverfahrens von dem erstbehandelnden Arzt zu informieren. Die Krankenkasse kann dann aktiv auf die bei ihr versicherten Patienten zugehen, um sie weitergehend zu informieren und aufzuklären sowie sie bei der Suche nach einem geeigneten Zweitmeinenden zu unterstützen. Dafür wäre eine Ausweitung der Beratungsrechte der Krankenkasse notwendig.

Entscheidend für die Innungskrankenkassen ist, dass neben dem in § 27b geregelten ZMV die Möglichkeit für die einzelnen Krankenkassen bestehen bleibt, kassenindividuelle Zweitmeinungsverfahren im Rahmen von Satzungsleistungen oder Selektivverträgen fortzuführen bzw. neue ZMV außerhalb der Regelungen nach § 27b auch interdisziplinär zu schaffen. Krankenkassen, die ZMV bereits heute anbieten oder ein solches Angebot planen, müssen hohe Hürden überwinden. Insbesondere haben sie mit der unsicheren Rechtslage zu kämpfen, was den Innovationsgedanken der Verträge häufig konterkariert. Die Einführung kassenindividueller Modellprojekte sollte aber vielmehr erleichtert werden. Dabei sollten neben dem Arzt auch weitere Leistungserbringer (Physiotherapeuten, Psychotherapeuten etc.) bei komplexen Krankheitsbildern als Zweitmeinende hinzugezogen werden, um die Qualität der Zweitmeinung zu erhöhen.

### *Finanzierung*

Die Begründung des Gesetzestextes spricht von der Zweitmeinung als gesonderte Sachleistung, die zumindest übergangsweise extrabudgetär vergütet werden soll. Eine Begründung für eine solche extrabudgetäre Vergütung wird nicht genannt. Bereits ordnungspolitisch erscheint es unter Berücksichtigung des Subsidiaritätsprinzips zweifelhaft, dass die Bundesregierung den Versuch unternimmt, den Ergebnissen der Selbstverwaltungspartner vorzugreifen und auf eine Einzelleistungsvergütung drängt. Stattdessen sollten weiterhin die Vereinbarungen von Krankenkassen und Leistungserbringern Grundlage der Vergütung von Sachleistungen sein.

Eine extrabudgetäre Vergütung der vom Gesetzgeber skizzierten Zweitmeinung ist aber auch inhaltlich aus unserer Sicht nicht gerechtfertigt. Da die ärztliche Zweitmeinung in der vorgesehenen Ausgestaltung bisher keiner zusätzlichen Qualifikation bedarf, für den begutachtenden Arzt keinerlei überdurchschnittlichen Aufwand mit sich bringt und auch keiner weiterführende Dokumentation erfordert, gibt es keinen Grund, die Zweitmeinung

nicht weiterhin als Bestandteil der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zu betrachten, zumal Versicherte bereits heute regelmäßig und niedrigschwellig Zweitmeinungen einholen, die in der Gesamtvergütung abgerechnet werden. Eine Einzelleistungsvergütung setzt aus unserer Sicht deutlich höhere Anforderungen an qualitativ hochwertige Zweitmeinungsverfahren voraus, durch die vor allem der Versicherte zu einem besseren Verständnis und einer größeren Nachvollziehbarkeit der Zweitmeinung gelangen kann.

### **Änderungsvorschlag**

Neben den geplanten Regelungen in § 27b bedarf es einer gesetzlichen Klarstellung, dass die Krankenkassen auch weiterhin eigene Zweitmeinungsverfahren im Rahmen von Satzungsleistungen und/oder Selektivverträgen anbieten dürfen.

„Die Krankenkassen dürfen Zweitmeinungsverfahren anbieten. Dabei sollen sie die besondere Versorgungssituation ihrer Versicherten berücksichtigen. Sie können zu diesem Zweck mit zugelassenen und nicht zugelassenen Leistungserbringern Verträge schließen. Die Modelle können selektiv wie auch kollektivvertraglich gestaltet werden. Dabei ist zu beachten, dass Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen haben und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen müssen (vgl. § 2 Absatz 1 Satz 3 SGB V).“

Der § 11 SGB V wird wie folgt um einen neuen Absatz 5 erweitert:

„(5) Versicherte haben Anspruch auf eine umfassende und individuelle Beratung und Hilfestellung im Zusammenhang mit Leistungen nach dem SGB V, insbesondere zur Sicherung des Behandlungserfolges und der Behandlungssicherheit.“

Die bisherigen Absätze 5 und 6 werden die Absätze 6 und 7.

Die Intention dieser Gesetzesergänzung müsste auch mit Änderungen weiterer Vorschriften des SGB V, wie z.B. des § 284 SGB V, einhergehen. Es ist ferner gesetzlich zu regeln, dass die Beratung die Freiwilligkeit der Versicherten voraussetzt.

Mit dieser Änderung könnte dem generellen Anliegen der Koalitionsvereinbarung nach Qualität durch Zweitmeinung Rechnung getragen werden, vorausgesetzt, dass der G-BA nicht nur Indikationen definiert, sondern auch die Aufgabe erhält, verschiedene qualitätssichernde Aspekte in einer Zweitmeinungsrichtlinie festzulegen. Diese sollte u.a. die Punkte Qualifikation und Unabhängigkeit des zweitmeinenden Arztes, Dokumentations- und Evaluationsvorgaben sowie laienverständliche Patienteninformationen umfassen.

Aus unserer Sicht sollte auch die in der Gesetzesbegründung dargelegte Vergütung der Zweitmeinung als EGV-Leistung Infrage gestellt werden, solange es keine strukturierten Anforderungen, die einen über die derzeitigen Zweitmeinungsmöglichkeiten hinausgehenden Mehrwert ermöglichen. Ohne weitergehende Beratungs- und Dokumentationsleistungen des die Zweitmeinung erbringenden Arztes ist eine ungedeckelte Vergütung nicht notwendig.

## **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

**Nrn. 9, 48, 50**

### **§§ 39, 112, 115 SGB V: Stärkung Entlassmanagement**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Der § 39 SGB V wird um den Absatz 1a ergänzt. Dieser sieht vor, dass die Krankenhausbehandlung zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten zukünftig ein Entlassmanagement umfasst.

Krankenhäuser können im Anschluss an die Krankenhausbehandlung Leistungen nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 (Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie) verordnen.

Krankenhäusern wird die Möglichkeit eröffnet, zur Sicherstellung einer durchgehenden Versorgung mit Arzneimitteln im Rahmen der Entlassung für den Patienten die jeweils kleinste verfügbare Packung zu verordnen.

#### **Bewertung**

Mit der Neuregelung in § 39 Absatz 1a SGB V wird eine bundesweit verpflichtende und einheitliche Regelung zum Entlassmanagement im Rahmen der Krankenhausbehandlung angestrebt, die die Versorgung der Versicherten verbessern soll.

Grundsätzlich ist es richtig, die Krankenhäuser bezüglich des Entlassmanagements stärker in die Pflicht zu nehmen. In den Landesverträgen sind Voraussetzungen, Art und Umfang zu regeln; zur Finanzierung ist durch den Referentenentwurf keine Reglementierung vorgesehen.

Um ein umfassendes Entlassmanagement möglich zu machen, ist es unabdingbar, dass das Krankenhaus seiner Verpflichtung zur Sicherstellung des Entlassmanagements umfassend nachkommt. Erst subsidiär greift der Anspruch der Versicherten gegenüber ihrer Krankenkasse auf Unterstützung. Solange dies nicht definiert und damit sichergestellt ist, sollte von einer Regelung des Anspruches der Versicherten auf Unterstützung ihrer Kasse abgesehen werden.

Gerade die Möglichkeit, dass z.B. Arzneimittel nach der Entlassung von den Krankenhäusern verordnet werden dürfen, ist ein Vorteil für die Versicherten, gleichwohl besteht die Gefahr, dass die Bedienquote für Rabattarzneimittel reduziert wird und damit die Einnahmen aus Rabattverträgen gemindert werden. Es ist zu berücksichtigen, dass ein Großteil der Krankenhäuser bereits ein internes Entlassmanagement umgesetzt hat. Die bessere Verzahnung der Sektoren stellt initial auf eine bessere Versorgung ab, die zu

Einsparungen führen kann. Hinweis: § 92 Absatz 1 Satz 6 SGB V beinhaltet auch die Verordnung von Krankenhausbehandlung, diese sollte nicht selbst durch das Krankenhaus erfolgen – hier ist im Zusammenhang mit dem Entlassmanagement eine redaktionelle Anpassung notwendig.

### **Änderungsvorschlag**

Streichung des geplanten Satzes 4 in § 39 Absatz 1a.

**Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)****Nr. 7****§ 40 SGB V: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation****Beabsichtigte Neuregelung**

Versicherten soll die Möglichkeit eingeräumt werden, gegen Tragung der Mehrkosten eine andere als die von der Krankenkasse ausgewählte Rehabilitationseinrichtung unter den zertifizierten Einrichtungen auszuwählen, unabhängig davon, ob ein Versorgungsvertrag mit der Krankenkasse besteht.

Zudem wird das Wunsch- und Wahlrecht (gemäß § 9 SGB IX) bei der Auswahlentscheidung der Versicherten gestärkt.

**Bewertung**

Die Ausweitung der Regelung zur Übernahme der „Sowieso-Kosten“ einer stationären Rehabilitation durch die gesetzlichen Krankenkassen auch für den Fall, dass der Versicherte eine andere Einrichtung nach § 111 SGB V wählt, wird begrüßt.

**Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 13**

#### **§ 44 Absatz 4 SGB V: Krankengeld**

##### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Versicherten sollen zukünftig einen Anspruch auf eine individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse haben, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsunfähigkeit erforderlich sind. Die erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten darf nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten erfolgen. Ferner wird hinsichtlich der Inanspruchnahme externer Unterstützung auf § 35 SGB I verwiesen.

##### **Bewertung**

Die Aufnahme einer Regelung, den Versicherten mit einem Rechtsanspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung gegenüber der Krankenkasse im Zusammenhang mit der Leistung Krankengeld auszustatten, wird im Grundsatz begrüßt. Gemäß der Gesetzesbegründung soll damit ein spezifischer und klar geregelter Anspruch im Sinne eines unterstützenden Fallmanagements verankert werden. Als unterstützende Aktivitäten im Fallmanagement der Krankenkassen werden beispielhaft die Suche nach geeigneten Leistungserbringern, Terminvereinbarungen und der Wiedereinstieg in das Berufsleben genannt. Mit der Regelung wird durch den Gesetzgeber ein unterstützendes Fallmanagement durch die Krankenkassen als sinnvoll und notwendig anerkannt.

Das Erfordernis der Einwilligung in die Datenerhebung und -verarbeitung wird im Zusammenhang mit den unterstützenden Leistungen der Krankenkassen zur Wiederherstellung der Arbeitsunfähigkeit besonders betont. Es sollen die Grenzen des Handelns der Krankenkassen klar definiert werden. Die Krankenkassen und der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit haben unterschiedliche Auffassungen zur Datenerhebungsbefugnis und zur Beurteilungs- und Entscheidungskompetenz im Zusammenhang mit Fällen von Arbeitsunfähigkeit und Krankengeld, die in der Vergangenheit und aktuell immer wieder zu erheblichen Diskussionen führten bzw. führen.

Unseres Erachtens reicht die beabsichtigte Neuregelung in ihrem Umfang nicht aus bzw. enthält einschränkende Anforderungen, um die unterschiedlichen Auffassungen im Zusammenhang mit der Datenerhebung in Fällen von Arbeitsunfähigkeit und Krankengeldbezug aufzulösen und könnte sogar zu einer Verschärfung der Diskussion beitragen.



Wie der Gesetzesbegründung zu entnehmen ist, wird ein unterstützendes Fallmanagement erst im Zusammenhang mit dem Bezug von Krankengeld gesehen. Die Krankenkassen sehen ihre Aufgabe in der Unterstützung der Versicherten aber nicht erst, wenn der Leistungsfall des Bezuges von Krankengeld bereits eingetreten ist. Vielmehr verstehen sich die Krankenkassen als Unterstützer bzw. Begleiter des Versicherten schon in der Phase der eingetretenen Arbeitsunfähigkeit. Ziel des Versicherten und der Krankenkassen sollte es sein, so früh wie möglich den Krankheitsprozess positiv zu beeinflussen und damit die Dauer der Arbeitsunfähigkeit zu verkürzen. Ein Einsetzen von unterstützenden Aktivitäten der Krankenkasse erst im Leistungsfall ist nicht zielführend.

Die beabsichtigte Neuregelung setzt für das unterstützende, freiwillige Fallmanagement eine Einwilligung und vorherige schriftliche Information des Versicherten voraus. Das Erfordernis der Einwilligung kann unseres Erachtens dahingehend missverstanden oder interpretiert werden, dass zukünftig für jegliche Aktivitäten der Krankenkasse im Zusammenhang mit Arbeitsunfähigkeit und Krankengeldbezug vom Versicherten eine Zustimmung eingeholt werden muss. Praktische Erfahrungen mit ähnlich gelagerten Fällen zeigen, dass eine Vielzahl schriftlicher Einwilligungen aufgrund von Bequemlichkeit oder Desinteresse unterbleiben und Patienten somit auf ein an sich sinnvolles Fallmanagement verzichten müssen. Es sollte daher klargestellt werden, dass bisher praktizierte und bewährte Aktivitäten der Krankenkassen, die z. B. im Rahmen der Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit umgesetzt werden, nicht in Frage gestellt werden und daher unberührt bleiben.

Des Weiteren halten wir die beabsichtigte Neuregelung nicht für ausreichend, um den Klarstellungsbedarf zur Datenerhebungsbefugnis und zur Beurteilungs- und Entscheidungskompetenz der Krankenkassen zu regeln. Die Diskussionen mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit werden nach unserer Auffassung weiterhin anhalten und eine Rechtssicherheit nicht erreicht.

Ferner ist die Einschränkung der externen Hilfe auf Leistungserbringer im Sinne des § 35 SGB I in unseren Augen nicht sachgerecht. Viele Kooperationen mit privaten Dienstleistern werden dadurch ausgeschlossen, was das Fallmanagement erheblich erschweren wird.

### **Änderungsvorschlag**

Der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen haben „Gesetzesvorschläge zur Klarstellung der Datenerhebungsbefugnisse der Krankenkassen“ erstellt. Die Gesetzesvorschläge sind nach unserer Auffassung eher geeignet, den Anforderungen an einer Klarstellung gerecht zu werden.

**Darüber hinaus haben die Innungskrankenkassen gemeinsam mit der Kooperationsgemeinschaft unternehmensnaher Krankenkassen (kuk) eine grundsätzliche gesetzliche Klarstellung bei den Beratungsrechten von Krankenkassen gefordert:**

Danach sollten die Krankenkassen ausdrücklich legitimiert werden, bezüglich der im SGB V definierten Leistungen eine aktive, individuelle Kommunikation zu ihren Versicherten aufnehmen zu können, die im Sinne des § 1 SGB V zur Erhaltung, Wiederherstellung oder Verbesserung des Gesundheitszustandes beiträgt. Dabei ist sicherzustellen, dass das Beratungsangebot der Krankenkassen für die Versicherten freiwillig ist und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen einzuhalten sind.

Zur Verbesserung der Versorgungsqualität ist es notwendig, eine gesetzliche Norm zu schaffen, die wie folgt aussehen könnte:

Erweiterung des § 11 SGB V um einen Absatz 5, der wie folgt lautet:

„(5) Versicherte haben Anspruch auf eine umfassende und individuelle Beratung und Hilfestellung im Zusammenhang mit Leistungen nach dem SGB V, insbesondere zur Sicherung des Behandlungserfolges und der Behandlungssicherheit.“

Die bisherigen Absätze 5 und 6 werden die Absätze 6 und 7.

Die Intention dieser Gesetzesergänzung müsste auch mit Änderungen weiterer Vorschriften des SGB V, wie z.B. des § 284 SGB V, einhergehen. Es ist ferner gesetzlich zu regeln, dass die Beratung die Freiwilligkeit der Versicherten voraussetzt.

Mit diesen Änderungen könnte dem generellen Anliegen der Koalitionsvereinbarung, die Qualität der medizinischen Versorgung zu erhöhen, Rechnung getragen werden.

## **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 15**

#### **§ 46 SGB V: Krankengeld**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

##### Buchstabe a)

Versicherte erhalten künftig grundsätzlich Krankengeld nach § 44 Absatz 1 von dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit an. Bisher erhielten nur Versicherte die arbeitslos sind oder in einem Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung behandelt werden Krankengeld vom ersten Tag der Krankheit an. Alle anderen hatten einen Anspruch auf Krankengeld von dem Tag an, der auf den Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit folgt.

##### Buchstabe b)

Versicherte sollen künftig ihren Krankengeldanspruch behalten, wenn nach dem Ende der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit deren Fortdauer wegen derselben Krankheit am nächsten Arbeitstag, der ein Werktag ist, ärztlich festgestellt wird. Nach derzeitiger Rechtslage müssen Versicherte eine Folgekrankenbescheinigung spätestens ab dem Tag vor dem Ablauf der (Erst-) Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorlegen, um weiter Krankengeld zu erhalten.

#### **Bewertung**

##### Buchstabe a)

Die Regelung wird begrüßt. Nach den bisherigen Regelungen hatten Versicherte, dessen Anspruch auf Entgeltfortzahlung ausgeschöpft ist und die regelmäßig wegen derselben Krankheit aufgrund einer ambulanten Behandlung (z.B. Chemotherapie oder Dialyse) nur einen Arbeitstag arbeitsunfähig sind, keinen Anspruch auf Krankengeld. Versicherte, die hingegen stationär behandelt wurden – auch wenn ebenfalls nur ein Arbeitstag Arbeitsunfähigkeit bestand – haben Krankengeldanspruch von Beginn der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit an. Diese Regelung ist nicht sachgerecht.

### Buchstabe b)

Die Regelung wird begrüßt. Aufgrund verspätet ausgestellter Folgebescheinigungen haben Versicherte, deren Mitgliedschaft allein aufgrund des Bezugs von Krankengeld andauert, regelmäßig ihren Anspruch auf Krankengeld verloren. In der Praxis gelangten Versicherte oftmals unverschuldet und ohne genaue Kenntnis über die Rechtslage in diese Situation, was zu zahlreichen Widerspruchs- und Sozialgerichtsverfahren geführt hat. Aus diesem Grunde ist die Intention des Gesetzgebers zielführend, nicht bereits vor Ablauf der festgestellten Arbeitsunfähigkeit eine Folgebescheinigung zu verlangen.

Ausgehend von der Zielsetzung, einen nahtlosen Leistungsbezug für die Versicherten sicherzustellen, erachten wir die beabsichtigte Änderung jedoch für nicht ausreichend bzw. nicht eindeutig genug formuliert. Die Formulierung „am nächsten Arbeitstag, der ein Werktag ist“ hat zur Folge, dass im Falle einer Bescheinigung, die eine Arbeitsunfähigkeit bis zu einem Freitag attestiert, der Versicherte eine Folgebescheinigung an einem Samstag einholen muss. In aller Regel arbeiten Fach- und Hausärzte an Samstagen nicht, so dass der Versicherte im Ergebnis nun doch vor Ablauf der Arbeitsunfähigkeit eine Folgebescheinigung einholen oder sich in stationäre Behandlung begeben müsste. Beides wird seitens des Gesetzgebers durch die Neuregelung sicherlich nicht angestrebt.

## **Änderungsvorschlag**

### Buchstabe a)

Keiner

### Buchstabe b)

§ 46 wird wie folgt geändert:

b) Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:

Der Anspruch auf Krankengeld bleibt bestehen, wenn nach dem Ende der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit deren Fortdauer wegen derselben Krankheit am nächsten Arbeitstag, der ein Werktag ist, ärztlich festgestellt wird. Ist der nächste Arbeitstag, der ein Werktag ist, ein Sonnabend, so kann die Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit zum weiteren Bestehen des Anspruchs auf Krankengeld auch am nächstfolgenden Arbeitstag, der ein Werktag ist, festgestellt werden.

## **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 24**

#### **§ 71 SGB V: Vorlagepflicht Selektivverträge**

##### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Vorlagepflicht für Selektivverträge gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde wird gestrichen.

Als Ausgleich werden den zuständigen Aufsichtsbehörden neue Sanktionsmechanismen an die Hand gegeben für den Fall, dass Selektivverträge gegen geltendes Recht verstoßen bzw. sie die Belange der Versicherten oder den Wettbewerb der Krankenkassen nachhaltig beeinträchtigen.

##### **Bewertung**

Dass von der Vorlagepflicht zukünftig abgesehen wird, ist ausdrücklich zu begrüßen. Die unterschiedliche Aufsichtspraxis hat in der Vergangenheit dafür gesorgt, dass es zu Wettbewerbsverzerrungen gekommen ist. Die Regelung hat sich insoweit nicht bewährt und konnte demzufolge keine Akzeptanz bei den Krankenkassen erfahren.

Allerdings sind die neuen Sanktionsmechanismen abzulehnen. So hat das Bundesversicherungsamt in seinem Tätigkeitsbericht 2013 nachgewiesen, dass in den meisten Fällen der Rechtsrahmen von § 89 Absatz 1 SGB IV gar nicht ausgeschöpft werden musste, weil niedrigschwelligere Maßnahmen, z. B. in Form des sog. aufsichtsrechtlichen Dialogs, völlig ausreichten. Lediglich acht Verträge mussten beanstandet werden. Damit wird ersichtlich, dass es für eine Verschärfung des § 89 Absatz 1 SGB IV in Form einer „lex specialis“ für Selektivverträge überhaupt keine Grundlage gibt. Zwangsgelder bis zu 10 Mio. Euro zugunsten des Gesundheitsfonds bei Rechtsverletzungen sind unverhältnismäßig und gehen über den Grundsatz einer maßvollen Ausübung der Aufsicht weit hinaus. Die bestehenden Rechte zum Aufsichtshandeln reichen aus, um Rechtsverletzungen zu beheben. Insbesondere die Methodik zur Beweisführung von entstandenen Schäden für die Belange der Versicherten oder für den Wettbewerb der Krankenkassen ist nicht ausreichend definiert. Die Ausgestaltung der Norm dürfte zudem nicht geeignet sein, auch an dieser Stelle ein einheitliches Aufsichtshandeln sicherzustellen.

## **Änderungsvorschlag**

Die Neuregelung zu den Sanktionsmechanismen ist in dieser Form zu streichen.

Mindestens müssen die Zwangsgelder bis zu 10 Mio. Euro gestrichen werden. Die zuständigen Aufsichtsbehörden müssen ihre Prüfgrundsätze für die Verträge der besonderen Versorgungsformen entsprechend der aktuellen Gesetzeslage liberalisieren und anpassen.

Um dauerhaft eine einheitliche Aufsichtspraxis sicherzustellen, muss die Aufsichtspraxis zwischen Landesbehörden und Bundesversicherungsamt gesetzlich harmonisiert werden, um bestehende Wettbewerbsverzerrungen zu beenden.

## **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 16**

#### **§ 73b SGB V: Hausarztzentrierte Versorgung**

##### **Beabsichtigte Neuregelung**

Mit den geplanten Änderungen werden

- Teilnahmebedingungen in der Teilnahmeerklärung (statt in der Satzung) geregelt,
- Möglichkeiten zur Aufnahme weiterer Leistungen (neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) geschaffen,
- Erleichterungen in der Bereinigung vorgesehen,
- Änderungen beim Nachweis der Einhaltung der Wirtschaftlichkeitskriterien und Maßnahmen bei Nichteinhaltung der vereinbarten Wirtschaftlichkeitskriterien sowie Regelungen zur Qualitätssicherung gegenüber den Aufsichtsbehörden eingefügt und
- die regelhafte Vorlagepflicht gestrichen.

##### **Bewertung**

Die Regelung der Teilnahmebedingungen der Versicherten ausschließlich in der Teilnahmeerklärung ist zu begrüßen.

Der Sicherstellungsauftrag für den Notdienst im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung wird der kassenärztlichen Vereinigung im Rahmen des § 75 Absatz 1 SGB V übertragen. Der bisher von den kassenärztlichen Vereinigungen für die Sicherstellung des Notdienstes innerhalb der hausarztzentrierten Versorgung verlangte Aufwandersatz entfällt damit. Gleichzeitig nehmen die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Hausärzte weiterhin am kassenärztlichen Notdienst teil. Daher ist die Neuregelung angemessen und wird ausdrücklich begrüßt. Es sollte aber eindeutiger formuliert werden, dass nicht nur die Organisation sondern auch die Durchführung seitens der KV sichergestellt wird. Die Gesetzesbegründung legt dies zwar nahe, es sollte aber auch eindeutig so formuliert werden.

Ebenso wird die Klarstellung begrüßt, dass die Umsetzung der Bereinigung durch die kassenärztlichen Vereinigungen Teil deren gesetzlichen Auftrages ist und dafür kein zusätzlicher Aufwandersatz geltend gemacht werden kann.

Optional werden weitere Leistungen in die Verträge aufgenommen, obwohl die bestehenden Vollversorgungsverträge das hausärztliche Spektrum nahezu vollständig abdecken. Da diese Regelung optional ist, ist sie nicht schädlich. Sie erweitert vielmehr den Spielraum der Vertragspartner.

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sollten nicht Bestandteil von Verträgen der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) sein, um die Versicherten vor möglichen Gefahren zu schützen. Damit könnten nicht kalkulierbare Kostensteigerungen verbunden sein, insbesondere wenn solche Leistungen zu Forderungen in laufenden Schiedsverfahren werden, da diese Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) nicht bereinigt werden könnten. Die Aufnahme von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erschwert eine wirtschaftliche Gestaltung von HzV-Verträgen und verkompliziert es für die Krankenkassen, den Nachweis nach Absatz 9 gegenüber der Aufsicht zu erbringen.

Die Neufassung des Absatzes 7 Satz 2 ist grundsätzlich zu begrüßen. Es findet sich allerdings keine Regelung zu bereits laufenden Verträgen.

Die Möglichkeit des hausärztlichen Vertragspartners zur Anrufung des Schiedsamtes bei Nichtzustandekommen eines Bereinigungsvertrages mit der kassenärztlichen Vereinigung ist einerseits positiv zu werten, denn damit kann der Druck auf die kassenärztliche Vereinigung erhöht und die Krankenkassen entlastet werden. Andererseits betrifft die Bereinigung ausschließlich das Verhältnis einer KV zu einer Krankenkasse. Die bestehende Regelung, nach der die Krankenkasse das Schiedsamt anrufen kann, sollte deshalb beibehalten werden.

Die vorläufige Bereinigung durch die Krankenkassen bei Nichtzustandekommen eines Bereinigungsvertrages sichert den vereinbarten Vertragsstart und die Liquidität der Krankenkasse und wird daher begrüßt.

Realität ist, dass eine Bereinigung in weiteren KV-Bezirken für wenige teilnehmende Versicherte bereits jetzt entsprechend der Empfehlungen des Bewertungsausschusses pauschal durchgeführt wird. Damit werden der administrative Aufwand und die anfallenden Kosten für eine geringe Bereinigungssumme in Grenzen gehalten. Eine vollständige Bereinigung entsprechend eines bestehenden Bereinigungsvertrages für KV-Bereiche mit wenigen teilnehmenden Versicherten wäre wesentlich aufwendiger und nicht mehr kostendeckend. Da die Regelung optional ist, ist sie nicht schädlich.

Die Verkürzung der Frist für die Lieferung der Bereinigungsdaten an die Kassenärztliche Vereinigung wird begrüßt.

Der Wegfall der regelhaften Vorlagepflicht der Verträge geht gemäß des neuen § 71 Absatz 6 SGB V in die Prüfung der Verträge gemäß §§ 89 ff SGB IV über. Damit sind keine Änderungen der Aufsichtspraxis verbunden. Der unterschiedlichen Aufsichtspraxis der Landesbehörden und des BVA, von der insbesondere einige Innungskrankenkassen direkt betroffen sind, wird nicht abgeholfen. Zwangsgelder bis zu 10 Mio. Euro bei Rechtsverletzungen sind unverhältnismäßig.



## **Änderungsvorschlag**

Die geplante Änderung in Absatz 4 Satz 7 hinsichtlich Notdienst HzV ist eindeutiger zu formulieren, um klarzustellen, dass nicht nur die Organisation, sondern auch die Durchführung seitens der KV sichergestellt wird.

Die geplante Änderung in Absatz 5 Satz 3 sollte gestrichen werden.

Die geplante Änderung in Absatz 7 Satz 3 sollte gestrichen werden.

Zwangsgelder bis zu 10 Mio. Euro sollen gestrichen werden. Die zuständigen Aufsichtsbehörden müssen ihre Prüfgrundsätze für die Verträge nach § 73b SGB V der aktuellen Gesetzeslage anpassen. Die Aufsichtspraxis zwischen Landesbehörden und BVA muss gesetzlich harmonisiert werden, um Wettbewerbsverzerrungen zu beenden.

Allgemeine Anmerkung: Die weiterhin bestehende Verpflichtung der Krankenkassen zum Abschluss von HzV-Verträgen wird abgelehnt. Eine Überführung der „Muss-Regelung“ in eine „Kann-Regelung“ wäre zu begrüßen.

## **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

**Nrn. 29, 31**

### **§§ 75, 76 SGB V: Terminservicestellen**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die verpflichtend von den Kassenärztlichen Vereinigungen einzurichtenden Terminservicestellen müssen im Falle einer Überweisung an einen Facharzt innerhalb einer Woche einen Termin vermitteln. Die Regelung soll nicht für Psychotherapeuten gelten. Für die Vermittlung von Behandlungsterminen bei Frauenärzten und Augenärzten ist keine Überweisung erforderlich. Die Wartezeit auf den Arzttermin darf vier Wochen nicht überschreiten. Die Entfernung zum Facharzt muss zumutbar sein. Kann die Terminservicestelle die Frist nicht einhalten, können Krankenhäuser zur ambulanten Behandlung in Anspruch genommen werden (Ausnahme Bagatellerkrankungen und verschiebbare Routineuntersuchungen). Die Abrechnung würde dann über die KVen gemäß EBM erfolgen.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen können den Betrieb der Terminservicestellen in Kooperation mit Krankenkassen betreiben.

#### **Bewertung**

Mit Blick auf das Ziel, den Zugang der Patienten zur fachärztlichen Versorgung zu verbessern und den Sicherstellungsauftrag zu stärken, erachten die Innungskrankenkassen die Fristsetzung für einen Facharzttermin als sehr positiv. Es ist in der Regel schwer nachvollziehbar, dass trotz einer teilweisen Überversorgung in der fachärztlichen Versorgung die Patienten oft sehr lange Wartezeiten in Kauf nehmen müssen. Die vorgesehene Regelung erscheint geeignet, dieses Problem deutlich zu entschärfen. Auch die Sanktionierung, bei Fristverletzung eine ambulante Behandlung im Krankenhaus auf Kosten der KV vorzusehen, ist probat. Das SGB V kennt auch an anderen Stellen solche Sanktionierungen, wenn bspw. Krankenkassen eine Leistungsentscheidung nicht innerhalb einer bestimmten Frist treffen (Vgl. § 13 Absatz 3a SGB V).

Kritisch sehen die Innungskrankenkassen, dass die Regelung nicht für Psychotherapeuten gelten sollen. In diesem Bereich herrscht nach wie vor eine große Intransparenz des Versorgungsangebots, da die Therapeuten ihre freien Behandlungskapazitäten nicht an die teilweise regional bereits bestehenden Vermittlungsstellen melden (müssen). Die gesetzgeberische Begründung einer fehlenden stationären Behandlungsalternative darf hier kein Hinderungsgrund sein. Auch der Verweis auf andere geplante Reformschritte

in der psychotherapeutischen Versorgung, wie z. B. die Überarbeitung der Richtlinien und des Gutachterverfahrens, wird die Probleme bei der Therapieplatzsuche nicht lösen.

Die Möglichkeit zur Beteiligung der Krankenkassen am Betrieb der Terminservicestellen ist aus unserer Sicht überflüssig. Sie befähigt die KVen zu einer Forderung nach Mitbeteiligung der GKV. Die Krankenkassen können aber inhaltlich keinen Beitrag zum Sicherstellungsauftrag der KVen liefern, folglich kommen nur finanzielle Beteiligungen der Krankenkassen infrage. Wie auch die übrigen Regelungen zu Sanktionsmaßnahmen bei fehlender Effektivität der Terminservicestellen implizieren, ist es nicht Aufgabe der GKV, die nicht nachvollziehbaren Mängel in der Terminvergabe selbst finanziell zu vertreten. Die fachärztliche Terminvergabe sollte auch nicht zum Wettbewerbsfeld zwischen den Krankenkassen oder Kassenarten werden. Daher ist aus unserer Sicht der Passus zur Möglichkeit der Kooperation mit den Krankenkassen zu streichen.

Davon unbenommen muss es den Krankenkassen weiterhin möglich sein, ihre Versicherten bei der Terminfindung beim Arzt zu unterstützen. Die meisten Krankenkassen bieten diesen Service ihren Versicherten schon heute an. Dies muss auch weiterhin möglich sein.

### **Änderungsvorschlag**

In Nr. 18 zu § 75 b) sollte der neue Absatz 1a wie folgt geändert werden:

In Satz 1 werden die Wörter „die Terminservicestellen können auch in Kooperation mit den Landeverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen betrieben werden“ gestrichen.

Psychotherapeuten sind in die Regelung zu den Terminservicestellen aufzunehmen.

Es bedarf einer Erweiterung der Regelung um die Verpflichtung der Ärzte, freie Behandlungskapazität an die Terminservicestelle zu melden.

## **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 35**

#### **§ 87a SGB V: Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Der neue Absatz 4a schafft die Möglichkeit zu Verhandlungen über einmalige basiswirksame Anhebung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) ab 2017. Die Verhandlungen sind nur für diejenigen KV-Bezirke zu führen, deren MGV im Jahr 2014 eine unterdurchschnittliche Vergütung aufwies. Eine Anhebung erfolgt nur bei einem unbegründet zu niedrigem Wert, wobei die Nachweispflicht bei der KV liegt. Der Aufsatzwert ist um die unbegründete Unterschreitung zu erhöhen. Die Erhöhung erfolgt mit einem für alle Krankenkassen einheitlichen Faktor, dabei sind die zusätzlichen Mittel zur Verbesserung der Versorgungsstruktur einzusetzen. Umverteilungen zulasten anderer KVen sind auszuschließen.

#### **Bewertung**

Die Innungskrankenkassen lehnen die angedachte Möglichkeit zur basiswirksamen Anhebung der als „unbegründet“ deklarierten, unterdurchschnittlichen Vergütungshöhen in einzelnen KVen als unbegründet und sachfremd ab.

Die zu entrichtende MGV wird von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung gezahlt. Eine nachträgliche Anpassung der Aufsatzwerte nach Absatz 4 Satz 1 widerspricht diesem Grundsatz. Die Vermutung der Bundesregierung, es lägen in bestimmten KVen unbegründete Unterschreitungen der durchschnittlichen Vergütung vor, wird nicht näher erläutert.

Vor diesem Hintergrund sei noch einmal darauf hingewiesen, dass der je KV-Region abgestimmte vereinbarte, bereinigte Behandlungsbedarf aller (im KV-Bezirk) abgerechneten Leistungen (Summe der EBM-Punkte) Basis für die, um die Veränderungsrate zu steigernde, morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist. Wesentliches Ziel der MGV ist es also, die Morbiditätslast mithilfe der abgerechneten Leistungsmenge im jeweiligen KV-Bezirk abzubilden. Insofern bleibt unklar, warum die Bundesregierung die Schaffung eines solchen „zusätzlichen Verhandlungsspielraums“ zur Gesamtvergütung für notwendig erachtet.

Der alleinige Bezugspunkt der durchschnittlichen Vergütung zur Messung einer angemessenen Honorarhöhe ist vor dem Hintergrund eklatanter regionaler Inanspruchnahme- und Versorgungssituationen dazu aus unserer Sicht grundsätzlich ungeeignet. Eine Anhebung auf den Bundesdurchschnitt ist auch methodisch abzulehnen, da die Bestimmung der Morbiditätsstruktur anhand der von den Ärzten kodierten Diagnosen keine vergleichbaren Ergebnisse liefert. Denn aktuell fehlen im ambulanten Bereich beispielsweise Kodier-Richtlinien. Ohne deren flächendeckende Einführung, auf die die Innungskassen seit Jahren drängen, ist die Vergleichbarkeit von Abrechnungsdaten aus unterschiedlichen KVen, auf denen die Verhandlungen zur Honorarhöhe im Wesentlichen fußen, nicht gegeben. Die Bildung eines bundesdurchschnittlichen Normwerts ist schon deswegen unzulässig. Solange nicht einmal die Grundlagen einer vergleichbaren Morbiditätsmessung erfüllt sind, verbieten sich Schlussfolgerungen über die Angemessenheit der Verhandlungsergebnisse im bundesweiten Vergleich von selbst.

Zudem verfehlt eine Anhebung schon dem Grunde nach das eigentliche Ziel der MGV; die jeweils dem Bedarf innerhalb der KV-Region entsprechende Morbiditätslast auf die Krankenkassen zu übertragen. Eine noch dazu ausschließlich einseitige Anpassung bei vorliegender unterdurchschnittlich finanzierter MGV ist insgesamt ausdrücklich abzulehnen.

Auch die in der Begründung dargelegten Prüfkriterien sind keinesfalls geeignet, die reale Vergütungshöhe ins Verhältnis zu einer „begründeten“ Honorarhöhe zu setzen, um so den Nachweis der „Unbegründetheit“ zu führen. Die Bundesregierung nennt sie daher auch nur „Hinweise“ für eine unbegründet zu niedrige Vergütung.

Da der Nachweis darüber, dass die MGV im Jahr 2014 unbegründet zu niedrig war, von den KVen vorzutragen ist, kann erwartet werden, dass sämtliche KVen, die eine unterdurchschnittliche MGV erhielten, Argumente vortragen werden. Die Erfahrungen zeigen, dass die entsprechenden KVen den gesamten Abstand zur durchschnittlichen Vergütung als unbegründet annehmen werden. Die Frage, wie die entsprechenden KVen den Nachweis der Unbegründetheit führen sollen, bleibt ebenfalls insgesamt unbeantwortet. Da keine harten Kriterien für die Nachweispflicht festgelegt werden, ist zu erwarten, dass in allen betroffenen KV-Bezirken Schiedsverfahren die Folge sind. Daher ist bei der vorgesehenen Regelung auch nicht von einem zusätzlichen „Verhandlungsspielraum“ zu sprechen, zumal auch in keiner Weise geregelt wird, wie mit Hinweisen auf unbegründete Überschreitungen der durchschnittlichen Vergütung umzugehen ist.

Der Gesetzeswortlaut „zur Verbesserung der Versorgungsstruktur“ ist ebenfalls nicht definiert. Die reine Anpassung des Aufsatzwertes ohne weitere Vereinbarungen ist als Instrument in jedem Falle nicht geeignet, diese Verbesserung herbeizuführen. Weder werden neue Versorgungskapazitäten geschaffen, noch sind konkrete Leistungsverbesserungen

serungen oder Problemlösungen benannt. Auch ist nicht geregelt, ob die Regelung einer Vergütungsangleichung einen Arztmangel in unterversorgten Gebieten ausgleichen soll. Die zusätzlichen Mittel erfüllen also keinen konkreten Versorgungszweck. Auf Grund der fehlenden Zweckgebundenheit der Mittel handelt es sich also einfach um nichts anderes als eine pauschale Vergütungserhöhung.

Es ist somit davon auszugehen, dass hier nur den Wünschen der entsprechenden KVen nach einer Mehrvergütung Rechnung getragen werden soll. Darauf weist auch die Einseitigkeit der Regelung hin, die prinzipiell nur die Betrachtung unterdurchschnittlicher Vergütungshöhen vorsieht. Der behauptete „Verhandlungsspielraum“ existiert in der Realität nicht. Vielmehr sind nur Vergütungserhöhungen zu erwarten, die sich GKV-weit auf ca. 500 Mio. Euro belaufen werden.

Die Innungskrankenkassen sind davon als regional in den betreffenden KVen verwurzelte Kassen in besonderem Maße betroffen. Mehrausgaben von ca. 57 Mio. Euro bedeuten im Durchschnitt eine Belastung von 0,06 Beitragssatzpunkten. Für einige Innungskrankenkassen kann dieser Wert erheblich nach oben abweichen. Die entsprechenden Mittel werden zwangsweise über Zusatzbeiträge finanziert werden müssen. Die wettbewerbsverzerrenden Effekte der geplanten Regelung bringen somit erhebliche Mehrbelastungen für die Mitglieder der regional tätigen Kassen ohne benennbare Verbesserungen der Versorgung zu erzielen.

### **Änderungsvorschlag**

Der Absatz 4a ist ersatzlos zu streichen.

**Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)  
Nrn. 40, 75, 78-79  
§§ 92a (neu), 92b (neu), 221, 270, 271 SGB V: Innovationsfonds  
und  
Artikel 12 (Änderung der Risikostrukturausgleichsverordnung)**

**Beabsichtigte Neuregelung**

Es wird ein Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss eingerichtet.

Dieser dient der Förderung von sektorübergreifenden Versorgungsformen, die über die Regelversorgung hinausgehen, die Versorgungseffizienz steigern oder eine Verbesserung der Versorgung darstellen. Gefördert werden Kosten über die Regelversorgung hinaus. Anträge können durch Krankenkassen, Leistungserbringer und Patientenorganisationen gestellt werden; an der Antragsstellung ist *in der Regel* eine Krankenkasse zu beteiligen. Auch die Versorgungsforschung wird gefördert. Mögliche Antragssteller sind hier auch universitäre und nichtuniversitäre Forschungseinrichtungen.

Der Fonds umfasst von 2016 bis 2019 Mittel in Höhe 300 Mio. Euro jährlich. Diese sollen zu 75% der für neue Versorgungsformen und zu 25 Prozent für Versorgungsforschung aufgewendet werden. Die Finanzierung erfolgt zur Hälfte aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und zur Hälfte als Umlage gemäß dem Versichertenanteil der Krankenkassen. Der Innovationsfonds soll als Sondervermögen durch das BVA verwaltet werden.

Beim Gemeinsamen Bundesausschuss wird ein Innovationsausschuss eingerichtet. Der Ausschuss besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, drei Vertretern des GKV-Spitzenverbandes, je einem Vertreter von KBV, KZBV und DKG sowie zwei Vertretern des BMG und einem Vertreter des Bundesministeriums für Bildung und Forschung; Patientenvertreter und Selbsthilfe erhalten ein Antrags- und Mitberatungsrecht.

Der Innovationsausschuss legt Kriterien und Schwerpunktsetzungen für die Förderung fest. Er entscheidet über die Anträge der Förderung von Versorgungsformen und Forschungsvorhaben und trifft Entscheidungen mit einer Zweidrittelmehrheit.

Es wird eine eigenständige Geschäftsstelle des Innovationsausschusses eingerichtet.

**Bewertung**

Die Einrichtung eines Innovationsfonds zur Förderung innovativer, sektorenübergreifender Versorgungsformen ist ein begrüßenswertes Unterfangen. Die mit diesem Gesetz

vorgesehene Umsetzung ist allerdings abzulehnen und bedarf weitreichender Änderungen.

Die Mittel des Innovationsfonds werden vollständig durch die GKV – also aus Beitragsmitteln der Mitglieder – bereitgestellt. Gefördert werden sektorübergreifende Versorgungsformen, in denen die Krankenkassen regelhaft Vertragspartner sind und hier über jahrelanges Knowhow verfügen. Trotz dieser beiden Tatbestände werden die Krankenkassen nur unzureichend in das Konzept des Innovationsfonds aktiv einbezogen. Stattdessen wird der – die Sektoren repräsentierende – Gemeinsame Bundesausschuss in die Rolle des Entscheiders über Innovationen der *sektorübergreifenden* Versorgung gebracht. Die Kompetenz in der versorgungsnahen, innovativen Vertragsgestaltung der einzelnen Krankenkassen wird nicht nachgefragt. Es irritiert zudem, wenn „in der Regel“ die Krankenkassen antragsberechtigt sein sollen – neben Vertragsärzten, zugelassenen medizinischen Versorgungszentren, zugelassenen Krankenhäusern, Kassenärztlichen Vereinigungen und Patientenorganisationen. Angesichts der Finanzierung des Fonds aus Beitragsgeldern ist es aus unserer Sicht erforderlich, dass regelhaft nur die Krankenkassen, ggf. gemeinsam mit ihren Vertragspartnern im Versorgungsvertrag, das Antragsrecht auf finanzielle Förderung haben.

Für die finanzierenden Krankenkassen besteht gemäß den nun vorgesehenen Regelungen nur die Möglichkeit der Förderung eines Teils der entstehenden Kosten für ein Versorgungsvorhaben. Investitionskosten werden nicht gefördert. Zudem ist fraglich, ob eine Förderung von präventiven oder kurativen Leistungen erfolgen kann, die bisher nicht in der Regelversorgung enthalten sind. Die Krankenkassen müssen somit im Vergleich zu den erhaltbaren Fördergeldern aus dem Innovationsfonds ein Vielfaches an Mitteln für eine eventuelle Förderung von Versorgungsprojekten aufbringen.

Im Hinblick auf die Finanzierung sind die Innungskrankenkassen der Meinung, dass die Mittel für den Innovationsfonds (300 Mio. Euro) nur einmalig gezahlt werden sollten. Die jährliche Finanzierung wird abgelehnt. Erstaufwendungen von insgesamt 1,2 Mrd. Euro bis zu einer ersten Evaluation der Entscheidungsstrukturen, Forschungsergebnisse und Versorgungswirkungen sind vor dem Hintergrund steigender Belastungen der Beitragszahler unverhältnismäßig hoch.

Der Innovationsfonds wird zur Hälfte über die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert. Sobald die Überschüsse in der Liquiditätsreserve die Mindestrücklage nicht mehr übersteigen, werden die Zuweisungen an die GKV um den entsprechenden Betrag gemindert. Damit entspricht dieser Finanzierungsanteil einer morbiditätsorientierten Umlage und ist aus unserer Sicht sachgerecht, da durch neue Versorgungsformen und mehr Versorgungseffizienz Kassen in Abhängigkeit von der Morbidität ihrer Versicherten unterschiedlich stark profitieren.



Die hälftige Finanzierung der Mittel des Innovationsfonds direkt durch die Krankenkassen erfolgt mittels einer Umlage. Diese soll sich nach der Anzahl der Versicherten einer Krankenkasse richten. Ab 2015 steht den Krankenkassen zur die Refinanzierung der Umlagebeträge aber allein das Mittel der mitgliederbezogenen Zusatzbeiträge zur Verfügung. Um Verwerfungen zwischen Kassen mit unterschiedlichen Mitgliederquoten zu vermeiden, ist eine Umlage gemäß der Mitgliederzahl einer Kasse festzulegen.

Die Verwaltung des Innovationsfonds als Sondervermögen beim Bundesversicherungsamt ist sachfremd. Durch die Einrichtung des Sondervermögens beim BVA und dessen Verwaltung entsteht ein zusätzlicher finanzieller Mehraufwand, dem keinerlei zusätzlicher Nutzen gegenüber den etablierten Verfahren der Umlagefinanzierung und -administrierung durch die GKV selbst gegenübersteht. Vielmehr ist die Gefahr der Zweckentfremdung dauerhaft erhöht. Da die Aufbringung der Mittel des Innovationsfonds allein durch die GKV erfolgt, sollte dem GKV-Spitzenverband die Verwaltung der Mittel obliegen.

Im beim G-BA einzurichtenden Innovationsausschuss soll das Bundesministerium für Gesundheit zwei und das Bundesministerium für Bildung und Forschung eine Stimme erhalten – gleichrangig mit der vorgesehenen Stimmenzahl der Leistungserbringer und der Krankenkassen. Ordnungspolitisch widerspricht diese Regelung der selbstverwalteten Organisationsstruktur und wird daher von den Innungskrankenkassen abgelehnt. Auch sachlich ist nicht ersichtlich, warum ausgerechnet die Notwendigkeit von gesetzlichen Folgeregelungen zu den neuen Versorgungsformen das Bundesministerium dazu berechtigen sollte, dauerhaft über die Verwendung von Beitragsmitteln mitzuentcheiden. Das Bundesministerium weist auch keine besondere Expertise im Hinblick auf innovative Versorgungsformen auf. Zudem ist der Einfluss auf die Mittel zur Steuerung der Versorgungsforschung vor dem Hintergrund des Forschungsförderungsauftrags des Bundes, der eigentlich aus Steuermitteln zu finanzieren ist, kritisch zu bewerten. Hier ist bei derart weitreichenden Mitentscheidungsbefugnissen des Bundesministeriums ein neuer Verschiebebahnhof zu befürchten.

Im Übrigen wird auf die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes verwiesen.

### **Änderungsvorschlag**

Gemäß des mit allen Kassenarten abgestimmten Konzeptes des GKV-Spitzenverbandes für einen Innovationsfonds schlagen wir vor:

- Geförderte Projekte müssen auf Selektivverträgen der Krankenkassen beruhen. In § 92a Absatz 1 Satz 7 werden die Wörter „in der Regel“ gestrichen.

- Förderungsfähig ist der finanzielle Aufwand, der nicht den Finanzierungsmechanismen der Regelversorgung unterliegt.
- Die Krankenkassen haben das Antragsrecht.
- Das Vergabeverfahren ist bürokratiearm zu gestalten. Der G-BA entscheidet über die Förderanträge. Hierzu wird beim G-BA ein Expertenrat, bestehend aus unabhängigen Experten, gebildet.
- Die Mittel für den Innovationsfonds (300 Mio. Euro) werden einmalig gezahlt
- Reichen die Fondsmittel zur Finanzierung aller geprüften Projekte nicht aus, bedarf es eines Priorisierungs- bzw. Quotierungsverfahrens durch den Expertenrat.
- Die Regelung, wonach das BMG und das BMBF drei Stimmen im Innovationsausschuss erhalten, entfällt.

**Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)****Nrn. 40, 43-44, 51****§§ 95, 101, 103; 116a SGB V: Flächendeckende Versorgung sicherstellen****Beabsichtigte Neuregelung**

Arztgruppengleiche (Hausarzt-) MVZ werden zugelassen (die Bedingung der fachübergreifenden Ausrichtung von medizinischen Versorgungszentren wird gestrichen). Auch Kommunen können ein MVZ – auch als Eigen- oder Regiebetrieb – gründen. Bereits zuvor waren Vertragsärzte eines MVZ berechtigt/verpflichtet, Mitglied der entsprechenden Kassenärztlichen Vereinigung zu werden und dementsprechend an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen. Dieser Versorgungsauftrag ist nun vonseiten der Kassenärztlichen Vereinigung zu prüfen.

Die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sollen sowohl bei der Feststellung einer Unter- wie Überversorgung nicht berücksichtigt werden.

Teilzeitpraxen können durch Anstellung/Jobsharing ihr Abrechnungsvolumen ausweiten, wenn es bisher unterdurchschnittlich war.

Die Regelung zum Praxisaufkauf wird verschärft. Aus der Kann-Regelung wird eine Soll-Regelung. Gleichzeitig werden Umgehungsmöglichkeiten eingeschränkt (das Anstellungsverhältnis oder der gemeinschaftliche Betrieb muss mindestens drei Jahre lang angedauert haben). Bisher ist festgeschrieben, dass Bewerber für einen Vertragsarztposten in einer Praxis bereit sein müssen, besondere, in der Ausschreibung der Kassenärztlichen Vereinigung definierte, Versorgungsbedürfnisse zu erfüllen. Zu diesen Bedürfnissen sollen nun auch explizit die Belange von Menschen mit Behinderung beim Zugang zur Versorgung zählen. Bei der Bewerbung um die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes kann neben den üblichen Auswahlkriterien bzw. neben der Dauer der Eintragung auf der Warteliste auch das besondere Versorgungsangebot eines MVZ bei der Vergabe berücksichtigt werden.

Die Zulassung von Krankenhaus/Hochschulambulanzen zur ambulanten Versorgung wird umgewandelt von einer Kann- in eine Muss-Vorschrift.

## **Bewertung**

### Nr. 41 (§ 95 SGB V) – MVZ

Die Regelungen werden begrüßt. Durch die Möglichkeit für Kommunen zur Gründung von MVZ erhalten diese die Möglichkeit, in unterversorgten Gebieten aktiv die Versorgung beeinflussen zu können.

### Nrn. 42. / 44. § 100 / § 103 jeweils Absatz 1 Satz 1 SGB V

Die geplanten Änderungen sollten gestrichen werden.

#### **Alternativ zu einer Streichung sollten die Regelungen jedenfalls geändert werden.**

Es ist nicht nachvollziehbar, warum der G-BA nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2b SGB V in Richtlinien Bestimmungen über Regelungen, mit denen bei der Berechnung des Versorgungsgrades die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte berücksichtigt werden, beschließen, diese dann aber weder bei der Überversorgung noch bei der Unterversorgung berücksichtigt werden sollen. Die ermächtigten Ärzte und die ermächtigten Einrichtungen nehmen gemäß § 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Es ist nicht nachvollziehbar, warum sie nicht auf die vertragsärztliche Versorgung bei der Bedarfsplanung angerechnet werden sollten.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene neue Regelung ist überdies nicht praktikabel.

Rechnet man z.B. wie vorgesehen die ermächtigten Ärzte und Einrichtungen an und führt dies zu einer Situation der Überversorgung, so soll für diese die Anrechnung wiederum ausgeschlossen werden.

Alternativ zu einer Streichung der Regelung sollten die Regelungen zumindest dahingehend verändert werden, dass nur die bedarfsabhängig Ermächtigten bei der Feststellung der Unter- und Überversorgung nicht zu berücksichtigen sind.

Im Gegensatz zu den bedarfsunabhängig Ermächtigten sind die bedarfsabhängig Ermächtigten nach der gesetzgeberischen Entscheidung kein regulärer Teil der ambulanten Versorgung, denn der Zulassungsausschuss darf ihnen nur dann eine Teilnahmeberechtigung erteilen, wenn es einen quantitativen oder qualitativen Bedarf gibt (st. Rspr.: BSG 14.07.1993, 6 RKa 71/91; BSG 15.03.1996, 6 RKa 42/93 BSG 30.01.2002, B 6 KA 12/01 R, BSG 19.07.2006, B6 KA 14/05 R). Diese Bedarfe sollten sichtbar und Gegenstand der gegen Unterversorgung gerichteten Maßnahmen der KV bleiben können. Weiterhin sollte die Berücksichtigung der Ermächtigten nicht dazu führen, dass Überversorgung eintritt oder der Zulassungsausschuss einen Antrag nach § 103 Absatz 3a ablehnt.

Deshalb können die bedarfsabhängig Ermächtigten bei der Beurteilung der Unter- oder Überversorgung außer Betracht bleiben.

Des Weiteren kann derzeit das Leistungsgeschehen in den ermächtigten Einrichtungen mangels Transparenz nicht derart abgebildet werden, dass geeignete Anrechnungsregelungen entwickelt werden können. Eine gesetzliche Regelung zur Herstellung dieser Transparenz wäre hierfür erforderlich und wünschenswert.

#### Nr. 43 (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V) – Jobsharing / Anstellung

Eine Flexibilisierung der Regelung in überversorgten Gebieten ist aus unserer Sicht nicht notwendig. Die geplante Änderung kann zu Leistungsausweitungen führen, die für die Versorgungssituation nicht erforderlich sind, jedoch bei den Krankenkassen zu steigenden Kosten führen.

#### Nr. 44 (§ 103 Absatz 3a SGB V) – Praxisaufkauf

Die bisherige Ausgestaltung des § 103 Absatz 3a SGB V hat die angestrebten Ziele nicht erreicht. Erforderlich sind deshalb 3 Änderungen.

Zum einen muss das Risiko der objektiven Beweislast anders verteilt werden. Derzeit liegt das Risiko, das Fehlen von Versorgungsgründen ermitteln zu müssen, beim Zulassungsausschuss. Die Neufassung verlagert dieses Risiko auf den Antragsteller.

Lässt sich weiterhin nicht positiv ermitteln, dass die Nachbesetzung aus Versorgungsgründen erforderlich ist, erlaubt die in den Gesetzesentwürfen vorgesehene „Soll“-Regelung eine Antragsstattgabe nur noch bei Vorliegen besonderer Umstände.

Die Änderung in eine „Soll-Bestimmung“ wird deshalb ausdrücklich begrüßt.

§ 103 Absatz 3a Satz 4 2. Halbsatz ist zu streichen.

Auch dies erhöht die Effektivität der gesetzlichen Regelung, da nunmehr wieder § 96 Absatz 2 Satz 6 SGB V Anwendung findet.

Mit Blick auf diese Neuregelungen ist auch die in § 103 Absatz 3a nach Satz 3 SGB V eingefügte Regelung wichtig, um sicherzustellen, dass der Aufkauf eines Arztsitzes nicht durch kurzzeitige Anstellungsverhältnisse umgangen werden kann.

Die Zulassungsmöglichkeit von Krankenhäusern in unterversorgten Regionen ist mit Blick auf die Sicherstellung der Versorgung positiv zu bewerten. Für die Finanzierung sollte auch die KV in Betracht kommen.

## **Änderungsvorschlag**

### Zu § 100 Absatz 1 Satz 1 SGB V

Die geplante Neuregelung „In Absatz 1 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter ‚die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sind bei der Feststellung einer Unterversorgung nicht zu berücksichtigen‘ eingefügt.“ wird gestrichen.

Alternativ wird die geplante Änderung wie folgt ergänzt:

In Absatz 1 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und wird nach den Wörtern „die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sind bei der Feststellung einer Unterversorgung nicht zu berücksichtigen“ folgender Halbsatz eingefügt:

„...sofern die Ermächtigung aufgrund einer Ermessensentscheidung des Zulassungsausschusses erteilt wurde oder, weil sie zu erteilen war, um eine ausreichende ambulante Versorgung oder Teile davon sicherzustellen.“

Folgende Transparenzregelung wird nach Absatz 1 Satz 2 angefügt:

„Die Vertragsparteien nach § 301 Absatz 3 vereinbaren für die ermächtigten Einrichtungen bis zum...[einsetzen: Datum des Tages 6 Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 20 Absatz1] bundeseinheitliche Grundsätze insbesondere zur Vergütungsstruktur und Leistungsdokumentation, die die Besonderheiten der ermächtigten Einrichtungen abbilden. Die Leistungsdokumentation enthält die Anzahl der in der Einrichtung tätigen Ärzte und Psychotherapeuten in Vollzeitäquivalenten und getrennt nach Fachgebieten sowie eine Differenzierung der behandelten Erkrankungen nach Art, Schwere, Komplexität und Dauer. Die Daten werden quartalsweise an den Landesausschuss nach § 90 SGB V übermittelt und jährlich zu einem Bericht zusammengefasst und veröffentlicht.“

### Zu § 101 SGB V

Die geplante Änderung, wonach in § 101 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 der Satz „6. Ausnahmeregelungen zur Leistungsbegrenzung nach Nummer 4 und 5 im Fall eines unterdurchschnittlichen Praxisumfangs“ eingefügt werden soll, sollte gestrichen werden.

### Zu § 103 Absatz 1 Satz 1 SGB V

Die geplante Neuregelung „In Absatz 1 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sind bei der Feststellung einer Überversorgung nicht zu berücksichtigen“ eingefügt.“ wird gestrichen.

#### **Alternativ wird die geplante Änderung wie folgt ergänzt:**

In Absatz 1 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und wird nach den Wörtern „die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sind bei der Feststellung einer Überversorgung nicht zu berücksichtigen“ folgender Halbsatz eingefügt:

„...sofern die Ermächtigung aufgrund einer Ermessensentscheidung des Zulassungsausschusses erteilt wurde oder, weil sie zu erteilen war, um eine ausreichende ambulante Versorgung oder Teile davon sicherzustellen.“

Folgende **Transparenzregelung** wird nach Absatz 1 Satz 2 eingefügt:

„Die Vertragsparteien nach § 301 Absatz 3 vereinbaren für die ermächtigten Einrichtungen bis zum...[einsetzen: Datum des Tages 6 Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 20 Absatz1] bundeseinheitliche Grundsätze insbesondere zur Vergütungsstruktur und Leistungsdokumentation, die die Besonderheiten der ermächtigten Einrichtungen abbilden. Die Leistungsdokumentation enthält die Anzahl der in der Einrichtung tätigen Ärzte und Psychotherapeuten in Vollzeitäquivalenten und getrennt nach Fachgebieten sowie eine Differenzierung der behandelten Erkrankungen nach Art, Schwere, Komplexität und Dauer. Die Daten werden quartalsweise an den Landesausschuss nach § 90 SGB V übermittelt und jährlich zu einem Bericht zusammengefasst und veröffentlicht.“

### Zu § 103 SGB V:

In Absatz 3a werden im Satz 3 im 1. Halbsatz die Wörter „wenn eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist“ gestrichen und geändert. § 103 Absatz 3a, Satz 3 1. Halbsatz heißt demzufolge:

„Der Zulassungsausschuss soll den Antrag ablehnen, es sei denn, die Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes ist aus Versorgungsgründen erforderlich.“

§ 103 Absatz 3a Satz 4 2. Halbsatz wird gestrichen.

## **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 52c**

#### **§ 116b Absatz 8: Ambulante spezialfachärztliche Versorgung**

##### **Beabsichtigte Neuregelung**

Durch diese Änderung wird die Frist abgeschafft, eine nach § 116b SGB V in der bis zum 31.12.2011 geltenden Fassung (§ 116b alt) getroffene Bestimmung zwei Jahre nach einem neuen Beschluss des G-BA aufzuheben. Dadurch wird für Krankenhäuser, die für eine ambulante Versorgung nach § 116b alt bestimmt worden sind, ein dauerhafter Bestandsschutz geschaffen.

Zudem wird diskutiert, die Einschränkung auf den „schweren Verlauf“ zu überprüfen.

##### **Bewertung**

Eine auf Dauer angelegte Parallelstruktur der ambulanten Behandlung im Krankenhaus (§ 116b alt) und der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (116b neu) wird abgelehnt.

Ein dauerhafter Bestandsschutz der nach § 116b alt bestimmten Krankenhäuser würde deren Motivation zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b neu auch im Hinblick auf die darin neu formulierten Qualitätsstandards erheblich senken. Der Grundgedanke der ASV, nämlich die Stärkung der sektorenübergreifenden Kooperation, wäre damit u.a. dadurch gefährdet, dass den an der ASV interessierten niedergelassenen Vertragsärzten zur Teambildung weniger potentielle stationäre Kooperationspartner zur Verfügung ständen.

Eine mögliche Aufhebung der Einschränkung der ASV auf schwere Verlaufsformen wird auf Grundlage des jetzigen Diskussionsstandes derzeit ebenfalls abgelehnt. Sie dient nicht zuletzt der Sicherstellung, dass die gerade bei schweren Verlaufsformen benötigte, in der ASV gebündelte hochspezialisierte Expertise auch genau dieser Patientengruppe zielgerichtet und zeitnah zur Verfügung steht. Zudem ist in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante Behandlung im Krankenhaus (§ 116b SGB V – alt) bspw. für rheumatologische Erkrankungen bereits eine Einschränkung auf schwere Verlaufsformen vorgesehen. An der Notwendigkeit und Richtigkeit gewisser Einschränkungen hat sich auch im neuen § 116b nichts geändert.



## **Änderungsvorschlag**

Die Formulierung des gültigen § 116b Absatz 8 ist beizubehalten.

Ferner wird eine neue Regelung eingefügt: Der Bestandsschutz endet spätestens zwölf Monate nach Inkrafttreten der jeweiligen neuen indikationsspezifischen G-BA Richtlinie nach § 116b SGB V.

## **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 53**

#### **§ 117: Hochschulambulanzen**

##### **Beabsichtigte Neuregelung**

Hochschulambulanzen sollen nach der Neufassung in unbeschränktem Umfang zur ambulanten ärztlichen Behandlung der Versicherten und der in § 75 Absatz 3 genannten Personen ermächtigt werden.

Eine Überweisung durch einen Facharzt ist zwingende Voraussetzung, wobei Ausnahmen bzw. zusätzliche Überweisungsgebote bei Behandlungen im Rahmen von Forschung und Lehre vorgesehen werden können.

Die Gruppen von Patienten, die einer Versorgung durch die Hochschulambulanzen bedürfen, werden in einer dreiseitigen Vereinbarung festgelegt. Als Konfliktlösungsmechanismus bei Nichteinigung ist das erweiterte Bundesschiedsamt nach § 89 Absatz 4 SGB V vorgesehen.

##### **Bewertung**

Die Initiative des Gesetzgebers, den Bereich der Hochschulambulanzen durch bundeseinheitliche Regelungen transparenter zu gestalten wird grundsätzlich begrüßt. Allerdings besteht noch an mehreren Stellen Änderungsbedarf.

Die Hochschulambulanzen sind zwingend in der Bedarfsplanung zu berücksichtigen. Eine bedarfsunabhängige Zulassung und Ausweitung des Ermächtigungsumfangs der Hochschulambulanzen erhöht die Gefahr der Leistungsausweitung in stets überversorgten Gebieten ohne Auswirkungen auf strukturschwache Regionen. Spezialisierte Facharztpraxen siedeln sich ohnehin zumeist im Umfeld der Universitätsinstitute an. Die Konkurrenzsituation der niedergelassenen Ärzte wird zudem verstärkt, wenn Ausnahmen zur erforderlichen Überweisung durch Fachärzte getroffen werden.

Im erweiterten Schiedsamt müssen den Kostenträgern die Hälfte der Stimmen bei der Stimmverteilung zugestanden werden.

Die Leistungen der Hochschulambulanzen müssen von den übrigen Versorgungsbereichen genau abgrenzbar sein. Es besteht insbesondere die Notwendigkeit zu definieren, was einen Hochschulambulanzen-Patienten von einem Nicht-Hochschulambulanzen-Patienten unterscheidet und somit auch die Abgrenzung zur Behandlung im vertragsärztlichen Bereich bundeseinheitlich festzulegen.

Psychologische Universitätsinstitute dürfen nicht für die ambulante Behandlung von Versicherten einbezogen werden, da die Bedarfsdeckung durch eine ausreichende Anzahl an Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) erfolgt.

### **Änderungsvorschlag**

#### Zu Absatz 1 Satz 1 SGB V

Ambulanzen, Institute und Abteilungen der Hochschulkliniken (Hochschulambulanzen) sind zur ambulanten ärztlichen Behandlung der Versicherten und der in § 75 Absatz 3 genannten Personen in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang ermächtigt. Darüber hinaus sind Hochschulambulanzen vom erweiterten Landesausschuss gem. § 116b Absatz 3 zu ermächtigen, Personen die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanz bedürfen zu behandeln, soweit und solange dies aus Versorgungsgründen erforderlich ist und sofern sie die hierfür jeweils maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen der Vereinbarung nach Satz 3 erfüllen und dies gegenüber des nach Maßgabe des § 116 b Absatz 3 Satz 1 erweiterten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 Absatz 1 unter Beifügung entsprechender Belege nachweisen.

#### Zu Absatz 1 Satz 6 SGB V

Nach dem Wort „Krankenhausgesellschaft“ werden die Wörter „in der gleichen Zahl erweitert, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorgesehen ist (erweitertes Bundesschiedsamt).“ gestrichen und ersetzt durch „sowie der Krankenkassen in jeweils gleicher Zahl erweitert und entscheidet mit einfacher Stimmenmehrheit; bei der Gewichtung der Stimmen zählen die Stimmen der Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen doppelt.“

#### Zu Absatz 1 Satz 7 SGB V

Streichung Neufassung.

## **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 56 b) zu Doppelbuchstabe dd**

#### **§ 120: Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

In Absatz 2 Satz 5 werden nach dem Wort „an“ die Wörter „nach den Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ und nach dem Wort „Investitionskostenabschlag“ die Wörter „von höchstens 5 Prozent“ eingefügt.

#### **Bewertung**

Die geplante Absenkung des Investitionskostenabschlags von 10 Prozent auf 5 Prozent ist abzulehnen. Die Bundesländer sollen Ihrer nach wie vor bestehenden Verpflichtung der Finanzierung der Investitionskosten in stärkerer Form nachkommen.

#### **Änderungsvorschlag**

Streichung der Ergänzungen „von höchstens 5 Prozent“ in Absatz 2 Satz 5 der Neufassung.

## **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 61**

#### **§ 134a SGB V: Versorgung mit Hebammenhilfe**

##### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Kranken- und Pflegekassen können keine Regressforderungen aufgrund von Behandlungsfehlern von freiberuflich geburtshilflich tätigen Hebammen mehr stellen. Es wird somit eine Enthaftung freiberuflicher Hebammen festgeschrieben, mit dem Ziel, dem in der Vergangenheit zu beobachtenden Anstieg der Versicherungsprämien (Haftpflicht) entgegenzuwirken. Ferner soll eine Regelung eingeführt werden, wonach die Entlastung von Hebammen nicht durch eine gesamtschuldnerische Haftung unterlaufen wird.

##### **Bewertung**

Die Regelung wird abgelehnt. Fehler freiberuflicher Hebammen und die daraus entstehenden Folgekosten für die gesetzliche Krankenversicherung, die bislang von der Haftpflichtversicherung der Hebammen getragen wurden, werden nunmehr auf die Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung übertragen. Das Verursacherprinzip soll für Hebammen im Verhältnis zur Solidargemeinschaft der Beitragszahler nicht mehr gelten.

Mit Blick auf die besondere Situation der hohen Beiträge zur Haftpflichtversicherung für freiberufliche Hebammen ist es zwar nachvollziehbar, nach einer pragmatischen Lösung zu suchen. Gefunden wurde sie allerdings mit dieser Regelung nicht.

Aus ordnungspolitischer Sicht ist der Vorschlag nicht haltbar. Es besteht kein hinreichender Grund, warum die Versichertengemeinschaft der GKV für ein versagendes Haftpflichtversicherungssystem der privaten Versicherungswirtschaft gerade stehen muss. Durch die Enthaftung der Hebammen für Folgekosten, die der Solidargemeinschaft entstehen, werden sicherlich die Prämien der Haftpflichtversicherung für Hebammen sinken. Ordnungspolitisch besser wäre allerdings eine direkte Subventionierung der Versicherungswirtschaft über Steuermittel, insbesondere auch, da Leistungen der Geburtshilfe eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe sind.

Zudem wird ein Präjudiz für Forderungen anderer Leistungserbringer im Gesundheitswesen nach einer Enthaftung geschaffen.

## **Änderungsvorschlag**

Streichung der vorgesehenen Regelung. Zur Aufrechterhaltung bzw. Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung wäre eine Unterstützung aus Steuermitteln vonnöten.

## **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

**Nrn. 64, 66**

### **§§ 137c, 137h (neu) SGB V: Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Der im Krankenhausbereich geltende Grundsatz der "Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt" wird beibehalten. (§ 137c SGB V)

Mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf beabsichtigt die Bundesregierung, eine systematische Bewertung durch den G-BA von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) im Krankenhaus einzuführen, die auf der Anwendung von Medizinprodukten hoher Risikoklassen (IIB und III) basieren.

#### **Bewertung**

##### Zu 137c:

Der neue Absatz. 3 sollte gestrichen werden, da der „Verbotsvorbehalt“ nur unzureichend greift. Insofern sollten die Zustimmungen des G-BA Voraussetzung für die Erbringung neuer Methoden sein. Sofern der neue Absatz 3 in § 137c SGB V nicht gestrichen wird, sollte man die Leistungserbringung nur Krankenhäusern der Maximalversorgung vorbehalten.

##### Zu 137h:

Gegenüber der aktuellen Anwendungssituation von Medizinprodukten höherer Risikoklassen stellt die neue Gesetzesregelung eine Verbesserung im Sinne von Qualitätssicherung und Patientensicherheit dar. Der GKV-Spitzenverband hat die betreffenden Regelungen einer umfassenden Bewertung unterzogen, der wir uns vollumfänglich anschließen. Gleiches gilt für sein Alternativkonzept zur Methodenfrühbewertung.

Mit Blick auf die Qualitätsprüfung von Medizinprodukten der Risikoklassen IIB und III bei der Zulassung – also im Vorgriff einer Anwendung bspw. im Krankenhaus als NUB – ist ferner festzuhalten, dass eine Änderung des Medizinproduktegesetzes auf EU-Ebene, die die Zertifizierung bzw. Zulassung derartiger Medizinprodukte umfassend neu regeln soll, bislang nicht vorangekommen ist. Aus Sicht der Innungskrankenkassen benötigen Hochrisiko-Medizinprodukte eine Zulassung durch eine zentrale, unabhängige Einrichtung auf europäischer Ebene, klinische Prüfungen, die für jeden Hersteller obligatorisch

sind und verlässliche Marktüberwachungsstudien, um Nebenwirkungen systematisch zu erfassen. Insoweit wäre es sehr zu begrüßen, wenn sich die Bundesregierung im Rahmen des Gesetzgebungsprozesses auf europäischer Ebene entsprechend einbringt.

### **Änderungsvorschlag**

Streichung § 137c Absatz 3

Die Bundesregierung wird gebeten, sich auf europäischer Ebene für ein Zulassungsregime einzusetzen, das eine unabhängige, zentrale Zulassung von Hochrisikoprodukten sowie klinische Prüfung obligatorisch vorsieht.

Im Übrigen wird auf die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbands verwiesen.



**Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)****Nrn. 80, 81, 82****§§ 275, 278, 279 SGB V: Medizinischer Dienst der Krankenversicherung****Beabsichtigte Neuregelung**Nr. 80 (§ 275 Absatz 4a SGB V):

Durch den neu eingefügten Absatz wird dem Medizinischen Dienst die Möglichkeit eröffnet, auch Beamte nach § 48 Bundesbeamtengesetz ärztlich zu untersuchen, ärztliche Gutachten zu fertigen und dadurch Bundesbehörden im Verfahren der Feststellung der Dienstunfähigkeit zu unterstützen. Voraussetzung ist, dass die Wahrnehmung der übrigen Aufgaben durch den Medizinischen Dienst für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung nicht beeinträchtigt wird. Näheres über das Verfahren und die Höhe der Kostenerstattung sind in einer Vereinbarung zu regeln, die der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen mit dem Bundesministerium des Innern unter Beteiligung der Medizinischen Dienste, die diese Aufgabe übernehmen wollen, zu schließen hat.

Nr. 81 (§ 278 SGB V):

Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung, aufgrund der Streichung der Sätze 1 und 2 des § 283 SGB V (Überführung der BAHN-BKK in den Aufgabenbereich der MDK). Die BAHN-BKK wird hierdurch Mitglied der Arbeitsgemeinschaft „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“.

Nr. 82 (§ 279 SGB V):

Die Änderungen beinhalten die Erweiterung der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung um stimmberechtigte Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen sowie der Pflegeberufe. Hierbei wird das Verhältnis der bisher gewählten Vertreter im Verwaltungsrat und den neu hinzukommenden Vertretern mit zwei Dritteln zu einem Drittel festgelegt. Die Höchstanzahl der Verwaltungsratsmitglieder wird auf achtzehn (bisher sechzehn) festgelegt.

Die Wählbarkeitsvoraussetzungen von Mitgliedern in den Verwaltungsräten werden insoweit geändert, dass künftig keine hauptamtlichen Mitarbeiter der Krankenkassen in den Verwaltungsrat der MDK gewählt werden können.

Über die Benennung der neu hinzukommenden Vertreter bestimmt die oberste Verwaltungsbehörde des Landes auf jeweils hälftigen Vorschlag der für die Wahrnehmung der Interessen der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen maßgeblichen Organisationen und maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe.

Spätestens drei Jahre nach Inkrafttreten sollen Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen sowie der Pflegeberufe in den Verwaltungsräten vertreten sein. In den Fällen, in denen die reguläre Amtsdauer des Verwaltungsrates noch mehr als drei Jahre beträgt, werden die neu hinzukommenden Vertreter zusätzlich zu den gewählten Vertretern bestimmt. Während dieser Übergangszeit kann dann auch die Höchstzahl von 18 Mitgliedern überschritten werden.

## **Bewertung**

### Zu Nr. 80 (§ 275 Absatz 4a SGB V):

Die Feststellung, dass der Medizinische Dienst über die erforderliche sozialmedizinische Kompetenz verfügt und sich aufgrund seiner flächendeckenden Präsenz im besonderen Maße eignet, bei der Begutachtung von Bundesbeamten unterstützend tätig zu werden, ist nachvollziehbar und auch ein Beleg für die kompetente und akzeptierte Arbeit der MDK. Dennoch sollte aus Sicht der Innungskrankenkassen von einer entsprechenden Aufgabenausweitung der MDK Abstand genommen werden.

Die Dauer der Gutachterverfahren bei den MDK ist in der vergangenen Zeit sehr kritisch diskutiert worden, was letztendlich dazu geführt hat, dass der Gesetzgeber im Zuge des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes verbindliche Fristen für die Begutachtung festgelegt hat. Der IKK e.V. stand einer entsprechenden Regelung immer wohlwollend gegenüber, sieht nunmehr durch die mögliche Ausgabenausweitung jedoch die Gefahr, dass die MDK bei der Einhaltung der Fristen unnötig unter Druck geraten. Die im Satz 1 vorangestellte Einschränkung „*soweit die Erfüllung der dem medizinischen Dienst obliegenden Aufgaben nicht beeinträchtigt wird...*“ ist aus unserer Sicht zu unbestimmt und von daher ungeeignet, um eine Beeinträchtigung der originären, gesetzlich zugewiesen und schlussendlich aus Beitragsmitteln finanzierten Aufgaben der MDK auszuschließen.

Des Weiteren sollte bedacht werden, dass eine Öffnung der MDK für die Begutachtung von Bundesbeamten ggf. die Länder und Kommunen auf den Plan ruft, die ebenfalls eine entsprechende Unterstützung durch die MDK einfordern könnten. Einem entsprechenden etwaigen Vorstoß kann dann schwerlich begegnet werden, zumal die MDK regional strukturiert sind und eine Begutachtung in den jeweiligen Ländern und Kommunen wohnort- bzw. dienstortnah erfolgen würde. Hinzu kommt das damit einhergehende etwaige Begutachtungsvolumen. Während der Bund über 180.000 Beamte verfügt,

kommen die Länder und Kommunen auf knapp 1,5 Mio. Landes- bzw. Kommunalbeamte.

Weiter lehnen die Innungskrankenkassen eine mit der Aufgabenerledigung einhergehende und mit dem Bundesministerium des Innern zu vereinbarende Kostenerstattung ab. Ein wichtiger Garant für die Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung ist die Umlagefinanzierung durch die Pflegekassen. Die Einführung einer vertraglich vereinbarten Einzelleistungsvergütung stellt von daher ein systemfremdes Element dar und bringt die Gefahr mit sich, dass das Bild eines unabhängigen MDK Schaden nimmt. Ferner stellt sich die Frage, inwieweit die Erledigung einzelleistungsvergüteter Auftragsgeschäfte für Dritte steuerrechtliche Konsequenzen, wie die Auslösung einer Umsatzsteuerpflicht, zur Folge haben. Des Weiteren ist fraglich, ob die unterschiedlichen Kostenstrukturen der MDK in einem zwischen dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) und dem Bundesministerium des Innern zu vereinbarenden Vertrag hinreichend berücksichtigt werden können, d.h. die Kostenerstattung für jeden MDK auch kostendeckend ist. Hier sehen die Innungskrankenkassen die Gefahr einer Quersubventionierung aus den umlagefinanzierten Mitteln der Kranken- und Pflegekassen. Sofern der Gesetzgeber an dieser Regelung festhält, wären individuelle Vereinbarungen des Bundesministeriums des Innern mit den jeweiligen interessierten MDK einer zentralen Vereinbarung mit dem MDS vorzuziehen.

Abschließend möchten wir darauf hinweisen, dass die Problematik, zeitnah Gutachter für die ärztliche Beurteilung zu finden, kein ausschließliches Problem der öffentlichen Gesundheitsdienste ist, sondern seit geraumer Zeit auch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung beschäftigt. Vielerorts ist schlichtweg ein Mangel an qualifiziertem ärztlichem Personal, die im Auftrag der MDK tätig werden wollen, festzustellen. Von daher erachten wir die Möglichkeit der Aufgabendelegierung an den MDK unter diesem Gesichtspunkt als ungeeignet, um dem Problem des Gutachtermangels adäquat zu begegnen.

#### Zu Nr. 81 (§ 278 SGB V):

Die Änderung ist aufgrund der Streichung der Sätze 1 und 2 des § 283 SGB V (Überführung der BAHN-BKK in den Aufgabenbereich der MDK) folgerichtig. Die damit einhergehende Klarstellung, dass die Finanzierung der Leistungen für die BAHN-BKK nach den Regelungen für die übrigen Krankenkassen (Umlagefinanzierung) erfolgt, ist zu begrüßen.

Zu Nr. 82 (§ 279 SGB V):

Der Ausschluss hauptamtlicher Kassenmitarbeiter aus den Verwaltungsräten der MDK wird vom IKK e.V. ausdrücklich begrüßt. Die Erweiterung der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung um Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen sowie der Pflegeberufe sehen wir hingegen kritisch. Die Gewährung eines Stimmrechts lehnen wir strikt ab.

Hinsichtlich der beabsichtigten Änderung der Wählbarkeitsvoraussetzungen schlagen wir über den Ausschluss hauptamtlicher Kassenmitarbeiter hinaus eine explizite Regelung für eine ausschließliche Besetzung durch Mitglieder der Selbstverwaltung vor. Auf diesem Wege würden die gewählten Vertreter in den Verwaltungsräten der MDK analog der Besetzung der Verwaltungsräte der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund der Sozialversicherungswahlen eine besondere Legitimation erfahren. Die Selbstverwaltungen der Trägerorganisationen der Medizinischen Dienste sind ressourcen- und kompetenzmäßig in der Lage, die Trägerorganisationen angemessen zu vertreten. Das heutige Stimmenverhältnis in den Verwaltungsräten der MDK ließe sich auch über gewichtete Stimmen abbilden und muss nicht an Köpfen festgemacht werden.

Aus der Gesetzesbegründung sowie der Gegenäußerung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates vom 06.02.2015 zum Entwurf des GKV-VSG ist zu entnehmen, dass durch die vorgesehene Neuregelung ein konkreter Auftrag des Koalitionsvertrages für die 18. Legislaturperiode umgesetzt werden soll. Als eine plausible Begründung für die avisierte Erweiterung der MDK-Verwaltungsräte um Vertreter der Pflegeberufe erscheint uns dies nicht.

Wenn man der in der Gegenäußerung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates vom 06.02.2015 zum Entwurf des GKV-VSG dargelegten Logik folgt, dass die Vertreter der Pflegeberufe ein nachvollziehbares Interesse an einer finanziellen Ausstattung und organisatorischen Ausgestaltung der MDK haben, könnte auch andere Vertragspartner der gesetzlichen Krankenversicherung, die bspw. vom MDK geprüft werden, ein ähnlich gelagertes Interesse unterstellt werden. Nichtsdestotrotz führt dieser Umstand nicht zu der Auffassung, dass neben Vertretern der Pflegeberufe auch andere Leistungserbringer-Vertreter in den Verwaltungsräten der MDK vertreten sein sollten. Der Hinweis des Bundesrates, dass alsbald auch Vertreter anderer Verbände von Leistungserbringern Stimme und Sitz im Verwaltungsrat der MDK verlangen könnten, ist von daher richtig.

Die Einbindung von Vertretern der Pflegeberufe ist aus ordnungspolitischer Sicht nicht nachzuvollziehen. Die Trägerschaft der MDK liegt ausschließlich bei den Krankenkas-

sen, eine Verantwortung der Pflegeberufe für die Arbeit der MDK ist in keiner Weise gegeben.

Darüber hinaus lassen sich aus den bis dato gemachten Erfahrungen mit gesetzlich normierten Beteiligungsrechten für Vertreter der Pflegeberufe nur schwerlich signifikante Qualitätsverbesserungen für die Versicherten ableiten, wie die Verhandlungen und die erzielten Ergebnisse bei den Pflege-Transparenzvereinbarungen (PTV) eindrucksvoll zeigen. Im Interesse der Versicherten sollte daher von einer Einbindung der schlussendlich wirtschaftlichen Interessen unterliegenden Vertretern der Pflegeberufe zwingend abgesehen werden.

In Hinblick auf die Einbindung der Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen sprechen sich die Innungskrankenkassen gegen ein Stimmrecht aus und würden hier ein Antrags- und Beratungsrecht als zielführender ansehen. Auch hier haben die Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen aufgrund der fehlenden Trägerschaft die Arbeit der MDK nicht direkt zu verantworten. Ihnen fehlt die demokratische Legitimation, wie sie die – durch Sozialwahlen gewählten – Selbstverwalter aufweisen. Ein Stimmrecht ist hier systemfremd und von daher unverhältnismäßig. Bei einschlägigen Gesetzgebungsverfahren und im Rahmen untergesetzlicher Normenfestsetzung, wie den Begutachtungs- und Qualitätsprüfungsrichtlinien des GKV-Spitzenverbandes sind die Betroffenen bereits jetzt mit Stellungnahme-, Anwesenheits- und Mitberatungsrechten ausgestattet.

### **Änderungsvorschlag**

Zu Nr. 80 (§ 275 Absatz 4a SGB V):

§ 275 Absatz 4a (neu) SGB V ist zu streichen.

Zu Nr. 81 (§ 278 SGB V):

keine Änderung

Zu Nr. 82 (§ 279 SGB V):

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Neufassung ist zu streichen

5 bb) In Satz 2 wird die Angabe „§51 Absatz 1 Nr. 2 bis 4, Absatz 6 Nr. 2 bis 4, Nr. Buchstabe b und c und Nr. 6 Buchstabe a“ durch die Angabe „§ 51 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 4 und Absatz 6 Nummer 2 bis 6“ ersetzt.

cc) Folgende Sätze werden angefügt:

*„Zusätzlich zu den nach Satz 1 bis 3 gewählten Vertretern erhalten drei Vertreter der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen als nicht stimmberechtigte Mitglieder im Verwaltungsrat einen Sitz. Diese verfügen über ein Antrags- und Mitberatungsrecht. Sie werden auf Vorschlag der für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden Angehörigen maßgeblichen Organisationen auf Landesebene von der zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes bestimmt.“*

- b) Absatz 3 Satz 1:  
*„Der Verwaltungsrat hat höchstens sechzehn Vertreter“* wird durch *„Der Verwaltungsrat hat höchstens sechzehn stimmberechtigte nach § 51 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB IV gewählten Mitglieder und drei nicht stimmberechtigte Mitglieder aus der Gruppe der Vertreter der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen“* ersetzt.
- c) Neufassung ist zu streichen.

## **Ergänzender Regelungsbedarf**

Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme vom 6. Februar 2015 unter der Nr. 70 „Zu Artikel 1 Nummer 66a - neu - (§ 139 Absatz 9 - neu - SGB V), Nummer 84a - neu - (§ 284a - neu - SGB V) und Nummer 84 Buchstabe c (§ 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 17 - neu - SGB V)“ die Einführung eines gesetzlichen Rahmens zur Beauftragung von externen Hilfsmittelberatern gefordert. Dies wird von den Innungskrankenkassen ausdrücklich begrüßt. Eine gesetzliche Regelung für die Beauftragung externe Hilfsmittelberater ist sinnvoll und erforderlich, um eine rechtssichere Grundlage für die Beauftragung externer Hilfsmittelfachberatungen zu schaffen, eine klare Aufgabenabgrenzung zum Medizinischen Dienst zu verankern und einheitliche Standards für die erfolgsunabhängige und qualitätsgesicherte Beratung festzulegen.