

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0091(2)
gel. VB zur öAnhörung am 25.03.
15_GKV-VSG
17.03.2015



BUNDESVERBAND

**Stellungnahme des
AOK-Bundesverbandes zur
Anhörung des Gesundheitsausschusses
am 25.03.2015
zum
Entwurfs eines Gesetzes zur
Stärkung der Versorgung in der
gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)**

Bundestagsdrucksache 18/4095

Stand: 17.03.2015

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Str. 31
10178 Berlin

Tel. 030/ 3 46 46 2299
Fax 030/ 3 46 46 - 232

I. Zusammenfassende Vorbemerkung	9
II. Gesetzentwurf.....	14
Zu Artikel 1 Nr. 2 b) § 11 SGB V Anspruch auf Zweitmeinung	14
Zu Artikel 1 Nr. 4 § 22a SGB V Zahnprävention bei Pflegebedürftigen.....	15
Zu Artikel 1 Nr. 5 a und b § 24 i SGB V Anspruch auf Mutterschaftsgeld.....	17
Zu Artikel 1 Nr. 6 a, b und c § 27 Abs. 1a SGB V Krankenbehandlung - Leistungsanspruch von Lebendspendern von Blut zur Separation von Blutstammzellen und anderen Blutbestandteilen	19
Zu Artikel 1 Nr. 7 § 27b SGB V Anspruch auf Zweitmeinung	21
Zu Artikel 1 Nr. 8 § 33 Absatz 8 Satz 2 SGB V Hilfsmittel Zuzahlung Vergütungsanspruch	23
Zu Artikel 1 Nr. 9 § 39 SGB V Krankenhausbehandlung - Entlassmanagement	24
Zu Artikel 1 Nummer 10 a) § 40 Abs. 1 SGB V Mobile Rehabilitationsleistungen durch wohnortnahe Einrichtungen	27
Zu Artikel 1 Nummer 10 b) § 40 Abs. 2 SGB V Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten bei Leistungen der medizinischen Rehabilitation	28
Zu Artikel 1 Nummer 10 c) § 40 Abs. 3 SGB V Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten bei Leistungen der medizinischen Rehabilitation	31
Zu Artikel 1 Nr.11 § 43b (neu) SGB V Nichtärztliche Leistungen für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen.....	32
Zu Artikel 1 Nr. 14 a und b § 44a SGB V Krankengeld bei Spende von Organen, Geweben oder Blut	36
Zu Artikel 1 Nr. 16 § 47a SGB V Beitragszahlungen der Krankenkassen an berufsständische Versorgungseinrichtungen	39
Zu Artikel 1 Nr. 17 § 53 Abs. 3 SGB V Wahltarife	40
Zu Artikel 1 Nr. 18 § 55 Abs. 1 SGB V Zahnersatz.....	41
Zu Artikel 1 Nr. 19 § 56 Abs. 4 SGB V Regelversorgung.....	42
Zu Artikel 1 Nr. 20 § 57 Abs. 2 SGB V Höchstpreise für zahntechnische Leistungen.....	43
Zu Artikel 1 Nr. 21 § 60 SGB V Genehmigungspflicht für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung	44
Zu Artikel 1 Nr. 22 § 63 SGB V Wegfall Satzungserfordernis Modellvorhaben.....	45
Zu Artikel 1 Nr. 23 § 64 SGB V Modellvorhaben / Vereinbarungen mit Leistungserbringern: Bereinigung Gesamtvergütung und Krankenhausbudgets.....	46
Zu Artikel 1 Nr. 24 a) bis c) § 71 SGB V Änderung Vorlagepflicht Besondere Versorgung/Verschärfung Aufsichtsrechte	47

Zu Artikel 1 Nr. 25 § 73 Abs.8 SGB V Sicherstellung einer vollständigen, richtlinienkonformen und wirtschaftlichen Verordnungsweise von Heilmitteln durch Vertragsärzte	49
Zu Artikel 1 Nr. 26 § 73a SGB V Wegfall Vertragstyp Strukturverträge	50
Zu Artikel 1 Nr. 27 a) bis c) und e) § 73b SGB V Änderung/Angleichung HzV	51
Zu Artikel 1 Nr. 27 d) § 73b SGB V Bereinigung Gesamtvergütung	54
Zu Artikel 1 Nr. 28 § 73c SGB V Wegfall Vertragstyp besondere ambulante Versorgung	57
Zu Artikel 1 Nr. 29 §75 - Abs. 1 SGB V Terminservicestellen	58
Zu Artikel 1 – Nr. 30 § 75 a (neu) SGB V Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin	60
Zu Artikel 1 Nr. 31 § 76 Abs. 1a SGB V Ambulante Inanspruchnahme der Krankenhäuser im Zusammenhang mit den Terminservicestellen	63
Zu Artikel 1 Nr. 32 § 79 Abs. 3a SGB V Getrenntes Stimmrecht in den Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen	64
Zu Artikel 1 Nr. 33 § 79c SGB V Beratender Fachausschuss für angestellte Ärzte.....	65
Zu Artikel 1 Nr. 34 § 87 SGB V Vorgaben zum EBM.....	66
Zu Artikel 1 Nr. 35 a) und c) § 87a SGB V Gültigkeit von Punktwertzuschlägen bei Vereinbarungen nach § 119b Abs. 2 SGB V / Vorgaben des Bewertungsausschusses zum Bereinigungsverfahren.....	69
Zu Artikel 1 Nr. 35 b) § 87a Abs. 4a SGB V Überprüfung der Aufsatzwerte der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV).....	71
Zu Artikel 1 Nr. 36 § 87b SGB V Abtrennung weiterer Vergütungsabschnitte / Honorarvereinbarung.....	73
Zu Artikel 1 Nr. 37 § 90 SGB V Ergänzende Vorlagenpflicht der Landesausschüsse bei den Landesbehörden.....	76
Artikel 1 Nr. 38 § 91 SGB V Gemeinsamer Bundesausschuss.....	77
Zu Artikel 1 Nr. 39 a) - § 92 Absatz 6a (neu) SGB V Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie.....	78
Zu Artikel 1 Nr. 39 b) § 92 Abs. 7f SGBV Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.....	79
Zu Artikel 1 Nr. 40 § 92a Abs. 1-3 und 5 / §92b SGB V Innovationsfonds.....	80
Zu Artikel 1 Nr. 41 § 95 SGB V Zulassung fachübergreifender und kommunaler MVZ	83
Zu Artikel 1 Nr. 42 § 100SGB V Unterversorgung	85
Zu Artikel 1 Nr. 43 § 101 SGB V Ausnahmeregelung „Unterdurchschnittlicher Praxisumfang“	86
Zu Artikel 1 Nr. 44 a) § 103 Abs. 1 SGB V Zulassungsbeschränkungen.....	87
Zu Artikel 1 Nr. 44 b und c) - § 103 SGB V Zulassungsbeschränkung.....	88

Zu Artikel 1 Nr. 45 § 105 SGB V	91
Förderung der vertragsärztlichen Versorgung.....	91
Zu Artikel 1 Nr. 46 § 106a SGB V Änderung Abrechnungsprüfung	92
Zu Artikel 1 Nr. 47 § 106b und Artikel 2 Nr. 6 und 8 §§ 106 und 106 c SGBV Regionalisierung der Wirtschaftlichkeitsprüfung	94
Zu Artikel 1 Nr. 48 § 112 SGB V Zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung.....	98
Zu Artikel 1 Nr. 49 § 113 Abs. 4 SGB V Wirtschaftlichkeitsprüfung ambulanter Behandlung im Krankenhaus	99
Zu Artikel 1 Nr. 50 § 115 SGBV Dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäuser und Vertragsärzten	100
Zu Artikel 1 Nr. 51 § 116a SGB V Ambulante Behandlung im Krankenhaus bei Unterversorgung.....	101
Zu Artikel 1 Nr. 52 § 116b SGB V Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)	102
Zu Artikel 1 Nr. 53 § 117 SGB V Hochschulambulanzen.....	105
Zu Artikel 1 Nr. 54 § 119b Absatz 3 SGB V Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen / Evaluation	107
Zu Artikel 1 Nr. 55 § 119c SGB V Medizinische Behandlungszentren	109
Zu Artikel 1 Nr. 56 § 120 SGB V Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen.....	110
Zu Artikel 1 Nr. 57 § 125 Abs.1 SGB V Rahmenempfehlungen Heilmittel.....	111
Artikel 1 Nr. 58 § 129 SGB V Rahmenvertrag nach § 129 SGB V (Retaxierung).....	112
Zu Artikel 1 Nr. 59 § 130 Abs. 1 SGB V Änderung Apothekenabschlag	114
Artikel 1 Nr. 60 § 132 SGB V Versorgung mit Haushaltshilfen	115
Zu Artikel 1 Nr. 61 § 134a SGB V Regressverzicht gegenüber freiberuflichen Hebammen	116
Zu Artikel 1 Nr. 62 § 135 Abs. 1 SGB V Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	118
Zu Artikel 1 Nr. 63 § 137 Abs. 3 SGB V Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung.....	119
Zu Artikel 1 Nr. 64 § 137c SGB V Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus	120
Zu Artikel 1 Nr. 65 § 137f Abs. 1 SGB V Erweiterung Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP).....	123
Zu Artikel 1 Nr. 66 § 137h SGB V Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten der Risikoklasse IIb und III.....	124
Zu Artikel 1 Nr. 67 a) § 139a SGB V Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen	127

Zu Artikel 1 Nr. 67 b) § 139b SGB V Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen	128
Zu Artikel 1 Nr. 69 § 140a SGB V Besondere Versorgung	129
Zu Artikel 1 Nr. 70 § 140f SGB V Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten	133
Zu Artikel 1 Nr. 71 § 192 SGB V Fortbestehen der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger	135
Zu Artikel 1 Nr. 72 § 217f Abs. 4a SGB V Richtlinie des GKV-SV zur Abgabe von Teilnahmeerklärungen in der besonderen Versorgung.....	136
Zu Artikel 1 Nr. 75 § 221 Abs. 2 SGB V Finanzierung Innovationsfonds – Beteiligung LKK	137
Zu Artikel 1 Nr. 76 § 248 SGB V Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen.....	138
Zu Artikel 1 Nr. 77 § 267 SGB V Datenerhebung zum Risikostrukturausgleich.....	139
Zu Artikel 1 Nr. 78 § 270 SGB V Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für sonstige Ausgaben.....	140
Zu Artikel 1 Nr. 79 § 271 SGB V Gesundheitsfonds	142
Zu Artikel 1 Nr. 80 § 275 Abs. 4a SGB V Begutachtung und Untersuchung von Bundesbeamten durch den MDK	143
Zu Artikel 1 Nr. 82 § 279 SGB V Medizinischer Dienst der Krankenversicherung.....	144
Zu Artikel 1 Nr. 84 a) und b) § 284 SGB V Verwendung von Sozialdaten „besondere Versorgung“	146
Zu Artikel 1 Nr. 85 § 295 SGB V Abrechnung ärztlicher Leistungen	148
Zu Artikel 1 Nr. 86 § 295a SGB V Abrechnungsbefugnis besondere Versorgung	149
Zu Artikel Nr. 87 § 299 SGB V Möglichkeit zur Erhebung von Sozialdaten für Zwecke der Qualitätssicherung soll erweitert werden.....	150
Zu Artikel 1 Nr. 88 § 300 SGB V Bereinigung.....	151
Zu Artikel 1 Nr. 89 § 305 Abs. 3 Satz 1 SGB V Auskunft der Krankenkassen zu besonderen Versorgungsformen	152
Zu Artikel 1 Nr. 90 § 305a Satz 6 SGB V Daten über verordnete Arzneimittel bei besonderen Versorgungsformen	153
Artikel 2 Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	154
Zu Artikel 2 Nr. 1 § 35 SGB V Festbeträge für Arznei- und Verbandmittel	154
Zu Artikel 2 Nr. 2 § 64a SGB V Modellvorhaben zur Arzneimittelversorgung	155
Zu Artikel 2 Nr. 3 § 73b SGB V Hausarztzentrierte Versorgung	156

Zu Artikel 2 – Nr. 4 § 79b neu SGB V Beratender Fachausschuss Psychotherapie.....	157
Zu Artikel 2 Nr. 5 § 84 SGB V Entfall einer bundesgesetzlichen Vorgabe zu Richtgrößenvereinbarungen (Arznei- und Heilmittel)	158
Artikel 2 Nr. 6 § 106 SGB V Wirtschaftlichkeitsprüfung.....	160
Zu Artikel 2 Nr. 7 § 106a (neu) SGB V Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen	161
Zu Artikel 2 Nr. 8 § 106c (neu) Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen	162
Zu Artikel 2 Nr. 9 § 106d neu SGB V Änderung Abrechnungsprüfung	163
Zu Artikel 2 Nr. 10 § 113 Abs. 4 SGB V Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Krankenhausbehandlung	164
Zu Artikel 2 Nr. 11 § 116b Abs. 7 Satz 7 SGB V Ambulante spezialfachärztlichen Versorgung.....	165
Zu Artikel 2 Nr. 12 § 130b SGB V Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten	166
Zu Artikel 2 Nr. 13 § 130c SGB V Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten	167
Zu Artikel 2 Nr. 15 § 274 SGB V Prüfung der Krankenkassen und ihrer Verbände.....	168
Zu Artikel 2 Nr. 16 § 275 Abs. 1b SGB V Änderungen zu Verweisen zu Vorschriften der Wirtschaftlichkeitsprüfung.....	169
Zu Artikel 2 Nr. 17 § 284 SGB V Sozialdaten bei den Krankenkassen	170
Zu Artikel 2 Nr. 18 § 285 SGB V Personenbezogene Daten bei den KVen.....	171
Zu Artikel 2 Nr. 19 § 296 SGB V Datenlieferungen der KVen und der Krankenkassen an die Prüfungsstellen aufgrund von Auffälligkeitsprüfungen	172
Zu Artikel 2 Nr. 20 § 297 SGB V Datenlieferungen der KVen und der Krankenkassen an die Prüfungsstellen aufgrund von Zufälligkeitsprüfungen.....	173
Zu Artikel 2 Nr. 21 § 304 SGB V Datenaufbewahrung bei Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse	174
Artikel 3 Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch.....	175
Zu Artikel 3 §§ 26 und 312 SGB III	175
Artikel 4 Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch	176
Zu Artikel 4 §§ 3, 166, 170 SGB VI	176
Artikel 6 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	177
Zu Artikel 6 § 4 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG Bereinigung Krankenhausbudgets.....	177

Artikel 7 Änderung des Entgeltfortzahlungsgesetzes	178
Zu Artikel 7 Nr. 1 § 3a EFZG Leistungsanspruch von Lebendspendern von Blut zur Separation von Blutstammzellen und anderen Blutbestandteilen	178
Artikel 9 und 10 Änderung des Kranken- und Altenpflegegesetzes.....	180
Zu Artikel 9 und 10 Nr. Nrn.1 bis 2 § 4	180
Artikel 12 Änderung der Bundespflegesatzverordnung	182
Zu Artikel 12 Nr. 1-3 BPfIV	182
Artikel 13 Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung	183
Zu Artikel 13 § 44 RSAV Aufzubringende Mittel der Krankenkassen für den Innovationsfonds	183
Artikel 14 Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte	185
Zu Artikel 14 Nr. 1 § 24 ZVO Verlegung einer genehmigten Anstellung	185
Zu Artikel 14 Nr. 2 § 32 Abs. 3 ZVO Vertreter, Assistenten, angestellte Ärzte und Berufsausübungsgemeinschaft.....	186
Zu Artikel 14 Nr. 3 § 32 Abs. 6 und 7 ZVO Beschäftigung eines Vertreters für angestellte Ärzte.....	187
Zu Artikel 14 Nr. 4 § 46 ZVO Gebühren	188
Artikel 15 Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte	189
Zu Artikel 15 Nr. 1-3 Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte	189
Artikel 16 Änderung der Schiedsamtverordnung	190
Artikel 17 Änderung der Schiedsstellenverordnung.....	191
Artikel 19 Änderung der Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung	192
III. Weiterer Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes	193
Zu Artikel 1 Nr. 35 § 87a SGB V Überbezirkliche Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung.....	193
Zu Artikel 1 Nr. 46 § 106a SGB V bzw. Artikel 2 Nr. 9 § 106d SGB V-neu Abrechnungsprüfung.....	194
Zu Artikel 1 Nr. 50 § 115 SGBV Änderung von § 115c Fortsetzung der Arzneimitteltherapie nach Krankenhausbehandlung	196
Zu Artikel 1 Nr. 52 § 116b Abs. 7 SGB V Wirtschaftlichkeitsprüfung von Arzneimitteln im Rahmen der ASV	198
Zu Artikel 1 Nr. 85 § 295 SGB V Abrechnung ärztlicher Leistungen	199
§§ 73 Abs. 7 Satz 2 und 136a SGB V Vermeidung problematischer Zielvereinbarungen für Verträge zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern	201
§ 81 SGB V KV-Satzungen	202

§ 293 SGB V Übermittlung von Leistungsdaten.....	203
§ 197 c SGB V (neu) Beauftragung externer Hilfsmittelberater.....	205
Beitragsschulden: Sozial gerechte und zukunftsichere Entlastung von Beitragszahlern in finanzieller Not.....	208

I. Zusammenfassende Vorbemerkung

Zielsetzung des aktuellen Gesetzentwurfs „zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ ist es, die medizinische Versorgung der Patienten in Deutschland bedarfsgerecht und gut erreichbar zu erhalten bzw. – wo nötig – zu verbessern. Dabei sollen die demografische Entwicklung, unterschiedliche Versorgungsstrukturen zwischen dem ländlichen und städtischen Raum sowie neue Behandlungsmöglichkeiten, die sich aus dem medizinisch-technischen Fortschritt ergeben, berücksichtigt werden.

Die Zielsetzung des Gesetzgebungsvorhabens wird vom AOK-Bundesverband begrüßt. Das Gesetz ist nicht zuletzt deswegen notwendig, weil zahlreiche bisherige Reformanläufe der letzten Jahre es nicht geschafft haben, diese Ziele zu erreichen. So verfolgte das in der letzten Wahlperiode verabschiedete Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen zwar explizit dieselbe Zielstellung, blieb aber in seiner Wirksamkeit eingeschränkt. Es besteht weiterhin gleichzeitig Über-, Unter- und Fehlversorgung in erheblichem Umfang. Während in der einen Region Ärzte fehlen, gibt es in anderen Regionen zu viele, die Wartezeiten sind nicht gesunken, es gibt keine Anzeichen für eine verbesserte Behandlungsqualität. Die Abschottung der Behandlungssektoren hat sich bis heute mit allen damit verbundenen Versorgungsproblemen weitgehend erhalten. Jedoch führten die Maßnahmen der vergangenen Jahre zu erheblichen Mehrausgaben für ärztliche Behandlungen. So sind die Ausgaben in diesem Bereich innerhalb von 5 Jahren um 16 % gestiegen (2008 29,1 Mrd. Euro – 2013: 33,8 Mrd. Euro). Noch nie zahlten die Beitragszahler in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) so viel für ärztliche Behandlungen. Noch nie gab es insgesamt mehr Ärzte im ambulanten ärztlichen Bereich.

Vor diesem Hintergrund müssen dringend geeignete Maßnahmen ergriffen werden, die den notwendigen strukturellen Anpassungsprozess vorantreiben. Mehr finanzielle Mittel allein werden die Probleme nicht lösen, sondern die bestehenden Unwirtschaftlichkeiten nur verfestigen. Zukünftige Ausgabensteigerungen sind auf Grund der veränderten Finanzierungssystematik allein durch die Versicherten zu finanzieren.

Die im Kabinettsentwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) vorgesehenen vielen kleinteiligen Maßnahmen werden jedoch erneut das angestrebte Ziel weitestgehend nicht erreichen. Es ist zu befürchten, dass dieses Gesetz nicht erfolgreicher als seine Vorgänger sein wird. Anstatt eine überfällige Anpassung der Strukturen in Angriff zu nehmen, laufen die Maßnahmen erneut vor allem auf einen Ausgabenanstieg hinaus, dem kaum Verbesserungen für die Versicherten bzw. Patienten gegenüberstehen.

Das GKV-VSG ist insgesamt wohl leider ein erneuter Beitrag dazu, die Ausgaben der GKV zu erhöhen, ohne die Versorgungssituation spürbar zu verbessern. Zusammen mit den ebenfalls aktuell geplanten Gesetzesvorhaben zur Prävention, zur Krankenhausversorgung sowie zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte ergeben sich erhebliche Mehrbelastungen für die Beitragszahler in Milliardenhöhe, ohne dass dem ein adäquater Nutzen für die Patienten gegenübersteht. In der falschen Erwartung, dass die momentane Überschusssituation der GKV noch lange anhalten wird, ist der Gesetzgeber offensichtlich nicht gewillt, wirklich wirksame Maßnahmen zum Abbau der Ineffizienzen einzuleiten. Statt auf die Kreativität des Wettbewerbs zu setzen, vertraut die Bundesregierung weiterhin primär auf Regulation und Administration. Im Ergebnis wird auch dieses Gesetz die seit langem bekannte „chronische Krankheit“ des GKV-

Systems nicht heilen: Die Ausgaben steigen jährlich deutlich schneller als die beitragspflichtigen Einnahmen, was unweigerlich zu erhöhten Beitragssätzen oder wachsendem Bedarf für Steuerzuschüsse führt. Aus der momentanen Überschussituation kommend, passiert das nicht sofort, aber in zwei drei Jahren. Wenn höhere Ausgaben erst einmal beschlossen sind, dann bleiben sie – und zwar auch dann, wenn die Einnahmen wieder sinken. Zumal die jetzt vorgesehenen großen Mehrausgabenblöcke nicht dazu geeignet sind, strukturelle Fehlentwicklungen dauerhaft zu bereinigen. Die geplante Aufwärtsanpassung der ärztlichen Honorare ist hierfür das beste Beispiel.

1. „Konvergenz“ und neue Wirtschaftlichkeitsprüfung gefährden Wirtschaftlichkeit in der Versorgung

Insbesondere zwei Maßnahmen bergen ein enormes Ausgabenrisiko, ohne dass sie die Versorgungssituation der Patienten auch nur ansatzweise verbessern: Der geplante Abbau der aus gesetzgeberischer Sicht unbegründeten regionalen Unterschiede in der Gesamtvergütung (Konvergenz) und die Neugestaltung der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Die mit beiden Maßnahmen drohenden Mehrausgaben sind versorgungspolitisch nicht gerechtfertigt und gefährden damit das Prinzip einer wirtschaftlichen Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Der geplante Abbau der vermeintlich unbegründeten Unterschiede in den Gesamtvergütungen ist nicht sachgerecht. Regionale Vergütungsunterschiede haben in der Regel ihre Begründung in den unterschiedlichen Versorgungsstrukturen und im tatsächlichen Versorgungsgeschehen. Darüber hinaus kann man über die Unbegründetheit oder Begründetheit von Vergütungsunterschieden nicht verhandeln. Dies lässt sich allein auf Grundlage von Fakten entscheiden. Daher sollte die geplante Verhandlungslösung sowie die damit verbundene Schiedsstellenlösung gestrichen werden. Diesen Unzulänglichkeiten Rechnung tragend, wurde im Koalitionsvertrag richtigerweise vereinbart, den Sachverhalt der unterschiedlichen Gesamtvergütungen zunächst zu prüfen, ob hier überhaupt Handlungsbedarf besteht. Die voreiligen Maßnahmen des VSG entsprechen somit nicht den Vereinbarungen des Koalitionsvertrages.

Auch die geplanten Veränderungen bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung könnten zu einem deutlichen Ausgabenanstieg führen. Die derzeitigen Planungen bedeuten eine faktische Abschaffung der Wirtschaftlichkeitsprüfung und damit die Entlassung der Vertragsärzte aus ihrer Verantwortung für die von ihnen verordneten Leistungen. Die AOKs setzen sich für eine funktionierende Verordnungssteuerung ein, die Ärzte nicht in ein unkalkulierbares Risiko treiben soll, sondern präventiv in einer wirtschaftlichen Ordnungsweise unterstützt. Hier bietet die Regulierung eine Chance. Es braucht jedoch einen stabilen gesetzlichen Rahmen und auch Gestaltungswillen auf der Seite der Kassenärztlichen Vereinigungen. Daher ist es erforderlich, dass auf Bundesebene einheitlich geltende Mindeststandards vereinbart werden, um den Handlungsrahmen für die regionalen Vereinbarungen so zu konkretisieren, dass auch künftig die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots überprüft und bei Verstößen Maßnahmen ergriffen werden können.

2. Nachbesetzung von Arztsitzen und Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen werden wenig ändern

Im Gegensatz zu den vorgenannten Maßnahmen begrüßt der AOK-Bundesverband die Bestrebung der Bundesregierung, die räumliche Verteilung der Vertragsärzte zu verbessern. Die Regelung ist zwar gut gemeint, aber nicht gut gemacht. Mit der geplanten Regelung wird es nicht gelingen, die Ärzte bedarfsgerechter über die Fläche zu verteilen. Auch künftig bedarf es – anders als sonst im Zulassungsausschuss – einer Stimmenmehrheit zur Ablehnung eines Antrags auf Nachbesetzung eines Arztsitzes. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können sich somit auch weiterhin den notwendigen Schritten verweigern. Hinzu treten umfangreiche Ausnahmen, sodass kaum zu erwarten ist, dass es in überversorgten Regionen zu einer spürbaren Reduzierung von Vertragsarztsitzen kommen wird.

Ebenfalls unterstützenswert ist die Absicht, dass Versicherte in angemessener Frist einen Facharzttermin erhalten sollen. Ob hierbei die geplanten Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigung einen wirkungsvollen Beitrag leisten, ist jedoch sehr fraglich, da dieser Service für die meisten Fälle nicht greift. So besteht bei „nicht dringlichen“ Behandlungen für Kinderärzte sowie für die psychotherapeutische Versorgung kein Anspruch auf Terminvermittlung. Da auch die Krankenkassen in vielfältiger Weise einen ärztlichen Terminvermittlungsservice in Ergänzung bzw. Kooperation mit Ärztegruppen anbieten, ist es sinnvoller, ihnen auch künftig diese Möglichkeit einzuräumen.

3. Wettbewerbsmöglichkeiten durch Selektivverträge werden eher erschwert als erleichtert

Selektivverträge auf freiwilliger Basis können einen Beitrag zur effizienten Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen leisten. Vor diesem Hintergrund ist die Absicht zu begrüßen, die Realisierung von Selektivverträgen zu erleichtern. Jedoch werden die geplanten Maßnahmen lediglich einige Hürden marginal reduzieren und gleichzeitig neue erhebliche Hürden aufbauen. So werden die erweiterten Eingriffsrechte der Aufsichtsbehörden (Kündigung des Vertrags, Verhängung von Zwangsgeld von bis zu 10 Millionen Euro) die „Risiko“-Bereitschaft, neue Wege zur Verbesserung der Patientenversorgung zu beschreiten, erheblich einschränken.

Des Weiteren fehlt es auch an den notwendigen Voraussetzungen für Vertragswettbewerb, da die bestehenden Hemmnisse bei der Bereinigung der kollektivvertraglichen Vergütung nur unzureichend behoben werden.

4. Innovationsfonds – Sektorengrenzen aufheben statt zusätzliche Beitragsgelder einzusetzen

Ein neues Instrument zur Förderung innovativer, sektorenübergreifender Versorgungsprojekte und zu deren Erforschung soll die finanzielle Unterstützung aus einem neu zu schaffenden Innovationsfonds sein (300 Mio. Euro pro Jahr). Dies wird kritisch gewertet, da das sinnvolle Ziel einer sektorenübergreifenden Versorgung besser durch eine Abschaffung der hermetischen Abschottung der einzelnen Sektoren erreicht werden könnte. Wenn man mehr sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen haben will, sollte man sie auch so ausgestalten. Stattdessen sollen die bestehenden Mängel nun durch zusätzliche Beitragsgelder für einzelne Projekte geheilt werden,

deren Vergabe auch noch „einheitlich und gemeinsam“ durch einen zentralen Ausschuss beim G-BA gesteuert wird. Da dort die Vertreter der einzelnen Sektoren vertreten sind (KBV, KZBV und DKG), werden Entscheidungen also von dezentral handelnden und für ihr Handeln verantwortliche Akteuren (Krankenkassen und ihre Vertragspartner) auf eine zentrale Institution (G-BA) verlagert, deren Entscheidungsträger gerade das sektorale Gesundheitswesen repräsentieren und diesem verpflichtet sind.

Besonders kritisch zu bewerten ist jedoch die Vorgabe, dass bei der Beantragung von Fördermitteln die Beteiligung der Krankenkassen nur „in der Regel“ vorgesehen ist. Damit besteht die Gefahr, dass ein Teil der Förderprojekte von den Umsatzinteressen der Anbieter dominiert wird und Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsinteressen der Patienten in den Hintergrund rücken. Um dies zu vermeiden, sollten Krankenkassen immer zu den Antragsstellern gehören.

5. Stärkung der „Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt“ im Krankenhaus gefährdet die Patientensicherheit

Ein weiterer wesentlicher Kritikpunkt am Gesetzgebungsvorhaben ist die beabsichtigte Stärkung des im Krankenhausbereich geltenden Grundsatzes der „Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt“. Indem der Gesetzgeber festlegt, dass die Vergütung von Leistungen, die der G-BA nicht beraten hat, grundsätzlich nicht abgelehnt werden kann, wenn diese Leistungen das Potential einer Behandlungsalternative haben und die Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt, gefährdet man nicht nur die Wirtschaftlichkeit der Versorgung, sondern vor allem die Sicherheit der Patienten. Die geplante Änderung hat zur Folge, dass die allgemein gültigen Qualitätskriterien (§ 2 SGB V), mit denen der Patientenschutz sowie die Wirtschaftlichkeit gewährleistet werden, bei stationären Behandlungsmethoden außer Kraft gesetzt werden. Dies steht in klarem Widerspruch zum ordnungspolitischen Ziel der Regierungskoalition, die Qualität der Versorgung – insbesondere im stationären Sektor – zu fördern.

6. Krankengeld – Vorgaben erschweren Fallmanagement

Der AOK Bundesverband begrüßt grundsätzlich die Etablierung der Ansprüche der Versicherten bei Krankengeldbezug auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen im Sinne eines unterstützenden Fallmanagements und die damit einhergehende Befugnis zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung entsprechender Daten. Im Sinne der Praxistauglichkeit sollten aber die strengen Formerfordernisse - schriftliche Information und schriftliche Einwilligung vor dem Beratungsgespräch - noch einmal überdacht werden. Damit würden unnötige Hürden aufgebaut und ein individuelles Beratungsangebot erheblich erschwert, da sich viele konkrete Ansatzpunkte für unterstützende Maßnahmen erst aus dem Beratungsgespräch mit dem Versicherten ergeben.

Darüber hinaus greift die Regelung mit der Ausrichtung auf Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu kurz. Denn neben rein medizinischen Leistungen zur Wiederherstellung der Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit haben die Versicherten einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen (z. B. Rehabilitation).

7. MDK – Handlungsfähigkeit nicht gefährden

Die geplanten Veränderungen der Zusammensetzung des MDK-Verwaltungsrates sind nicht zielführend und daher abzulehnen. Die vorgesehene Drittelung des Verwaltungsrates und das volle Stimmrecht von Vertretern der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und der Pflegeberufe — auch zu Belangen der Gesetzlichen Krankenversicherung — führt zu einer weiteren Schwächung der Handlungs- und Entscheidungskompetenzen der Sozialen Selbstverwaltung, ohne dass ein erkennbarer Nutzen für Pflegebedürftige und deren Angehörige entsteht.

Die gesamte Regelung verkennt zudem, dass die Tätigkeit des MDK qua Gesetz unabhängig ist und ausschließlich der Vorbereitung von Leistungsentscheidungen der Krankenkassen dient. Unabhängige Entscheidungen des MDK und Interessensdurchsetzung externer Pflegeberufsvertreter widersprechen sich per se. Die Folgewirkungen für die GKV sind zudem nicht hinreichend bedacht. Erstmals werden Patienten- und Leistungserbringerorganisationen ohne Finanzierungsverantwortung außerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung an einem rein kasseninternen Gremium mit vollem Stimmrecht beteiligt, entsprechende Folgeforderungen anderer Leistungserbringegruppen dürften folgen. In welches ordnungspolitische Dilemma sich der Gesetzgeber durch diese Maßnahme selbst begibt, zeigt schon das Verbot hauptamtlicher Kassenvertreter im MDK-Verwaltungsrat. Dieses Verbot soll nicht für hauptamtliche Vertreter der Pflegeverbände gelten.

Nachfolgend wird zu den Regelungen des Gesetzentwurfes des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes im Einzelnen Stellung genommen. Darüber hinaus wird unter III. weiterer Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes dargestellt.

II. Gesetzentwurf

Zu Artikel 1 Nr. 2 b) § 11 SGB V Anspruch auf Zweitmeinung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen sollen durch eine Ergänzung des § 11 Abs. 6 SGB V ermächtigt werden, über das in § 27b SGB V neu eingeführte Zweitmeinungsverfahren hinaus zusätzliche Angebote zur Einholung einer Zweitmeinung als Satzungsleistung vorzusehen

B Stellungnahme

Siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 7 § 27b (neu) Zweitmeinung

Zu Artikel 1 Nr. 4 § 22a SGB V Zahnprävention bei Pflegebedürftigen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Leistungsanspruch von Versicherten, die einer Pflegestufe nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten oder dauerhaft erheblich in ihrer Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI eingeschränkt sind, wird um individualprophylaktische Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen erweitert. Art und Umfang der Leistungen regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in einer Richtlinie nach § 92 SGB V.

B Stellungnahme

Grundsätzlich befürwortet der AOK-BV Präventionsmaßnahmen für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen. Die Leistungen des neu geplanten § 22a sind jedoch bereits als Regelleistungen der zahnärztlichen Behandlung verfügbar. Insbesondere für Versicherte, die eine Pflegestufe haben, wurden in der Rahmenvereinbarung nach § 119b SGB V („Rahmenvereinbarung kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von stationär Pflegebedürftigen“) vom 18. März 2014 der beschriebene Leistungsumfang vereinbart. Bei dem Entwurf des geplanten § 22a SGB V handelt es sich um die erneute Forderung (nahezu Wortgleich) des Aktionsbündnisses „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“ vom 12.09.2011. Begründet wurde diese Forderung damit, dass die Mundgesundheit der betroffenen Versicherten nicht gewährleistet wäre. Insbesondere in der Therapie stellten sich Behandlungsabläufe gegenüber anderen Bevölkerungsgruppen als wesentlich aufwendiger dar. Es bestünde ein erheblicher personeller, instrumenteller und zeitlicher Mehraufwand. Dies gelte typischerweise bei pflegebedürftigen Versicherten und insbesondere dann, wenn die Behandlung im Rahmen der aufsuchenden Versorgung in Alten- und Pflegeheimen erfolgen muss. Das wurde durch den oben beschriebenen § 119 b SGB V entsprechend aufgegriffen und umgesetzt. Die Begründung des Aktionsbündnisses führt des Weiteren noch aus:

„Die Leistungsansprüche orientieren sich im Wesentlichen an denjenigen hinsichtlich individualprophylaktischer Leistungen in § 22, werden jedoch entsprechend den speziellen Bedürfnissen der anspruchsberechtigten Versichertengruppen modifiziert und ausgeweitet... Dieses Programm umfasst zunächst die Erhebung eines Mundhygienestatus, der sich sowohl auf eine Beurteilung der Mund- und Prothesenhygiene als auch auf die Feststellung der aktuellen Mundgesundheit bezieht. Daran schließen sich Aufklärungsmaßnahmen über die Grundlagen und Zusammenhänge der Mundgesundheit an, die sich auch auf Ernährungshinweise sowie praktische Unterweisungen zu Techniken der Zahn- und Mundhygiene erstrecken sollen. Soweit erforderlich und möglich, sollen in diese Maßnahmen auch Pflegepersonen (z. B. Betreuer bzw. Angehörige) einbezogen werden.

In Abhängigkeit vom Grad der Einschränkung der Fähigkeit zur Mundhygiene muss allerdings davon ausgegangen werden, dass nicht in jedem Fall durch derartige Aufklärungs- und Motivationsmaßnahmen eine adäquate, eigenverantwortliche Mundhygiene durch den Versicherten, bzw. dessen Pflegepersonen sichergestellt werden kann. Er-

gänzend sind daher risikospezifische Reinigung- und Fluoridierungsmaßnahmen durch die Vertragszahnärzte vorgesehen.“

Ob tatsächlich ein Pflegebedürftiger oder Behinderter im ambulanten Versorgungsbe- reich zahnärztliche Leistungen in Anspruch nimmt und diese erfolgreich sind, hängt im Wesentlichen vom Grad der Behinderung bzw. der Pflegebedürftigkeit ab und ob pfl- egende Angehörige oder professionell Pflegende die Notwendigkeit darin sehen, das stellt auch das Aktionsbündnis fest. Bereits jetzt werden diese Gruppen in die Versorgung durch Beratung einbezogen. Darüber hinaus muss die Nachhaltigkeit der zusätzlichen Maßnahmen, bei fehlender Compliance, in Frage gestellt werden, sofern diese über- haupt vom Versicherten in Anspruch genommen werden würden. Demnach kann nicht identifiziert werden, welche zusätzlichen Leistungen der geplante § 22a SGB V dem Versicherten über die bereits bestehende Regelversorgung hinaus zugänglich machen soll.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Neuregelung

Zu Artikel 1 Nr. 5 a und b § 24 i SGB V Anspruch auf Mutterschaftsgeld

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung soll Versorgungslücken bei Schwangeren schließen, die in einem befristeten Beschäftigungsverhältnis stehen und dieses am Tag endet, bevor die vorgeburtliche Mutterschutzfrist nach § 3 Absatz 2 MuschG beginnt.

Zudem soll ein Ruhenstatbestand gesetzlich verankert werden, mit dem ein gleichzeitiger Bezug von Mutterschaftsgeld und einer vom Arbeitgeber gewährten Urlaubsabgeltung ausgeschlossen wird.

B Stellungnahme

Die Neuregelung wird kritisch gesehen. Es stellt sich die Frage der Erforderlichkeit, da es in der Praxis kaum zu solchen Fallgestaltungen kommen kann:

1. Bereits bisher praktizieren die Krankenkassen den so genannten Günstigkeitsvergleich bei der Beurteilung des Anspruchs auf Mutterschaftsgeld. Danach wird ausgehend vom tatsächlichen Entbindungstag eine erneute Überprüfung des Anspruchs auf Mutterschaftsgeld vorgenommen, wenn bei Beginn der auf Basis des mutmaßlichen Entbindungstages berechneten Schutzfrist nach § 3 Abs. 2 MuSchG kein Versicherungsverhältnis der Versicherten mit Anspruch auf Krankengeld besteht und die betreffende Frau früher entbindet. Das bedeutet, dass die Frauen auch dann einen Anspruch auf Mutterschaftsgeld erwerben, wenn sie das Kind bereits einen Tag vor dem berechneten mutmaßlichen Entbindungstermin zur Welt bringen.

2. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass Fälle, in den in rechtlich zulässiger Art und Weise eine Befristung des Arbeitsvertrages auf den Tag vor den Beginn der Schutzfrist festgelegt wurde, äußerst selten sein dürften. Eine solche Befristung allein aufgrund der Schwangerschaft zu vereinbaren wäre arbeitsrechtlich nicht zulässig. Darüber hinaus darf eine Schwangerschaft allein auch nicht der Grund dafür sein, dass eine Arbeitnehmerin nicht in ein unbefristetes Arbeitsverhältnis übernommen wird oder ein befristeter Arbeitsvertrag nicht verlängert wird.

Hinzu kommt, dass die Verneinung des Anspruchs auf Arbeitslosengeld I durch die Agentur für Arbeit fraglich erscheint. Aus den Regelungen des SGB III und des MuSchG lässt sich kein genereller Ausschluss eines Anspruchs auf Arbeitslosengeld vor der Geburt ableiten. Sofern sich werdende Mütter in der Zeit der Schutzfrist des § 3 Abs. 2 MuSchG mit der Arbeitslosmeldung ausdrücklich zur Arbeitsleistung bereit erklären, stehen diese grundsätzlich der Arbeitsvermittlung zur Verfügung. Infolgedessen würde sich ein Anspruch auf Arbeitslosengeld I ergeben. Mit der gesetzlichen Neuregelung soll eine Kostenverschiebung zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung vorgenommen werden.

Die Neuregelung zur Einführung eines Ruhestatbestandes für das Mutterschaftsgeld bei Zahlung einer Urlaubsabgeltung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

- a)
Streichung der vorgesehenen Neuregelung
- b)
Zustimmung

Zu Artikel 1 Nr. 6 a, b und c § 27 Abs. 1a SGB V Krankenbehandlung - Leistungsanspruch von Lebendspendern von Blut zur Separation von Blutstammzellen und anderen Blutbestandteilen

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch das Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes (TPGÄndG) vom 21.07.2012 wurde die Absicherung von Lebendspendern mit § 27 Abs. 1a SGB V geregelt. Die damit gesetzlich verankerten Leistungsansprüche für Lebendspender von Organen und Geweben nach dem Transplantationsgesetz sollen mit der geplanten Neuregelung auch für Spender von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes Anwendung finden.

B Stellungnahme

Spender von Organen und Geweben haben durch die im Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes vollzogenen Änderungen im Entgeltfortzahlungsgesetz und den Sozialgesetzbüchern V und VII weitergehende Leistungsansprüche, wenn es sich um eine Spende im Rahmen der §§ 8 oder 8a TPG handelt. Als Spende in diesem Sinne zählt die Entnahme von Organen oder Geweben bei einer lebenden Person zum Zwecke der Übertragung auf andere. Dagegen gilt nach derzeitiger Rechtslage die Entnahme von Blut- und Blutbestandteilen nicht als Spende im Sinne des TPG. Diese werden vom Geltungsbereich des Transfusionsgesetzes erfasst. Der Gesetzgeber stellt nunmehr mit dem Kabinettsbeschluss zum GKV-VSG klar, dass die Regelungen in § 27 Abs. 1a SGB V zur Absicherung der Lebendspender auch für Spender von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes Anwendung finden. Diese gesetzliche Neuregelung wird unterstützt. Damit wird die bereits bestehende Auffassung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene gesetzlich bestätigt.

Die verwaltungstechnische Umsetzung und Abwicklung der Leistungsansprüche der Spender von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen weist dabei gegenüber der Abwicklung bei Lebendspendern von Organen und Geweben Besonderheiten auf, die hier in den Anpassungsvorschlägen unter Buchstabe c) mit den neu einzufügenden Sätzen 5 und 6 berücksichtigt werden.

Betreffend die Gewährung von Fahrtkostenersatz bei Spendern von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen übernimmt der Kabinettsbeschluss zum GKV-VSG mit der nun unter Buchstabe c) vorgesehenen Anpassung die Vorschläge der Kostenträger (vgl. Stellungnahme des GKV-SV und des AOK-BV vom 07.11.2014 zum Referentenentwurf des GKV-VSG vom 21.10.2014).

Darüber hinaus ist eine entsprechende Anpassung im EntgFG ergänzend erforderlich, da diese im Kabinettsbeschluss zum GKV-VSG noch nicht enthalten ist (s. hierzu Stellungnahme zu Art. 7).

C Änderungsvorschlag

a) bis c)
Keiner.

Eine analoge Ergänzung ist in Artikel 7 noch erforderlich (s. hierzu Stellungnahme zu Art. 7).

Zu Artikel 1 Nr. 7 § 27b SGB V Anspruch auf Zweitmeinung

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neu eingefügten §27b SGB V soll den Versicherten ein Recht auf Zweitmeinung bei Eingriffen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmt werden, eingeräumt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt zudem die eingriffsbezogenen Anforderungen an die Abgabe der Zweitmeinung und an die Leistungserbringer fest. Die Vertragsärzte werden verpflichtet, die Patienten in einer gegebenen Frist über das Recht, eine Zweitmeinung einzuholen, aufzuklären. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausgesellschaften werden verpflichtet, über geeignete und bereite Leistungserbringer zu informieren.

Die Krankenkassen sollen durch eine Ergänzung des § 11 Abs. 6 SGB V ermächtigt werden, über das in § 27b SGB V neu eingeführte Zweitmeinungsverfahren hinaus zusätzliche Angebote zur Einholung einer Zweitmeinung als Satzungsleistung vorzusehen.

B Stellungnahme

Die Einholung einer Zweitmeinung ist ein anerkanntes Qualitätssicherungsinstrument im Rahmen der Indikationsstellung und der Therapieplanung bei einer Vielzahl elektiver Eingriffe. Einige Krankenkassen haben dementsprechend ihren Versicherten auf Basis von Einzelverträgen einen entsprechenden Service angeboten.

Grundsätzlich ist es einem gesetzlich Versicherten durch die freie Arztwahl heute schon möglich, bei einem zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer eine Zweitmeinung einzuholen. Es ist allerdings davon auszugehen, dass aufgrund des Vertrauensverhältnisses zum Arzt bzw. aufgrund mangelnder Kenntnisse des Patienten von dieser Option nicht in hinreichendem Maße Gebrauch gemacht wird. Daher ist eine Aufklärungspflicht des indikationsstellenden Arztes hinsichtlich der Zweitmeinung vorbehaltlos zu begrüßen und wäre wahrscheinlich auch ausreichend.

Damit sichergestellt ist, dass die Patienten das Recht auf Zweitmeinung auch effektiv und ohne zusätzliche Untersuchungen wahrnehmen können, ist es erforderlich, dass im G-BA eine Weitergabe der erforderlichen medizinischen Befunde durch den erstuntersuchenden Arzt an den die „Zweitmeinung“ durchführenden Arzt vorgesehen wird.

Die Regelung zum zusätzlichen optionalen Angebot von Zweitmeinungen durch die Krankenkassen über das in § 27b SGB V - neu - eingeführte Zweitmeinungsverfahren hinaus wird ausdrücklich begrüßt. Eine Umsetzung im Rahmen der erweiterten Satzungsregelungen nach § 11 Abs. 6 SGB V konterkariert allerdings ein flexibles und unbürokratisches kassenindividuelles Zweitmeinungsverfahren. Die Option zum Angebot kassenindividueller Zweitmeinungsverfahren sollte unmittelbar in § 27 b SGB V - neu - geregelt werden.

C Änderungsvorschlag

Zu Artikel 1 Nr. 2:

Die in Buchst. b vorgesehene Neuregelung wird ersatzlos gestrichen.

In Absatz 2 (neu) nach Satz 2 wird folgender neuer Satz 3 eingefügt:

„Er legt zudem fest, welche Befundunterlagen durch den indikationsstellenden Arzt an den Patienten für die Einholung der Zweitmeinung übergeben werden sollen.“

Satz 3 wird zu Satz 4 und wie folgt gefasst:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die Festlegungen nach den Sätzen 1 bis 3 erstmals bis zum 31. Dezember 2015.“

Satz 4 wird zu Satz 5 und wie folgt gefasst:

„Zusätzliche Zweitmeinungsangebote der Krankenkassen sind möglich; sofern diese die vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmten planbaren Eingriffe nach Satz 1 betreffen, müssen sie die Anforderungen nach Satz 2 erfüllen, die der Gemeinsame Bundesausschuss hierfür festgelegt hat.

Zu Artikel 1 Nr. 8 § 33 Absatz 8 Satz 2 SGB V Hilfsmittel Zuzahlung Vergütungsanspruch

A Beabsichtigte Neuregelung

In § 33 Abs.8 ist geregelt, dass sich bei Hilfsmitteln der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers um die Zuzahlung des Versicherten verringert. Da im hierfür grundlegenden § 43 ein Einschub vorgenommen wird, ändert sich der bisherige § 43b zu § 43c. Die Verweisung wird entsprechend angepasst.

B Stellungnahme

Redaktionelle Änderungen, Anpassung einer Verweisung.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Zu Artikel 1 Nr. 9 § 39 SGB V Krankenhausbehandlung - Entlassmanagement

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Neuregelung ist eine detailliertere Ausgestaltung der bisherigen Regelungen zum Entlassmanagement beabsichtigt. Betont wird der sektorübergreifende Ansatz beim Wechsel des Patienten zwischen den Versorgungsbereichen. Den Krankenhäusern soll dabei die Möglichkeit eingeräumt werden, Aufgaben des Entlassmanagements ggf. auch durch Dritte (Leistungserbringer nach § 95 Abs. 1 S. 1 SGB V) wahrnehmen zu lassen. Darüber hinaus werden die Befugnisse der Krankenhäuser zur Verordnung von Leistungen und der Feststellung von Arbeitsunfähigkeit deutlich erweitert.

Der Gesetzesvorschlag sieht vor, dass Krankenhäuser im Rahmen eines Entlassmanagements Leistungen für die Dauer von maximal sieben Tagen verordnen und die Arbeitsunfähigkeit feststellen können, soweit dies für die Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist. Im Bereich der Arzneimittelversorgung soll jeweils die kleinste Packung nach Packungsgrößenverordnung im Rahmen des Entlassmanagements verordnungsfähig werden. Die Möglichkeit des Krankenhauses, Arzneimittel für kurze Zeiträume direkt den Patienten mitzugeben, bleibt davon unberührt. Alle Verordnungen des Krankenhauses sollen denselben Vorschriften hinsichtlich des Leistungsrechts und der Wirtschaftlichkeitsbestimmungen wie Verordnungen von Vertragsärzten unterliegen. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 und 7 die weitere Ausgestaltung des Ordnungsrechtes.

Festgeschrieben wird der Anspruch des Versicherten auf Unterstützung des Entlassmanagements gegen die Krankenkasse. Die Vorgaben zur Datenerhebung und Einwilligung des Versicherten werden in Anlehnung an das Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 S. 5 SGB V ausgeführt, jedoch hinsichtlich des Personenbezugs konkretisiert.

In einem dreiseitigen Rahmenvertrag auf Bundesebene soll bis zum 31.12.2015 das Nähere zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer und weitere Einzelheiten geregelt werden. Vor Abschluss des Rahmenvertrages ist dem Deutschen Apothekerverband Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Im Falle der Nichteinigung kann auch das Bundesministerium für Gesundheit erweiterte Bundesschiedsamt anrufen. Der dreiseitige Rahmenvertrag auf Bundesebene kann durch dreiseitige Vereinbarungen auf Landesebene ergänzt werden. Hierzu wird die bisherige Regelung in § 112 Abs. 2 Nr. 7 SGB V zum Abschluss zweiseitiger Verträge über das Nähere des Entlassmanagements ersetzt durch eine Neuregelung in § 115 Abs. 2 S. 1 SGB V zum Abschluss dreiseitiger Verträge.

B Stellungnahme

Bislang haben die Krankenhäuser die bestehenden gesetzlichen Regelungen zum Entlassmanagement nur unzureichend umgesetzt. Im Sinne einer möglichst friktionsarmen Anschlussversorgung des Versicherten in der ambulanten Versorgung ist ein umfassendes Entlassmanagement zu begrüßen. Derzeit scheitert eine Anschlussversorgung oft daran, dass die Vertragsärzte zu spät über die bevorstehende Entlassung informiert

werden. Es wäre daher sinnvoll, den Schwerpunkt des Entlassungsmanagements eher darauf zu legen, dass die Krankenhäuser frühzeitiger über die bevorstehende Entlassung informieren und die notwendigen Informationen (Arztbriefe) zur Verfügung stellen. Es bestehen daher Zweifel, ob eine Ausweitung der Kompetenzen für Krankenhäuser die bisherigen Probleme tatsächlich zu lösen vermag.

Zudem erscheint die operative und datentechnische Umsetzung mit sehr hohen Aufwänden und einem intensiven Beratungsbedarf verbunden:

- Zwar ist nun vorgesehen, dass die Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung gelten sollen. Die bisherigen Erfahrungen, insbesondere aus der Arzneimittelversorgung mit der Krankenhausentlassmedikation, haben gezeigt, dass die Krankenhäuser bisher die Regelungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nicht zur Kenntnis genommen haben, was zu nicht unerheblichen Friktionen in der Anschlussversorgung geführt hat. Die Auswahl der Medikamente während der stationären Behandlung wird unter gänzlich anderen ökonomischen Voraussetzungen getroffen. Für die Arzneimittelversorgung sind neben den Richtlinien auch die geltenden Vereinbarungen nach §§ 84, 130a Abs. 8, 130b, und 130c für eine wirtschaftliche Versorgung maßgeblich. Die zahlreichen Änderungen, die der § 115c SGB V in den letzten Jahren erfahren hat, sind ein Beleg, dass eine mit den Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung kompatible Entlassmedikation bis heute nicht durchgesetzt werden konnte. Vor diesem Hintergrund wird eine Ausweitung der Verordnungskompetenzen ohne weitere Rahmenbedingungen kritisch gesehen. Notwendig ist daher, dass die Krankenhäuser hierzu eine aktuelle Software gem. § 73 Abs. 8 vorzuhalten haben.
- Die Verordnungen müssen der Wirtschaftlichkeitsprüfung gem. § 106 SGB V unterliegen. Regelungen bei Verordnungen außerhalb des Leistungskataloges analog den Bestimmungen des Bundesmantelvertrags Ärzte sind erforderlich. Dies ist folgerichtig durch Ergänzung von § 113 Abs. 4 vorgenommen worden.
- Die verordnenden Ärzte in den Krankenhäusern müssen die vereinbarten Vordrucke (z.B. Muster 12-Vordruck für HKP, Muster 13-Vordruck für Heilmittel, Muster 16-Vordruck für Arznei- und für Hilfsmittel) kennen, über diese verfügen und diese verwenden.
- Die Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Absatz 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- sowie der Praxisnetznummern muss für alle verordnenden Ärzte in den Krankenhäusern Anwendung finden; heißt: jeder verordnende Arzt im Krankenhaus benötigt eine Arzt- resp. Betriebsstättennummer.

Aufgrund der nach wie vor bestehenden Friktionen wird begleitend eine Änderung von § 115 SGB V angeregt.

Mit der beabsichtigten Änderung, die Krankenhäuser mit erweiterten Verordnungskompetenzen auszustatten, ist die Abgrenzung von Regelungskompetenzen zum Verordnungsrecht im Hinblick auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu klären. Daher wird vorliegend der G-BA beauftragt die weitere Ausgestaltung des Verordnungsrechtes nach § 39 Abs. 1a SGB V in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 und 7 vorzunehmen.

Der Satz 9 „Das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen.“ wird für entbehrlich erachtet bzw. er steht sogar im Widerspruch zum im Satz 4 formulierten beabsichtigten Rechtsanspruch des Versicherten auf Unterstützung des Entlassmanagements gegenüber seiner Krankenkasse.

Die Unterstützung des Entlassmanagements durch die Krankenkassen wird im Wesentlichen darin bestehen, den Anspruch auf medizinisch notwendige Leistungen im Anschluss an die Krankenhausbehandlung schnellstmöglich zu klären und auf eine Leistungserbringung hinzuwirken. Die damit einhergehende Berechtigung der Krankenkasse, die erforderlichen Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen kann direkt aus der Änderung in § 284 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB V abgeleitet werden, ohne dass dies einer gesonderten Einwilligung des Versicherten bedarf. Es sollte deshalb klargestellt werden, dass nur die Datenerhebung, Verarbeitung und Nutzung auf Seiten der Leistungserbringer der Einwilligung des Versicherten bedarf. Für die Krankenkasse ist § 284 Abs. 1 Nr. 13 SGB V hinsichtlich der Unterstützung des Entlassmanagements bereits klarstellend ergänzt worden.

Die Ergänzung der Möglichkeit, seitens des Krankenhauses eine Arbeitsunfähigkeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung festzustellen und eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für eine Dauer von bis zu sieben Tagen auszustellen, ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

§ 39 Abs. 1a S. 6 wird folgendermaßen geändert:

„Bei der Verordnung von Arzneimitteln können Krankenhäuser die jeweils kleinste im Handel befindliche Packung, die nach gemäß Packungsgrößenverordnung abgabefähig ist, verordnen; § 73 Absatz 8 Sätze 7 und 9 gelten entsprechend; im Übrigen können die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 genannten Leistungen für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen verordnet werden.“

Nach § 39 Abs. 1a S. 6 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Vereinbarungen über Vordrucke und Nachweise nach § 87 Absatz 1 Satz 2 gelten entsprechend. Verordnungen im Rahmen der Versorgung nach Absatz 1a sind auf den Vordrucken gesondert zu kennzeichnen. Krankenhäuser und verordnende Krankenhausärzte nach Absatz 2 erhalten ein Kennzeichen nach § 293 Absatz 1 und Absatz 4 Satz 2 Nummer 1, das eine eindeutige Zuordnung im Rahmen der Abrechnung nach den §§ 300 und 302 ermöglicht, und tragen dieses auf die Vordrucke auf. Das Nähere zu Form und Zuweisung der Kennzeichen nach den Sätzen 8 und 9, zur Bereitstellung der Vordrucke sowie zur Auftragung der Kennzeichen auf die Vordrucke ist in der Vereinbarung nach Satz 11 zu regeln.“

In § 39 Abs. 1a S. 8 werden nach dem Semikolon die Wörter „kommt eine Vereinbarung nicht zu Stande, kann auch das Bundesministerium für Gesundheit das Schiedsamt anrufen“ gestrichen.

In § 39 Abs. 1a S. 9 werden nach dem Wort „Daten“ die Worte „durch die Leistungserbringer“ eingefügt.

Zu Artikel 1 Nummer 10 a) § 40 Abs. 1 SGB V
Mobile Rehabilitationsleistungen durch wohnortnahe Einrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung wird gesetzlich klargestellt, dass ambulante Rehabilitationsleistungen auch mobile Rehabilitationsleistungen durch wohnortnahe Einrichtungen einschließen.

B Stellungnahme

Bei der mobilen Rehabilitation handelt es sich um eine Sonderform der ambulanten Rehabilitation. Sie wurde bereits mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz zum 1.4.2007 gesetzlich geregelt, ist im Rahmen einer Gesetzesänderung zwischenzeitlich aus dem § 40 Abs. 1 SGB V herausgefallen und wird nunmehr durch die vorgesehene Ergänzung wieder ausdrücklich in der Formulierung aufgenommen und damit gesetzlich klargestellt. Die Ergänzung ist unkritisch und in erster Linie redaktioneller Natur.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Zu Artikel 1 Nummer 10 b) § 40 Abs. 2 SGB V Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten bei Leistungen der medizinischen Rehabilitation

A Beabsichtigte Neuregelung

aa) Mit der Regelung wird das Wahlrecht der Versicherten bei Tragung entstehender Mehrkosten auch auf Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V erweitert. Die Versicherten haben die damit verbundenen Mehrkosten dann nicht zu tragen, wenn sie im Hinblick auf die Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 9 SGB IX angemessen sind.

bb) Die Neuregelung zum Entlassmanagement nach Krankenhausaufenthalt gem. § 39 Abs. 1a SGB V kommt für die Entlassung nach einer stationären Rehabilitation analog zur Anwendung. Damit erhält der Versicherte auch nach einer stationären Rehabilitation einen Anspruch auf Entlassmanagement.

B Stellungnahme

aa)

Grundsätzlich stellt die Selbstbestimmung und Wahlfreiheit des Versicherten ein hohes Gut dar, das es zu stärken gilt. Ferner trägt die Gleichstellung von Vertragskliniken mit Nicht-Vertragskliniken im Hinblick auf das Wahlrecht gegen Mehrkostentragung dem Gleichbehandlungsgrundsatz Rechnung. Gleichwohl bedarf es einer Abwägung möglicher Konsequenzen dieser Neuregelung auf eine stabile, zukunftsfähige, bedarfsgerechte und soziale Versorgung innerhalb des gesetzlichen Krankenversicherungssystems. Durch die in § 40 Abs. 2 SGB V vorgesehene Neuregelung wird das Wahlrecht der Versicherten erheblich erweitert. Der Gesetzgeber hat mit der durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 eingeführten Regelung das Wahlrecht der Versicherten lediglich auf zertifizierte Nicht-Vertragseinrichtungen ausgedehnt, indem Versicherte im Rahmen des ohnehin bestehenden Wunsch- und Wahlrechts nach § 9 SGB IX zusätzlich das Recht erhalten haben, auch solche zertifizierten Einrichtungen in Anspruch zu nehmen, mit denen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen keine Verträge abgeschlossen haben. Hierbei handelt es sich in der Regel um reine Privatkliniken. Das erweiterte Wahlrecht wurde von den Versicherten bislang kaum in Anspruch genommen, sodass es faktisch wenig Relevanz entfaltet hat. Auf der Grundlage der Mehrkostentragung durch den Versicherten und begrenzt auf den Kreis der Nicht-Vertragseinrichtungen sind Kollisionen mit dem vorrangigen Leistungsrecht des SGB V unter Einschluss des Wirtschaftlichkeitsgebots kaum zu befürchten. Eine Ausweitung dieser Regelung auf den Kreis der Vertragseinrichtungen ermöglicht den Versicherten, bei mehreren medizinisch gleichermaßen geeigneten Vertragseinrichtungen gegen Übernahme der Mehrkosten eine andere als die von der Krankenkasse ausgewählte Einrichtung in Anspruch zu nehmen. Damit wird – unabhängig von den offenen umsetzungstechnischen Fragen der Ermittlung der Mehrkosten im Einzelfall - die Steuerungsmöglichkeit der Krankenkassen nach § 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V konterkariert.

Die Krankenkassen sichern durch ihre Steuerungspraxis und durch die bevorzugte Belegung ausgewählter Kliniken eine qualitätsorientierte und wirtschaftliche Versorgung der

Versicherten. Die Auswahl der Einrichtungen orientiert sich an der medizinischen Geeignetheit, Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots sowie an Qualitätsgesichtspunkten, die nicht ausschließlich auf der internen Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 Nr. 2 SGB V (Zertifizierungsverfahren nach § 20 Abs. 2a SGB IX) beruhen. Vielmehr fließen in die Entscheidung der Krankenkassen auch Erkenntnisse aus der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 Nr. 1 SGB V und damit Informationen über die Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität der Einrichtungen sowie über die Patientenzufriedenheit ein. Darüber hinaus werden weitere Absprachen über Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Patientenorientierung, die sich aus ergänzenden individuell vereinbarten Regelungen mit einzelnen Einrichtungen ergeben, in die Auswahlentscheidung einbezogen.

Die vorgesehene Ausweitung des bestehenden Wahlrechts des Versicherten birgt die Gefahr, dass die Krankenkassen nicht mehr wie im bisherigen Umfang für eine Auslastung der für Naturalleistungen verfügbaren wirtschaftlichen und qualitätsgesicherten Vertragseinrichtungen sorgen können. Somit wäre auch eine wirksame Einflussnahme auf die Zahl der Leistungserbringer im Interesse einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen, qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten erschwert. Die vorgesehene Übernahme der Mehrkosten durch den Versicherten trägt damit nur auf den ersten Blick dem Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB V Rechnung. Perspektivisch würde diese Regelung die Versorgung insgesamt für alle Versicherten verteuern und damit die Zielsetzung des Wirtschaftlichkeitsgebots konterkarieren. Stattdessen sollten vielmehr die Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Leistungserbringung in der Rehabilitation gefördert werden. So könnten zum Beispiel Rehabilitationseinrichtungen analog den Bestimmungen für zugelassene Krankenhäuser gem. § 137 Abs. 3 Nr. 4 SGB V zur Erstellung und Veröffentlichung eines jährlichen strukturierten Qualitätsberichtes verpflichtet werden. Dies wird von einigen Rehabilitationseinrichtungen bereits auf freiwilliger Basis umgesetzt. Einheitliche Vorgaben zur Darstellung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in den Qualitätsberichten und deren Veröffentlichung würde die Transparenz des Leistungsgeschehens erhöhen und damit auch wettbewerbliche Anreize zur Verbesserung der Versorgungsqualität setzen. Diese Maßnahme würde den Versicherten einen erheblichen Mehrwert gegenüber einer Wahlmöglichkeit in Verbindung mit einer zusätzlichen finanziellen Belastung bieten.

Die ergänzende Klarstellung, dass Mehrkosten, die im Hinblick auf die Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 9 SGB IX angemessen sind, vom Versicherten nicht zu tragen sind, entspricht der bereits geltenden Rechtslage und ist eher redaktioneller Natur.

bb)

Es handelt sich hierbei um eine sinnvolle Ergänzung und Klarstellung, dass die Regelungen für das Entlassmanagement nach stationärer Krankenhausbehandlung auch für das Entlassmanagement nach einer stationären Rehabilitation Anwendung finden. Die Regelung, dass bei dem nach § 39 Absatz 1a SGB V zu schließenden Rahmenvertrag die für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene zu beteiligen sind, ist konsequent. Im Übrigen wird inhaltlich auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 9 b) des Kabinettsentwurfs verwiesen.

C Änderungsvorschlag

aa)

In § 137d SGB V wird ein neuer Abs. 5 angefügt: Die Vereinbarung nach § 137d Abs. 1 Satz 1 hat auch Inhalt, Umfang und Datenformat eines jährlich zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts festzulegen, in dem der Stand der Qualitätssicherung unter Berücksichtigung der Umsetzung der Regelungen nach § 135a Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGB V dargestellt wird.

bb)

Keiner

Zu Artikel 1 Nummer 10 c) § 40 Abs. 3 SGB V Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten bei Leistungen der medizinischen Rehabilitation

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung wird festgestellt, dass das Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten nach § 9 SGB IX Anwendung findet und die Krankenkassen bei ihrer Entscheidung die berechtigten Wünsche der Versicherten beachten müssen.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine Klarstellung des bisher geltenden Rechts. Das Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten nach § 9 SGB IX i.V.m. § 33 SGB I findet auch jetzt schon bei der Auswahlentscheidung der Krankenkasse Anwendung. Die Krankenkasse entscheidet unter Berücksichtigung der medizinischen Erfordernisse und Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots des SGB V nach pflichtgemäßem Ermessen, wobei die berechtigten Wünsche der Versicherten einbezogen werden. Dabei wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht genommen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Zu Artikel 1 Nr.11 § 43b (neu) SGB V Nichtärztliche Leistungen für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen § 43b SGB V wird ein Anspruch auf nichtärztliche sozialmedizinische Leistungen für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, insbesondere auf psychologische, therapeutische und psychosoziale Leistungen aufgenommen. Diese sollen unter ärztlicher Verantwortung durch ein medizinisches Behandlungszentrum nach § 119c SGB V erbracht werden, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen.

B Stellungnahme

Die Regelung wird nicht abgelehnt.

§ 43b regelt den Leistungsanspruch von nichtärztlichen Leistungen für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen in den neu zu schaffenden Einrichtungen nach § 119c. Nach der Auffassung des Gesetzgebers muss die medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderungen weiter verbessert werden. Im neuen § 119c wird eine Regelung zur Ermächtigung von medizinischen Behandlungszentren zur ambulanten Behandlung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen geschaffen.

Die Diskussion wurde im Vorfeld des Gesetzgebungsverfahrens regional im norddeutschen Raum in einer Region vorangetrieben, in der sich bereits vergleichbare krankenhaunaher Einrichtungen etabliert haben. So wird die Möglichkeit, dass sich medizinischen Behandlungszentren dadurch gründen, indem z. B. eine Abteilung oder Station in einem Krankenhaus umorganisiert wird, in der Begründung beschrieben.

Vorrangig wurde im Vorfeld des VStG mit dem Argument für Einrichtungen nach § 119c geworben, eine Anschlussversorgung für Kinder, die nicht weiter in sozialpädiatrischen Zentren versorgt werden können, zu sichern. Wenngleich ein Versorgungsproblem für diese Patientengruppe nie in Richtung Krankenkassen adressiert wurde, verschließt sich die AOK der Verbesserung der Versorgung dieser Patientengruppe selbstverständlich nicht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Zu Artikel 1 Nr. 13 § 44 SGB V

Krankengeld Versichertenanspruch auf individuelles Fallmanagement

A Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 4 wird ein neuer Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse im Sinne eines unterstützenden Fallmanagements zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit eingeführt. In diesem Zusammenhang wird zudem klargestellt, dass die Krankenkasse die für das unterstützende Fallmanagement erforderlichen personenbezogenen Daten nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten erheben, verarbeiten und nutzen darf. Außerdem wird eine Regelung getroffen, wonach Krankenkassen ihre Aufgaben nach Satz 1 an die in § 35 SGB I genannten Stellen übertragen dürfen.

B Stellungnahme

Der Anspruch der Versicherten bei Arbeitsunfähigkeit auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse im Sinne eines unterstützenden Fallmanagements wird von der AOK begrüßt. Schon seit vielen Jahren wird der AOK-Kunde mit Krankengeldanspruch durch besonders qualifizierte Mitarbeiter in persönlichen Beratungsgesprächen bedarfsgerecht informiert, beraten und unterstützt. Gleichwohl sprechen wir uns dafür aus, den Gesetzesvorschlag nicht explizit auf die Situation bei Arbeitsunfähigkeit zu beziehen, sondern in diesem Zusammenhang den GKV-weit konsentierten Gesetzesvorschlag zur Erweiterung des § 11 SGB V um einen neuen Abs. 5 zu Beratungsaufgaben und Hilfestellungen auch für andere Fallgestaltungen der Krankenbehandlung mit den zugehörigen erforderlichen Klarstellungen bei den Datenschutzregelungen in § 284 Abs. 1 SGB V aufzunehmen (s. „C - Änderungsvorschlag“).

Bei der Gesetzesänderung bleibt die Diskrepanz zwischen der vorgesehenen Regelung in § 44 SGB V, wonach die für das unterstützende Fallmanagement erforderlichen personenbezogenen Daten nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten erhoben, verarbeitet und genutzt werden dürfen und den Datenerhebungen zur Prüfung des Anspruchs auf Krankengeld im Sinne des § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V bestehen. Die relevanten Daten in Bezug auf die unterschiedlichen Aufgabenstellungen der Krankenkassen dürften sich weitgehend überschneiden, so dass weitere datenschutzrechtliche Auseinandersetzungen vorprogrammiert sind.

Eine vorherige schriftliche Information des Versicherten für die schriftliche Einwilligung zur Anforderung personenbezogener Daten durch die Krankenkasse verursacht in der Praxis einen unnötigen und erheblichen Bürokratieaufwand. Es ist damit zu rechnen, dass es dadurch zu Verzögerungen bei der Beratung und Unterstützung des Versicherten kommen wird und damit auch Leistungen nicht zeitgerecht zur Verfügung gestellt werden können. Vorschlag zur Vereinfachung: Eine vorherige schriftliche Information des Versicherten ist entbehrlich, wenn in der Einwilligungserklärung selbst entsprechend informiert wird.

Damit Krankenkassen nach § 275 Abs. 1 SGB V beurteilen können, ob eine gutachterliche Stellungnahme des MDKs erforderlich ist, ist es notwendig, dass die Krankenkassen

eine Befugnis erhalten, die zur Entscheidung erforderlichen Daten auch zu erheben. Hierzu wird die Ergänzung des § 275 Absatz 1a SGB V um einen neuen Satz 5 vorgeschlagen. Entsprechendes enthält auch die Stellungnahme des Bundesrates vom 06.02.2015. (Bundesrats-Drucksache 641/14: Seite 102-103).

Sofern die vorgeschlagenen Änderungen in den §§ 11 Abs. 5 (neu) und 284 SGB V nicht übernommen werden und der Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung in § 44 SGB V verbleibt, ist eine Änderung in der Begründung dergestalt erforderlich, dass das vorgesehene Unterstützungsangebot nicht nur für „Versicherte, die Krankengeld beziehen“ gilt, sondern sich an alle „Versicherten mit Anspruch auf Krankengeld“ richtet, wenn sie arbeitsunfähig sind. Dies ist deshalb erforderlich, da die individuelle Beratung und Hilfestellung für die Versicherten i.d.R. nicht erst bei Bezug von Krankengeld beginnt, sondern bereits nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Also zu einem Zeitpunkt, in dem ein Arbeitnehmer noch Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber, ein Arbeitslosengeldbezieher noch Leistungsfortzahlung durch die Agentur für Arbeit oder ein Selbständiger mit Anspruch auf Krankengeld sich noch in der sog. Wartezeit befindet.

In der Begründung wird außerdem formuliert, dass die Beratung dort endet, wo die Krankenkasse den MDK einschalten muss, insbesondere bei der Prüfung von Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolgs oder wenn Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit bestehen. Diese Einschränkung sehen wir kritisch. Nicht bei allen Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolgs ist der MDK einzuschalten. Dies ist abhängig von Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder vom Krankheitsverlauf. Dieser Teil der Begründung ist zu streichen.

Neu eingefügt wurde mit der Kabinettsfassung der Satz 4 des § 44 „Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach Satz 1 an die in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen übertragen“. Aus der Begründung wird deutlich, dass eine Übertragung an private Dritte ausgeschlossen ist. Damit müssten heute bestehende erfolgreiche Kooperationen mit Dritten (Berufsförderungswerke, Ge.on) beendet werden. Die Übertragung der Unterstützungsleistungen auf andere Leistungsträger ist kritisch, weil diese möglicherweise andere Ziele verfolgen als die Krankenkassen. Vielmehr sollte klargestellt werden, dass die Einschaltung externer Dienstleister zulässig ist.

C Änderungsvorschlag

Der neu eingefügte Abs. 4 ist zu streichen. Stattdessen wird auf die GKV-seitig ausgearbeiteten Änderungsvorschläge verwiesen und § 11 SGB V um einen neuen Abs. 5 zu erweitern:

„(5) Versicherte haben Anspruch auf

1. die individuelle Beratung und Hilfestellung im Zusammenhang mit Leistungen nach § 27 Abs. 1 Satz 2 SGB V, insbesondere zur Sicherung des Behandlungserfolgs sowie
2. eine Prüfung durch die Krankenkassen, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit erforderlich sind sowie auf entsprechend individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen.“

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

§ 275 Abs. 1a SGB V wird um einen neuen Satz 5 ergänzt:

Dem Absatz 1a wird folgender Satz angefügt:

"Die Krankenkassen sind befugt, die für die Prüfung der Notwendigkeit einer gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes erforderlichen Daten zu erheben."

§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 SGB V wird wie folgt erweitert:

7.) „oder die Prüfung der Notwendigkeit der Beteiligung des Medizinischen Dienstes“

In § 284 Abs. 1 wird folgender Satz 2 neu eingefügt:

„Die Befugnisse nach Satz 1 gelten unbeschadet der Aufgaben des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung.“

Die bisherigen Sätze 2 bis 5 werden Sätze 3 bis 6.

In § 284 Abs. 1 Satz 1 SGB V werden die folgenden Nrn. 15 und 16 angefügt:

„15. die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen als Rehabilitationsträger nach dem SGB IX,“

„16. die Erfüllung der Aufgaben nach § 11 Abs. 5 SGB V (neu).“

In § 284 Abs. 1 SGB V werden die Sätze 3 und 4 um die neuen Nummern 15 und 16 ergänzt.

In § 284 Abs. 3 SGB V wird der Satz 2 um die neuen Nummern 15 und 16 ergänzt.

Alternative (falls Änderung nicht durchsetzbar sein sollte):

Falls § 11 Abs. 5 (neu) SGB V nicht wie GKV-seitig vorgeschlagen gefasst wird, und die individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse in § 44 Abs. 4 SGB V verbleibt, sind die in Absatz 4 vorgesehenen Sätze 2 bis 4 (Einwilligung und Aufgabenübertragung auf öffentliche Stellen nach § 35 SGB I) zu streichen.

Zu Artikel 1 Nr. 14 a und b § 44a SGB V Krankengeld bei Spende von Organen, Geweben oder Blut

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch das Transplantationsgesetz(TPG)-Änderungsgesetz wurde die Absicherung von Lebendspendern hinsichtlich der Zahlung von Krankengeld mit § 44 a SGB V geregelt. Der damit gesetzlich verankerte Anspruch auf Krankengeld für Lebendorganspender sollen mit der geplanten Neuregelung auch für Spender von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes Anwendung finden.

B Stellungnahme

Wie bereits unter den Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 6 zu § 27 Abs. 1 a SGB V erläutert, wird gesetzlich klargestellt, dass die Absicherung für Lebendspender von Organen oder Geweben auch für die Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes gilt. Durch den Verweis auf den in § 27 Absatz 1a Satz 1 genannten Spenderkreis wird sichergestellt, dass diese Erweiterung auch für den in § 44a geregelten Anspruch auf Krankengeld bei Spende von Organen oder Geweben gilt.

Notwendige Folgeänderung zur Änderung des § 27 Abs. 1 a SGB V.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Zu Artikel 1 Nr. 15 § 46 SGB V Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld

A Beabsichtigte Neuregelung

a.)

Mit der in § 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V vorgeschlagenen Änderung fällt der bisherige „Karenztag“ weg. Es entsteht ein Anspruch sofort mit dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit

b.)

Durch den neuen Satz 2 wird geregelt, dass der Anspruch auf Krankengeld bestehen bleibt, wenn nach dem Ende der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit (AU) deren Fortdauer wegen derselben Krankheit verspätet erst nach dem Wochenende oder nach einem Feiertag ärztlich festgestellt wird. Damit sollen die Probleme gelöst werden, die sich in der Praxis bei verspäteter Ausstellung von AU-Folgebescheinigungen ergeben.

B Stellungnahme

a)

Die Änderung wird befürwortet, da für Versicherte, deren Entgeltfortzahlung ausgeschöpft ist und die wegen derselben Krankheit regelmäßig nur einen Arbeitstag arbeitsunfähig sind (z.B. bei bestimmten Formen der Dialyse) ein Anspruch auf Krankengeld geschaffen wird. Außerdem wird damit eine gleichlautende Regelung (wie bisher für Beziehende von Arbeitslosengeld) für alle krankengeldberechtigten Personengruppen geschaffen wird.

b)

Die vorgeschlagene Änderung zum lückenlosen Nachweis der Arbeitsunfähigkeit wird grundsätzlich begrüßt. Allerdings ist die konkret vorgesehene Ergänzung unzureichend bzw. fehlerhaft.

Mit der vorgeschlagenen Formulierung können die „Wochenend-Lücken“ für Beschäftigte, die auch am Wochenende arbeiten müssen, nicht geschlossen werden.

Beispiel:

Beschäftigte im Pflegeberuf

AU bis einschließlich Freitag

Nächster Arbeitstag, der ein Werktag ist = Samstag

Samstags sind Arztpraxen in der Regel geschlossen.

Arztbesuch am Montag = Lücke.

Es ist durch die ständige Rechtsprechung des für Krankengeld zuständigen BSG-Senats geklärt, dass es sich beim Krankengeldbezug anders als bei der Rentenzahlung nicht um

eine laufende Geldleistung handelt, sondern um eine abschnittsweise bewilligte Leistung für einen konkreten Zeitraum, der jeweils gesondert ärztlich prognostiziert werden muss. Der Krankengeldanspruch endet laut Bundessozialgericht mit Ablauf des zuletzt bescheinigten Arbeitsunfähigkeitszeitraums. Das Bundessozialgericht sieht damit in einer nach außen hin durchgehenden Krankengeldbewilligung eine Kette von einzelnen Verwaltungsakten. Dies entspricht auch dem Sinn und Zweck des Krankengeldes, nach dem es sich eben nicht um eine Dauerleistung handelt, sondern um eine solche, die zur Überbrückung der jeweils ärztlich bescheinigten, gesundheitlich bedingten Arbeitsunfähigkeit vorübergehend erbracht wird. Der geplante Wortlaut der Änderung stellt mit der beabsichtigten Formulierung „der Anspruch auf Krankengeld bleibt bestehen“ diesen höchstrichterlich aufgestellten Grundsatz in Frage. Denn es wird damit impliziert, dass es sich um eine laufende, fortdauernde Zahlung handelt. Würde jedoch Krankengeld entgegen des mit ihm verfolgten Zwecks als Dauerverwaltungsakt bewilligt werden, so würde dies dazu führen, dass eine Beendigung der der Leistung nur unter den Voraussetzungen der §§ 45 ff. SGB X erfolgen könnte und damit den Anforderungen der Praxis nicht gerecht werden. Vielmehr ist bei der zu begrüßenden Gesetzesänderung zum lückenlosen Nachweis der Arbeitsunfähigkeit eine klarstellende Formulierung im Sinne der BSG-Rechtsprechung erforderlich, die der abschnittweisen Betrachtung Rechnung trägt.

C Änderungsvorschlag

a)

Keiner

b)

Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Der Anspruch auf Krankengeld bleibt bis zu dem Tag bestehen, an dem die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit ärztlich festgestellt wird, wenn diese Feststellung spätestens am nächsten Werktag nach dem Ende des zuletzt bescheinigten AU-Zeitraums erfolgt; Samstage gelten insoweit nicht als Werktage.“

Zu Artikel 1 Nr. 16 § 47a SGB V Beitragszahlungen der Krankenkassen an berufsständische Versorgungseinrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen § 47 a sollen versicherte Pflichtmitglieder einer berufsständischen Versorgungseinrichtung den Pflichtversicherten der gesetzlichen Rentenversicherung, im Hinblick auf die Beitragszahlung aus dem Krankengeld, gleichgestellt werden. Die Krankenkassen sollen daher künftig auf Antrag des Mitglieds Beiträge an die berufsständische Versorgungseinrichtung entrichten.

Das elektronische Nachweisverfahren regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen in Gemeinsamen Grundsätzen.

B Stellungnahme

Die Gleichstellung mit Beziehern von Krankengeld, für die eine Pflichtversicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung besteht, ist an dieser Stelle sachgerecht.

Das elektronische Nachweisverfahren wird analog zu den ansonsten üblichen Datenübertragungsverfahren in der sozialen Sicherung mit Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit erstellt.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Zu Artikel 1 Nr. 17 § 53 Abs. 3 SGB V Wahltarife

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung. Da der § 73c SGB V gestrichen wird und in der Neufassung des § 140a SGB V aufgeht, wird der Bezug zu § 73c SGB V in den Regelungen zum Wahltarif ebenfalls gestrichen. Eine inhaltliche Anpassung der Regelungen zu Wahltarifen erfolgt nicht.

B Stellungnahme

Redaktionelle Anpassung.

C Änderungsvorschlag

Keiner

**Zu Artikel 1 Nr. 18 § 55 Abs. 1 SGB V
Zahnersatz**

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung, der beabsichtigten Änderung des § 57 Abs. 2 SGB V.

B Stellungnahme

Redaktionelle Anpassung.

C Änderungsvorschlag

Keiner

**Zu Artikel 1 Nr. 19 § 56 Abs. 4 SGB V
Regelversorgung**

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung der beabsichtigten Änderung des § 57 Abs. 2 SGB V.

B Stellungnahme

Redaktionelle Anpassung.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Zu Artikel 1 Nr. 20 § 57 Abs. 2 SGB V Höchstpreise für zahntechnische Leistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Vereinbarung der Bundesmittelpreise für zahntechnische Leistungen gilt weiterhin der Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Bei der Vereinbarung der Höchstpreise für zahntechnische Leistungen auf Landesebene entfällt jedoch die obere Begrenzung durch die Grundlohnrate (§ 71 SGB V).

B Stellungnahme

Auf Landesebene werden die zahntechnischen Leistungen mit den Zahntechniker Innungen auf Basis des Bundesmittelpreises (BMP) verhandelt. Diese regionalen Preise befinden sich in einem 10-Prozentpunktekorrridor um den BMP. Regelhaft werden bisher der BMP und somit die Preise auf Landesebene wegen der Bindung an den § 71 SGB V um die Veränderung der Grundlohnsumme angehoben und befinden sich daher noch immer häufig unterhalb der 105% - Höchstgrenze, wobei die meisten Vereinbarungen mit den Zahntechniker-Innungen über der 100% Grenze liegen. Durch die Aufhebung der Bindung an die Veränderung der Grundlohnsumme werden mit den Zahntechniker-Innungen vermehrt Preise bis zur 105% Grenze vereinbart werden. Die Krankenkassen zahlen bei einer prothetischen Leistung einen befundbezogenen Festzuschuss, der durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgestellt wird. Bei der Feststellung des BMP und letztlich auch des Anteils der zahntechnischen Leistung des Festzuschusses gilt weiterhin der Grundsatz der BS-Stabilität, der zahntechnische Anteil am Festzuschuss wird somit höchstens um diesen Betrag erhöht. Damit werden bei höheren Abschlüssen als der Veränderung der Grundlohnsumme auf Landesebene letztlich die Versicherten durch seine Eigenanteile stärker als bisher belastet. Die Krankenkassen sind bei den „Härtefall“-Versicherten betroffen, da hier die Gesamtkosten und nicht nur der Festzuschuss übernommen werden muss. Somit müssen die Krankenkassen, die bereits viele Versicherte mit geringem Einkommen versichert haben, einen Großteil dieser zusätzlichen Belastung tragen.

Der Wegfall der Bindung an die Veränderungsrate der Grundlohnsumme wird deshalb abgelehnt.

C Änderungsvorschlag

Satz 4 neu wird wie folgt formuliert: „§ 71 Absatz 1 bis 3 gilt.“

Zu Artikel 1 Nr. 21 § 60 SGB V **Genehmigungspflicht für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung**

A Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine gesetzliche Klarstellung, dass sich die Genehmigungspflicht auch auf Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung bezieht.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine notwendige gesetzliche Klarstellung der Genehmigungspraxis für Krankentransporte zur ambulanten Behandlung. Dies ist notwendig, da das BSG in seinem Urteil vom 12.09.2012 (B 3 KR 17/11 R) die Rechtswirksamkeit dieser Regelung in der Krankentransport-Richtlinie des G-BA (§ 6 Abs. 3 S.1) mangels Ermächtigungsnorm angezweifelt hat.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Zu Artikel 1 Nr. 22 § 63 SGB V Wegfall Satzungserfordernis Modellvorhaben

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung, dass Ziele, Dauer, Art und allgemeine Vorgaben zur Ausgestaltung von Modellvorhaben sowie die Bedingungen für die Teilnahme von Versicherten in der Satzung festzulegen sind, wird gestrichen.

B Stellungnahme

Der Wegfall des Satzungserfordernisses für die Festlegung von Einzelheiten von Modellvorhaben wird im Sinne der Entbürokratisierung ausdrücklich begrüßt. Einzelheiten können im Vertrag mit den Leistungserbringern und in den Teilnahmeerklärungen der Versicherten geregelt werden.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Zu Artikel 1 Nr. 23 § 64 SGB V**Modellvorhaben / Vereinbarungen mit Leistungserbringern: Bereinigung Gesamtvergütung und Krankenhausbudgets****A Beabsichtigte Neuregelung**

Der auf die hausarztzentrierte Versorgung (HzV) mit Vorabbeschreibung der teilnehmenden Versicherten gemünzte Normtext zur *ex ante*-Budgetbereinigung gemäß § 73b Abs. 7-neu gilt entsprechend auch für Budgetbereinigungen aufgrund von Modellvorhaben. § 73b Abs. 7-neu bezieht sich auf Einzelvertragsmodelle mit Vorabbeschreibung der teilnehmenden Versicherten; sollte ein Modellvorhaben eine situative Teilnahme und/oder Einschreibung von Versicherten vorsehen, soll auch eine *ex post*-Bereinigung des Behandlungsbedarfs möglich sein.

B Stellungnahme

Die Klarstellung, dass auch die Bereinigung auf Grund von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 und 2 bzw. nach § 64 Abs. 1 in entsprechender Anwendung der Bereinigungsregelungen für die HzV nach § 73b Abs. 7-neu erfolgen soll und *ex post*-Bereinigungen möglich sind, wird begrüßt.

Darüber hinaus sollte bezüglich der Bereinigung der Krankenhausbudgets analog der Bereinigung des Behandlungsbedarfs auf die betreffende(n) Rechtsnorm(en) verwiesen werden.

C Änderungsvorschlag

Nach § 64 Abs. 3 Satz 3-neu wird folgender Satz angefügt:

„Die Budgets der teilnehmenden Krankenhäuser sind entsprechend § 4 Abs. 1 Satz 2 KHEntG bzw. § 3 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3a BPfIV anzupassen.“

Zu Artikel 1 Nr. 24 a) bis c) § 71 SGB V

Änderung Vorlagepflicht Besondere Versorgung/Verschärfung Aufsichtsrechte

A Beabsichtigte Neuregelung

a) und b)

Die aufsichtsbehördliche Vorlagepflicht für Verträge der integrierten und besonderen ambulanten Versorgung (künftig: „Besondere Versorgung“) entfällt mit der Neuregelung. Dies gilt auch für Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung. Für letztere ergibt sich der Wegfall jedoch im Rahmen der Änderung des § 73b SGB V (Artikel 1 Nr. 27).

Die Verträge nach §§ 73b SGB V (HzV) und 140a SGB V (Besondere Versorgung) sind weiterhin den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder, in denen sie wirksam werden, zu übermitteln. Hier wurde nur redaktionell angepasst.

c)

Des Weiteren entfällt durch Neufassung des Absatzes 6 das Vorschlagsrecht der Länder für Verträge zur HzV und zur besonderen Versorgung.

Im Gegenzug zum Wegfall der Vorlagenpflicht sollen jedoch die Eingriffsbefugnisse der Aufsichtsbehörde und die „Effektivität der repressiven Aufsichtsmaßnahmen“ – so die Gesetzesbegründung – für Verträge zur HzV und zur besonderen Versorgung erhöht werden, um erhebliche Rechtsverletzungen im selektivvertraglichen Bereich zu beheben. So soll die Aufsicht alle Anordnungen treffen können, die für eine sofortige Behebung der Rechtsverletzung geeignet und erforderlich sind. Bei einem schweren, nicht wieder gutzumachenden Schaden insbesondere für die Belange der Versicherten soll ein Zwangsgeld bis zu einer Höhe von 10 Millionen Euro festgesetzt werden können. Rechtsbehelfe gegen solche Anordnungen sollen zudem keine aufschiebende Wirkung haben.

B Stellungnahme

a) und b)

Der Wegfall der aufsichtsbehördlichen Vorlagenpflicht und des Vorschlagsrechts der Länder wird ausdrücklich begrüßt.

c)

Die Neufassung des Absatzes 6 wird als überzogen abgelehnt, da sein Regelungsinhalt nicht mit der geschützten Selbstverwaltungsgarantie der gesetzlichen Krankenkassen vereinbar ist. Die Neuregelungen überschreiten die geltenden Maßstäbe und Grenzen der staatlichen Rechtsaufsicht und verstoßen gegen den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz. Für eine Regelung besonderer repressiver Aufsichtsmaßnahmen und Eilbefugnisse im Selektivvertragsbereich besteht kein erkennbarer Bedarf. Die in § 89 SGB IV geregelten Aufsichtsmittel erlauben bereits jetzt eine effektive Aufsichtsführung.

Auf Grund des starken Drohpotentials der Neuregelung ist mit einem restriktiven Handeln der Krankenkassen zu rechnen. Innovationspotential wird damit ohne Not verschenkt. Bemühungen des Gesetzgebers, Innovationen zu fördern (Innovationsfonds, Abbau von Hemmnissen) werden damit wieder konterkariert.

C Änderungsvorschlag

Die nach Buchstabe c) vorgesehene Neufassung des Abs. 6 entfällt. Der bisherige Abs. 6 wird gestrichen.

Zu Artikel 1 Nr. 25 § 73 Abs.8 SGB V**Sicherstellung einer vollständigen, richtlinienkonformen und wirtschaftlichen
Verordnungsweise von Heilmitteln durch Vertragsärzte****A Beabsichtigte Neuregelung**

Mit Ergänzung wird für Heilmittel festgelegt, dass ab dem 01.01.2017 nur noch elektronische Programme genutzt werden dürfen, die den Richtlinien des G-BA für die vertragsärztliche Versorgung entsprechen. Diese Regelung steht mit der Änderung des § 125 SGB V im Zusammenhang, wonach die notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung geregelt werden sollen, um Rechtsklarheit für die Leistungserbringer bzgl. der Abrechnung der erbrachten Leistungen herzustellen. Die PVS der Vertragsärzte soll neben Informationen zu einer formal und inhaltlich korrekten Verordnungsweise auch Informationen über besonderer Verordnungsbedarfe enthalten.

B Stellungnahme

Diese Erweiterung der Regelung beruht grundsätzlich auf einer gemeinsamen Initiative des GKV-Spitzenverbandes und der Heilmittelverbände und wurde von den Krankenkassenverbänden unterstützt. Allerdings wurden gegenüber dem Referentenentwurf zusätzliche Informationspflichten bzgl. besonderer Verordnungsbedarfe eingefügt. Diese Ergänzung wird vom AOK-BV abgelehnt, da es bei einer Heilmittelverordnung ausschließlich auf die Diagnosestellung des verordnenden Arztes ankommt, welche nicht durch Informationen zu besonderen Verordnungsbedarfen – welche die bundeseinheitlichen Praxisbesonderheiten widerspiegeln – beeinflusst werden darf. Für die Leistungserbringung ist neben der korrekten Diagnose auch die Vollständigkeit und Richtlinienkonformität der Verordnung entscheidend, da hiervon die Leistungserbringung und Abrechnung abhängig ist.

C Änderungsvorschlag

In § 73 Abs. 8 Satz 9 werden folgende Worte gestrichen:

„und über besondere Verordnungsbedarfe nach § 106b Absatz 2 Satz 4“

Zu Artikel 1 Nr. 26 § 73a SGB V Wegfall Vertragstyp Strukturverträge

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Möglichkeit, zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen Strukturverträge nach § 73a SGB V abzuschließen, wird aufgehoben. Die Vertragskompetenz wird in die vereinheitlichte Rechtsgrundlage für die „Besondere Versorgung“ nach § 140a SGB V neu überführt.

B Stellungnahme

Die Zielsetzung des Gesetzes, durch die Zusammenführung von einzelvertraglichen Rechtsgrundlagen die Umsetzung der Selektivverträge zu vereinfachen, wird im Grundsatz positiv gewertet. Allerdings birgt die Umsetzung konzeptionelle Probleme, wodurch es bei der Anwendung der neuen Rechtsgrundlage in der Praxis zu erheblichen Problemen kommen wird.

(Siehe hierzu auch die Ausführungen zu § 140a SGB V in dieser Stellungnahme).

Von den Verträgen zur besonderen Versorgung gem. § 140a SGB V sind jedoch Verträge zu unterscheiden bzw. abzugrenzen, bei denen die Kassenärztlichen Vereinigungen als KdöR primär (§73a SGB V) oder nachrangig (§73b SGB V) Partner sein sollen. Einerseits verbietet es sich nach der Rechtsentwicklung des SGB V ordnungspolitisch, Körperschaften, die auf einheitliche berufsständische Pflichtmitgliedschaften gründen, in wettbewerbliche Verträge einzubeziehen. Andererseits bestehen wie oben angeführt Anlässe, die ebenso wie bei den Disease-Management-Programmen aus § 137f SGB V Gestaltungsspielräume erfordern, die den Krankenkassen nach der gesetzlichen Vereinheitlichung der Gesamtverträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen nicht mehr zur Verfügung stehen. Für diese Zwecke sollte der § 73a erhalten bleiben.

C Änderungsvorschlag

Fortbestand des geltenden §73a SGB V.

Zu Artikel 1 Nr. 27 a) bis c) und e) § 73b SGB V Änderung/Angleichung HzV

A Beabsichtigte Neuregelung

a) Modifikation Satzungserfordernis zur Teilnahme

Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten an der hausarztzentrierten Versorgung soll künftig nicht mehr in der Satzung der Krankenkasse, sondern in der Teilnahmeerklärung geregelt werden. Für die Regelungen zur Abgabe der Teilnahmeerklärung verbleibt es bei dem Erfordernis für eine Satzungsregelung. Dabei ist die Richtlinie des GKV-SV nach § 217f Abs. 4a SGB V zu beachten.

b) Sicherstellung des Notdienstes durch die KV

Die vertragsärztliche Versorgung in den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst) soll einheitlich durch die KV organisiert werden. Eine Übernahme des diesbezüglichen Sicherstellungsauftrages durch Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung, wie sie in Absatz 4 Satz 6 vorgesehen ist, soll nicht möglich sein.

c) Leistungsrechtliche Abweichungsbefugnisse

Klargestellt wird, dass in der HzV auch von den Regelungen des 3. Kapitels des SGB V (Leistungsrecht) unter Beachtung des Verbotsvorbehalts bedingt abgewichen werden kann. Es ist davon auszugehen, dass hier eine Vereinheitlichung der entsprechenden Regelungen zu den besonderen Versorgungsformen erfolgen soll. Danach wird klargestellt, dass auch HzV-Verträge zulässig sind, die allein Leistungen zum Gegenstand haben, die über den Leistungsumfang der Regelversorgung hinausgehen (analoge Regelung zu § 140a Abs. 2 Satz 2 SGB V neue Fassung).

d) Bereinigung

(siehe eigene Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 27 Buchstabe d))

e) Wegfall des aufsichtsbehördlichen Vorlagepflicht

Die aufsichtsbehördliche Vorlagepflicht bei Vertragsschluss entfällt analog zur Neuregelung in § 71 Abs. 4 SGB V. Die Einhaltung der vereinbarten Wirtschaftlichkeitskriterien muss vier Jahre nach Wirksamwerden des HzV-Vertrages nachweisbar sein. Eine generelle Vorlagepflicht ist nicht vorgesehen. Der Nachweis muss nur noch auf Einzelaufforderung der Aufsichtsbehörde erbracht werden (analoge Regelung zu § 140a Abs. 2 Satz 4 SGB V neue Fassung).

B Stellungnahme

a) Modifikation Satzungserfordernis zur Teilnahme

Die Modifikation der Satzungserfordernisse wird im Sinne der Flexibilität und der Entbürokratisierung begrüßt. Um die Intention des Gesetzgebers umzusetzen, muss der GKV-SV jedoch die Richtlinie nach § 217f Abs. 4a SGB V entsprechend anpassen. Anderenfalls würde die Zielsetzung der gesetzlichen Regelung ins Leere laufen.

b) Sicherstellung des Notdienstes durch die KV

Eine einheitliche Organisation des Notdienstes ist sinnvoll. Die gesetzliche Änderung stellt klar, dass die Sicherstellung des Notdienstes von vornherein bei den KVen liegt

und nicht erst wieder von Kassen mit HzV auf die KVen rückübertragen werden muss, und wird befürwortet.

Bei der aktuellen Regelung (nach SGB V a.F.), die häufig als Blockadeinstrument für Bereinigungsvereinbarungen dient bzw. prominenter Gegenstand in Schiedsverfahren ist, dreht sich der Streit allerdings nicht um die Finanzierung der Leistungen im Notdienst gemäß dem einheitlichen Bewertungsmaßstab – hier ist klar, dass, wenn nicht im Selektivvertrag finanziert, auch nicht bereinigt wird bzw. umgekehrt. Vielmehr geht es darum, ob die KVen von Kassen mit Selektivvertrag ein gesondertes Entgelt für die Finanzierung der verwaltungsmäßigen Organisation und Durchführung des Notdienstes einfordern können. Deren „Querfinanzierung“ erfolgt in der Regel aus allgemeinen Verwaltungskostenanteilen auf den Abrechnungsumsatz der einzelnen Ärzte; d.h. die für die verwaltungsmäßige Organisation und Durchführung des Notdienstes erforderlichen Mittel werden aktuell überwiegend als von den KVen jeweils festgesetzter prozentualer Verwaltungskostensatz auf die von den Ärzten bzw. Praxen eingereichten Abrechnungsvolumina (Umsätze) aufgebracht. Durch die Selektivverträge können den KVen Umsätze verloren gehen, obwohl sie die bei ihr verbleibenden nicht teilbaren Sicherstellungsaufgaben dennoch weiter organisieren müssen. Auch mit der Klarstellung, dass die Sicherstellung des Notdienstes von vornherein bei den KVen liegt, werden die KVen auch weiterhin Aufwandsersatz für die verwaltungsmäßige Organisation und Durchführung des Notdienstes – im Sinne eines Ersatzes „entgangener“ Kollektivvertragsumsätze – fordern (wollen).

Um der Verringerung der Bezugsgröße (Kollektivvertragsumsatz) durch Selektivverträge Rechnung zu tragen, sollte deshalb flankierend zur Klarstellung bezüglich der Sicherstellung des Notdienstes durch die KVen auch gesetzlich klargestellt werden, dass die in den KV-Satzungen nach § 81 Abs. 1 SGB V enthaltenen Bestimmungen zur Mittelaufbringung flexibel geregelt werden können. Dabei ist die Mittelaufbringung der KVen so auszugestalten, dass diese die ihnen übertragenen Aufgaben auch selbst finanzieren, dies ggf. auch durch entsprechende Anpassungen der (bisherigen) Umlageverfahren auf bspw. kopfbezogene Umlagen oder eine verursacherbezogene Gebührenerhebung.

c) Leistungsrechtliche Abweichungsbefugnisse

Die leistungsrechtlichen Abweichungsbefugnisse werden ausdrücklich begrüßt. Dies erhöht die Möglichkeiten und die Flexibilität bei der Vertragsgestaltung. Formal-juristische Hemmnisse werden abgebaut.

Im Gegensatz zur analogen Regelung im § 140a Abs. 2 neu Fassung fehlt jedoch die Klarstellung, dass Verträge, die alleine die Organisation der Versorgung betreffen (sog. Management-Verträge) ebenfalls zulässig sind. Diese Regelung war im Referentenentwurf noch enthalten und sollte wieder aufgenommen werden.

d) Bereinigung

(siehe eigene Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 27 Buchstabe d))

e) Wegfall der aufsichtsbehördlichen Vorlagepflicht

Der Wegfall der aufsichtsbehördlichen Vorlagepflichten wird begrüßt.

Grundsätzlich wird die Schiedsfähigkeit der HzV-Verträge weiterhin abgelehnt. Die HzV-Verträge sollten durch Aufhebung des Kontrahierungszwangs wieder konsequent in den Kreis der wettbewerblichen Selektivverträge außerhalb des Kollektivvertragssystems zurückgeführt werden. Die Verantwortung für Vertragsschlüsse würde damit wieder im pflichtgemäßen Ermessen der Krankenkassen liegen, die auch die finanziellen Konsequenzen zu tragen haben.

C Änderungsvorschlag

b)

Im Zusammenhang mit der Klarstellung zur Sicherstellung des Notdienstes durch die KVen sollte auch eine gesetzliche Klarstellung hinsichtlich der Mittelaufbringung durch die KVen für ihnen gesetzlich übertragene Aufgaben nach § 81 Abs. 1 Nr. 5 SGB V erfolgen. § 81 Abs. 1 Nr. 5 SGB V wird demnach um folgenden Halbsatz ergänzt:

„; dabei können Aufgaben auch über kopfbezogene Umlagen und verursacherbezogene Gebühren finanziert werden,“

c)

Anfügung des Halbsatzes „; es dürfen auch Vereinbarungen, die allein die Organisation der Versorgung betreffen, getroffen werden.“

Änderungsvorschläge zur Vereinfachung der Bereinigung: siehe eigene Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 27 Buchstabe d)

Wiederherstellung der Absätze 4 und 4a des § 73b SGB V in seiner am 31.12.2008 gültigen Fassung.

Zu Artikel 1 Nr. 27 d) § 73b SGB V Bereinigung Gesamtvergütung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Budgetbereinigung infolge integrierter und selektiver Versorgungsformen (Hausarztzentrierte Versorgung HzV gemäß § 73b und besondere Versorgung gemäß § 140a-neu) sowie infolge von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 und 2 bzw. nach § 64 Abs. 1 – im Folgenden HzV/besondere Versorgung – wird in § 73b Abs. 7-neu als Normtext wie folgt neu gefasst:

- Die Vertragspartner der Gesamtverträge haben den Behandlungsbedarf zu bereinigen, und zwar
 - rechtzeitig zu dem Quartal, für welches der Behandlungsbedarf bereinigt werden soll,
 - entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der im betreffenden Quartal eingeschriebenen Versicherten,
 - entsprechen dem vertraglich vereinbarten Inhalt der HzV/besonderen Versorgung.
- Die quartalsweisen Bereinigungsvolumina können auch pauschaliert ermittelt werden.
- Die Bereinigungsdaten sind spätestens drei Wochen vor Beginn des Quartals, für welches die Gesamtvergütung bereinigt werden soll, den zuständigen Gesamtvertragspartnern zu übermitteln.
- Die Krankenkassen können ggf. vorläufig bereinigen.
- Bei der KV-übergreifenden Bereinigung können die Krankenkassen verlangen, dass in den Fremd-KVen, in deren Bezirken an der HzV/besonderen Versorgung teilnehmende Versicherte ihren Wohnsitz jeweils haben, ihr jeweiliges in der Vertrags-KV geltende Bereinigungsverfahren anerkannt und umgesetzt wird.
- Die Bereinigung des Behandlungsbedarfs hat nunmehr explizit nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V zu den Bereinigungsverfahren zu erfolgen (in der bisherigen Gesetzesfassung fehlte der Verweis auf die Vorgabenkompetenz des Bewertungsausschusses gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V); für die KV-übergreifende Bereinigung wie auch die Rückbereinigung des Behandlungsbedarfs sind die vom Bewertungsausschuss vorgegebenen Verfahren gemäß § 87a Abs. 5 Satz 9 anzuwenden.

Des Weiteren sollen künftig im Falle eines Konflikts zwischen den Partnern der Gesamtverträge neben diesen auch die Vertragspartner der Krankenkassen bei der HzV/besonderen Versorgung das Landesschiedsamt mit dem Ziel der Festsetzung der Bereinigung anrufen können. Auch wird klargestellt, dass die Bereinigung mit zu den gesetzlichen Aufgaben der KVen zählt.

B Stellungnahme

Die AOKs begrüßen grundsätzlich die Neufassung der Rechtsform zur Bereinigung. Da die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nicht allein im Raum steht, sondern zwingend in die Festlegung der budgetierten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (MGV) auf

regionaler Ebene eingebettet ist, muss sie auch im Rahmen der jeweils zu dieser geltenden gesetzlichen Regelungen implementiert werden. Beide Ebenen des kollektivvertraglichen vertragsärztlichen Vergütungssystems – Gesamtvergütungen der Krankenkassen an die KVen (Kassen/KV-Ebene gemäß § 87a SGB V) sowie Honorarverteilung durch die KVen an die Ärzte (KV/Arzt-Ebene gemäß § 87b SGB V) – sind hochkomplex ausgestaltet. Sachgerechte Bereinigungsverfahren werden diese Komplexität nachvollziehen und deshalb ebenfalls bis zu einem gewissen Grad kompliziert bleiben müssen. Eine gesetzliche Detailregelung der Bereinigung ist somit nicht umsetzbar; dementsprechend sind mit der Neufassung der Rechtsform notwendige gesetzgeberische Impulse zur Vereinfachung der Bereinigung auf Gesamtvergütungsebene an den Bewertungsausschuss gesetzt worden. Allerdings sollte jetzt aufsichtsrechtlich Sorge getragen werden, dass diese im Sinne des Gesetzgebers auch umgesetzt werden (können). Hierzu gehörte u.a. auch, dass dem Bewertungsausschuss eine verbindliche gesetzliche Frist für die Beschlussfassung zu den neuen Bereinigungsverfahren gesetzt wird.

Da die Bereinigung in der sog. Vertrags-KV – d.h. im KV-Bezirk, in dem die HzV/besondere Versorgung wirksam ist – auch weiterhin schiedsamtsfähige Vereinbarungssache bleiben soll, wird die Ermöglichung einer vorläufigen Bereinigung im Konfliktfall gutgeheißen. Dass im Konfliktfall allerdings neben den Krankenkassen und den KVen auch die in die HzV/besondere Versorgung involvierten Leistungserbringer als Vertragspartner der Krankenkassen die Möglichkeit haben, das Schiedsamt mit dem Ziel der Festsetzung der Bereinigung anzurufen, wird von den AOKs kritisch und als ordnungspolitisch falsch gesehen. Die Vereinbarung zur Bereinigung betrifft wie die Vereinbarung der Gesamtvergütungen ausschließlich das Vertragsverhältnis zwischen Krankenkassen und KV(en) und sollte von diesen allein getroffen werden. Eine Anrufung des Schiedsamts durch die „einzelvertraglichen“ Leistungserbringer entspräche einer „Einmischung“ dieser in Verträge von Dritten. Durch die Ermöglichung einer vorläufigen Bereinigung erübrigt sich zudem die „Einmischung“ Dritter in die Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und KVen.

Die gesetzliche Regelung zur KV-übergreifenden Bereinigung allerdings erscheint zu uneindeutig formuliert. Sie bezieht sich explizit nur auf das Verfahren und damit das „Wie“ der Bereinigung. Wobei es dem Bewertungsausschuss obliegen wird, die Unklarheit im Gesetzestext – Krankenkassen können zukünftig in den „Fremd-KV“-Bezirken das in der „Heimat-KV“/Vertrags-KV vereinbarte und geeinte Bereinigungsverfahren anerkennen und umsetzen lassen (was den Bereinigungsaufwand bei den KVen erheblich erhöht); gleichzeitig sollen bei der KV-übergreifenden Bereinigung aber auch die hierfür weiterzuentwickelnden pauschalierenden Vorgaben des Bewertungsausschusses maßgeblich sein – „glatt“ zu ziehen und das Verfahren am besten zu vereinheitlichen. Hinsichtlich des „Ob“ der KV-übergreifenden Bereinigung und damit zu der den Verfahrensfragen vorgelagerten Grundsatzfrage,

- ob die Krankenkassen einen vertragsunabhängigen Rechtsanspruch auf eine KV-übergreifende Bereinigung haben und die bereinigende Reduzierung der Gesamtvergütung in einem „Fremd-KV“-Bezirk „einfach“ vornehmen können; oder
- ob es auch weiterhin einer Vereinbarung zur KV-übergreifenden Bereinigung zwischen der jeweiligen KV und dem jeweils für die Krankenkasse zuständigen Landesverband bedarf,

bleibt die gesetzliche Regelung auch in der Begründung unbestimmt. Bedarf es einer Vereinbarung, sind die Krankenkassen auch weiterhin abhängig von der Verhandlungs-

neigung und -freudigkeit der im jeweiligen KV-Bezirk zuständigen Gesamtvertragspartner. Zur Erhöhung der Rechtssicherheit wäre eine gesetzliche Klarstellung sinnvoll. Dass die Vorlaufzeit für die Bereinigungsmeldungen gesetzlich verkürzt festgelegt wird, wird begrüßt; es vermindert die Wartezeiten der Versicherten, bis diese auch in praxi selektivvertraglich versorgt werden können. Allerdings erscheint die Halbierung der bisherigen Frist mehr arbiträr als an der Einschreibungspraxis von Versicherten in Selektivverträge und deren Erfassung in Teilnehmerverzeichnissen orientiert; mit einer Meldefrist von 2 Wochen vor Quartalsbeginn wäre der durch die Regelung angestrebte Abbau von Wartezeiten am größten.

C Änderungsvorschlag

In § 73b Abs. 7 Satz 3-neu wird das Wort „Bereinigungsbeträge“ durch das Wort „Bereinigungsvolumina“ und werden die Wörter „Satz 1“ durch „Satz 2“ ersetzt.

[Es wird der Behandlungsbedarf – ein Punktzahlvolumen – bereinigt und nicht die Gesamtvergütung (als Euro-Betrag aus Punktzahlvolumen mal Preis in Euro pro Punkt). Zudem Richtigstellung eines fehlerhaften Verweises.]

§ 73b Abs. 7 Satz 4-neu wird wie folgt gefasst:

„Kommt eine rechtzeitige Einigung über einen Bereinigungsvertrag oder die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nicht zustande, können jeweils auch die Krankenkassen, die Vertragspartner der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung sind, das Schiedsamt nach § 89 anrufen.“

In § 73b Abs. 7 Satz 5-neu wird das Wort „drei“ durch das Wort „zwei“ ersetzt.

§ 73b Abs. 7 Satz 7-neu gestrichen.

§ 73b Abs. 7 Satz 8-neu wird als neuer Satz 7 wie folgt gefasst:

„Die Bereinigung des Behandlungsbedarfs für an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmende Versicherte mit Wohnort im Bezirk anderer Kassenärztlicher Vereinigungen sowie die Rückführung von Bereinigungsvolumina bei Beendigung der Teilnahme eines Versicherten haben zwingend entsprechend den Verfahren gemäß § 87a Absatz 5 Satz 9 anerkannt und umgesetzt zu werden.“

§ 87a Abs. 5 Satz 9-neu wird wie folgt gefasst:

„Die Empfehlungen nach Satz 1 sowie die Vorgaben nach Satz 7 und Satz 8 [neu] sind jährlich bis spätestens zum 31. August zu beschließen, die Mitteilungen nach Satz 2 erfolgen jährlich bis spätestens zum 15. September; dabei sind die Vorgaben nach Satz 7 und 8 [neu] betreffend die Bereinigung erstmals bis spätestens zum 31. Dezember 2015 zu beschließen.“

(siehe auch Kommentierung des AOK-Bundesverbandes zu Artikel 1 Nr. 35 § 87a SGB V Buchstabe c))

Zu Artikel 1 Nr. 28 § 73c SGB V Wegfall Vertragstyp besondere ambulante Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Rechtsgrundlage für Verträge zur „besonderen ambulante Versorgung“ nach § 73c SGB V entfällt zu Gunsten einer einheitlichen Regelung für die „Besondere Versorgung“ nach § 140a SGB V neu.

B Stellungnahme

Bedenken, die sich aus der Zusammenführung von einzelvertraglichen Rechtsgrundlagen zur „Besondere Versorgung“ ergeben, werden im Kommentar zum neuen § 140a dargelegt (s. u.).

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Neuregelung

Zu Artikel 1 Nr. 29 §75 - Abs. 1 SGB V Terminservicestellen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung des §75 Abs. 1a (neu) löst den bislang bestehenden Auftrag an die Partner der Gesamtverträge ab, die zeitnahe fachärztliche Versorgung zeitlich zu konkretisieren.

Anstelle der derzeitigen Regelung soll nun nicht nur vorgeschrieben werden, was eine zeitnahe fachärztliche Versorgung ist (Terminvermittlung innerhalb einer Woche, Arzttermin innerhalb der darauffolgenden vier Wochen), sondern auch die Art und Weise, wie die KVen dies sicherzustellen haben, nämlich in Form von Terminservicestellen.

Die Regelung des neuen Abs. 1b betrifft die Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung. Die Kooperation der KVen mit den Krankenhäusern soll verbindlicher ausgestaltet werden, indem die Kann-Regelung zur Kooperation der KVen mit den Rettungstellen der Krankenhäuser in einer Soll-Regelung umgewandelt wird.

B Stellungnahme

Abs. 1a (neu):

Die vorgenannte Regelung ist eine Umsetzung des Koalitionsvertrags. Der im Vorfeld des Gesetzentwurfs geäußerten Kritik an starren Zeitfenstern wird insoweit Rechnung getragen, als dass die Vier-Wochen-Frist deutlich relativiert wird. So gilt für die Vermittlung von Patienten, wegen Routineuntersuchungen oder Bagatellerkrankungen lediglich eine „angemessene“ Frist.

Zudem ist ein Leistungsbereich, in dem die Wartezeiten in besonderem Maße thematisiert werden, die antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie, vom Terminmanagement der KVen ausdrücklich ausgeschlossen, obwohl gerade hier Maßnahmen zur Verkürzung der Wartezeiten angezeigt wären. Stattdessen findet hier eine Delegation der Problematik an den G-BA mit ungewissem Ausgang statt.

Damit ist fraglich, ob diese Vorschrift, abgesehen von der Implementierung neuer bürokratischer Strukturen jemals für die Versicherten praktische Relevanz erlangen wird. Im Übrigen versäumt es auch dieser Gesetzentwurf, die strukturellen Gründe für lange Wartezeiten wirksam in den Blick zu nehmen. Dazu gehören die verfehlten Anreizsysteme durch Privateinnahmen, die Ungleichverteilung der Ärzte sowie die Überbewertung ambulant-operativer Leistungen, insbesondere durch Förderpunktwerte, die eine konservative (Sprechstunden-) Tätigkeit unattraktiv werden lassen. Gleichzeitig wird endlich der notwendige Handlungsdruck für die Kassenärztlichen Vereinigungen erzeugt, um diese zum Handeln zu bewegen. Daher begrüßt der AOK-BV die vorgesehene Regelung, weist aber auf die o.g. Handlungsfelder hin.

Abs. 1b (neu):

Tatsächlich ist insbesondere in Ballungsgebieten eine immer stärkere Frequentierung der Notaufnahmen mit ambulanten Patienten, die eigentlich vertragsärztlich versorgt werden könnten, zu verzeichnen.

Die Kooperation der KVen mit den Rettungsdiensten ist daher erforderlich, die entsprechende Soll-Verpflichtung für die KVen aber womöglich nicht verbindlich genug. Durch Sicherstellungsdefizite werden die Rettungsdienste zunehmend durch Patienten in Anspruch genommen, die keine Notfälle sind. Hier haben die KVen das ihrerseits mögliche zu tun, um eine unnötige Inanspruchnahme der Rettungsdienste zu verhindern. Gleichzeitig sind aber auch die Leitstellen der Rettungsdienste gehalten, sicherzustellen, dass „leichte“ Fälle erst gar keine Rettungseinsätze auslösen. Inwieweit die gesetzliche Regelung der „Kooperation“ tatsächlich dazu führen wird, dass gemeinsame Leitstellen betrieben werden, wie in der Begründung ausgeführt, bleibt abzuwarten.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Zu Artikel 1 – Nr. 30 § 75 a (neu) SGB V Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bisher in Art. 8 Abs. 2 Satz 1 GKV-SolG verortete Regelung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin, wird in einen neuen § 75a in das SGB V überführt und um die im Koalitionsvertrag bereits vereinbarte Aufstockung des Fördervolumens um 50 Prozent sowie weitere Regelungen ergänzt. Ergänzt wurde beispielsweise eine regelmäßige Überprüfung der Angemessenheit der Vergütung.

B Stellungnahme

In der Neuregelung wird auf eine Änderung, nach der in Krankenhäusern nur bisher bestehende und in eigenständige Weiterbildungsstellen für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin umgewandelte Stellen bezuschusst werden können, verzichtet. Das ist kritisch zu bewerten, denn durch den Verzicht auf einer derartigen Änderung wird die Inanspruchnahmeberechtigung wieder erheblich ausgeweitet und nicht mehr eindeutig auf die Weiterbildungsstellen beschränkt, die tatsächlich ausschließlich Allgemeinärzte ausbilden sollen. Es ist denkbar, dass eine Abteilung für Chirurgie sich Weiterbildungsassistenten regelmäßig aus der Förderung finanzieren lässt, diese dann aber den Weiterbildungsweg wechseln und den Facharzt für Chirurgie absolvieren. Die Krankenhäuser wollen sich hier ihrer Ausbildungsverpflichtung für den ärztlichen Nachwuchs ein weiteres Mal entziehen.

Die Ergänzung einer regelmäßigen Überprüfung der Angemessenheit der Vergütung ist zumindest für die ambulanten Weiterbildungsstellen nachvollziehbar. Die Tarifsteigerungen im Krankenhaus sollen nicht einseitig zu Lasten der Weiterbildungsstellen gehen.

Mit der Regelung werden die Weiterbildungsstellen zukünftig verpflichtet, den erhaltenen Förderbetrag auf die im Krankenhaus übliche Vergütung anzuheben und an den Weiterzubildenden auszus zahlen. Diese Regelung besteht bereits in der geltenden dreiseitigen Vereinbarung, wurde jedoch nicht immer gelebt.

Die Vertragspartner haben die Angemessenheit der Förderung regelmäßig zu überprüfen und soweit erforderlich anzupassen. Das Fördervolumen wird wie im Koalitionsvertrag festgelegt um 50 % erhöht, das heißt von derzeit 5.000 auf 7.500 Stellen (neu). Die Höhe der Vergütung wurde nicht geregelt, sondern ist von den Vertragspartnern zu vereinbaren (neu).

Die neu zu schließende Fördervereinbarung soll Regelungen beinhalten, die eine angemessene und insbesondere homogene und durchgängige Vergütung zwischen den Praxisabschnitten oder bei Veränderung der KV-Zuständigkeit im ambulanten und stationären Bereich für den Weiterbildungsassistenten garantieren (neu).

Die Verteilung der Stellen auf die KVen soll in Form einer Bedarfsplanung, z.B. im Verhältnis zur Einwohnerzahl erfolgen, um eine gleichmäßige Verteilung auf die KVen zu er-

reichen. Bei Ungleichverteilung sollen finanzielle Ausgleichsmechanismen vereinbart werden (neu). Die KVen dürfen die Anzahl der zu fördernden Weiterbildungsstellen nicht begrenzen (neu).

Die stärkere Kooperation zur Erreichung dieser Ziele zwischen den KVen wird klargestellt (neu).

Gesamtbewertung: Der Entwurf wird insgesamt nicht abgelehnt.

Der Entwurf schreibt die bestehende Regelung fort. Er ist im Wesentlichen ausgewogen und wird nach der vorliegenden Formulierung im Rahmen der nach dem Koalitionsvertrag erwarteten Kostensteigerung durch die Erhöhung des Fördervolumens und die Ausgleichszahlungen zwischen den Weiterbildungsstationen bleiben. Letztere ist sinnvoll, damit die Abbrecher-Quote der in Weiterbildung befindlichen Ärzte reduziert wird und die Anzahl der Weiterbildungsabschlüsse steigt. Andernfalls wird auch die Erhöhung des Fördervolumens langfristig keine Wirkung zeigen.

Andererseits sind wirksamere Regelungen unaufschiebbar, da die Absolventenzahlen der allgemeinmedizinischen Weiterbildung nur noch die Hälfte des für die Bestandssicherung der Hausärzte Erforderlichen erreichen. Weiterbildungen werden abgebrochen, weil der Weiterbildungsgang für die jungen Ärztinnen und Ärzte zahlreiche Stationen erfordert, die bisher unzureichend organisatorisch verbunden werden. Daher sollten aus Sicht der AOK zum einen die regionalen Koordinierungsstellen bei den Ärztekammern nachhaltiger in die Pflicht genommen werden, eine solche Koordinierung zu leisten, zum anderen auch die KVen intensiver zusammenarbeiten.

Ziel aller Regelungen muss es sein, dass die Weiterbildung zum Allgemeinmediziner nicht nur ebenso attraktiv, sondern möglichst attraktiver als die Weiterbildung zum Facharzt ist. Die Attraktivität ist nicht allein durch finanzielle Hilfen aufzuwerten, sondern durch gute Organisation und transparente Abläufe, sowie adäquate Anschlussbeschäftigung. Deshalb müssen diese bekannten Nachteile frühzeitig kompensiert werden. Folgende Ziele sind anzustreben:

- Klare und nachvollziehbare Planung des Ablaufs und der Stationen der Weiterbildung eines Assistenten (mit Unterbrechungsmöglichkeiten).
- Nachweis der KVen, dass die für eine Region erforderliche Anzahl an Praxen, die für 7.500 Förderstellen jährlich erforderlich sind, zur Verfügung gestellt werden.
- Nachweis der Krankenhäuser, dass die erforderliche Anzahl von Weiterbildungsstellen in einer KV-Region zur Verfügung gestellt wird.
- Nachweis der Ärztekammern, dass die Koordinierung der Weiterbildungsassistenten durch die Koordinierungsstellen so erfolgt, dass die Weiterbildung abgeschlossen werden kann (z.B. durch mind. 2-Jahresplanung der Weiterbildungsstellen).
- Nachweis über den Verbleib der weitergebildeten Ärzte in der hausärztlichen Versorgung (bisher ist der Verbleib intransparent)
- Transparentes Fördermodell, das den oben dargestellten Punkten Rechnung trägt.
- Ggf. ist eine Übereinkunft zielführend, nach der die Weiterbildung zum Allgemeinmediziner in allen Weiterbildungsstationen überdurchschnittlich vergütet wird (also auch oberhalb des Krankenhaustarifvertrags), jedoch auch mit einer Rückzahlungsverpflichtung (ggf. Teilzahlung) bei Abbruch der Ausbildung versehen wird.

- Ggf. zusätzliches Finanzierungsversprechen für Absolventen der Weiterbildung, z.B. für 5 Jahre Strukturfondsmittel bei Niederlassung in einem Planungsbereich zu erhalten, der unter 100 Prozent Versorgungsgrad aufweist (Überleitungsregelung zur Niederlassungshilfe). Damit wäre ein zukünftiger Hausarzt 10 Jahre versorgt.
- Die bislang gelebte Praxis überlässt die gesamte Weiterbildung dem Zufall. Ob überhaupt Anschlussstationen zur Verfügung stehen, um die Weiterbildung fortzusetzen, ist immer ungewiss. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass gezahlte Förderbeträge eher zweckentfremdet als zielorientiert (Abschluss der Weiterbildung) eingesetzt werden.

C Änderungsvorschlag

In § 75a Abs. 2 wird folgender Satz 2 eingefügt: In Krankenhäusern können nur bisher bestehende und in eigenständige Weiterbildungsstellen für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin umgewandelte Stellen bezuschusst werden.

**Zu Artikel 1 Nr. 31 § 76 Abs. 1a SGB V
Ambulante Inanspruchnahme der Krankenhäuser im Zusammenhang mit den
Terminservicestellen**

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung stellt klar, dass sich das Behandlungsmandat der Krankenhäuser infolge einer Zuweisung durch eine Terminservicestelle auch auf Folgetermine erstreckt.

B Stellungnahme

Konsequente Klarstellung zu §75 Abs. 1a Satz 6.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Zu Artikel 1 Nr. 32 § 79 Abs. 3a SGB V**Getrenntes Stimmrecht in den Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen****A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Neuregelung schreibt vor, dass in den Vertreterversammlungen künftig Fach- und Hausärzte jeweils allein über diejenigen Belange Entscheidungen treffen, die ausschließlich den jeweiligen Versorgungsbereich berühren. Bei Belangen, die beide Versorgungsbereiche betreffen, ist Stimmenparität herzustellen.

B Stellungnahme

Der Eingriff des Gesetzgebers in die Satzungsgestaltung der KBV und der KVen ist die Konsequenz aus fortwährenden berufspolitischen Konflikten zwischen den Haus- und Fachärzten.

Er folgt damit einem bedenklichen Trend der Desintegration eines noch homogen strukturierten Versorgungssektors. Die strikte Trennung der Vergütung (vgl. §87b Abs. 1) und die stetig zunehmende organisatorische Separation fördern Schnittstellenprobleme und beeinträchtigen eine abgestimmte Versorgung der Patienten, insbesondere bei solchen mit interdisziplinärem Versorgungsbedarf.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Zu Artikel 1 Nr. 33 § 79c SGB V

Beratender Fachausschuss für angestellte Ärzte

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung schreibt den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vor, neben den bereits existierenden Fachausschüssen für Haus- und Fachärzte einen beratenden Fachausschuss für angestellte Ärzte zu bilden.

B Stellungnahme

Durch die Neuregelung soll die Repräsentation der angestellten Ärzte, deren Zahl stetig und in deutlichem Maß zunimmt, innerhalb der ärztlichen Selbstverwaltung gestärkt werden. Dass ein solcher gesetzlicher Eingriff in die Satzungshoheit der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unternommen wird, kann dahingehend gedeutet werden, dass die Körperschaften die Belange der angestellten Ärzte, die schließlich nicht dem von Funktionären gepflegten Ideal des freiberuflich tätigen Arztes in eigener Praxis entsprechen, bislang offenbar in einem Ausmaß nicht beachtet haben, dass der Gesetzgeber eine Intervention für erforderlich hält. Der AOK-BV begrüßt daher diese Neuregelung.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Zu Artikel 1 Nr. 34 § 87 SGB V Vorgaben zum EBM

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorgaben zum EBM sollen in den folgenden wesentlichen Punkten geändert werden:

- Zu Buchstabe a) Die Sachkosten sollen künftig vom Bewertungsausschuss beschlossen und nicht mehr durch die Partner der Gesamtverträge vereinbart werden
- Zu Buchstabe b) Die Überprüfung des EBM soll auch anhand der betriebswirtschaftlichen Basis, die regelmäßig aktualisiert werden soll, vorgenommen werden
- Zu Buchstabe c) aa) - cc) Die bislang befristeten Regelungen zum MRSA-Screening soll entfristet werden
- Zu Buchstabe c) dd) Delegationsfähige Leistungen sollen im EBM berücksichtigt werden. Für die Einführung der delegationsfähigen Leistungen und die Leistungen zur Zweitmeinung werden gesetzliche Fristen gesetzt.
- Zu Buchstabe g) Folgeänderung zur Bündelung der Vertragskompetenzen der Krankenkassen in § 140a, wobei anstelle von Bereinigungsdaten zu Verträgen nach §§ 73c-alt und 140d-alt dem Bewertungsausschuss/Institut des Bewertungsausschusses plötzlich nicht-vertragsärztliche Abrechnungsdaten nach § 140a-neu übermittelt werden sollen.
- Zu Buchstabe i) Für die Einführung neuer Leistungen soll den Bewertungsausschuss eine Frist von sechs Monaten nach Vorliegen des entsprechenden G-BA-Beschlusses gegeben werden.

B Stellungnahme

Die Änderungen an den Vorgaben zu EBM sind nicht tiefgreifend und entsprechen häufig der geltenden Beschlusslage des Bewertungsausschusses.

a)

Die Zuordnung der Sachkosten in den Kompetenzbereich des Bewertungsausschusses wird begrüßt.

b)

Der Einbezug der betriebswirtschaftlichen Basis entspricht der aktuellen Vorgehensweise im Bewertungsausschuss. Der Aktualisierung der betriebswirtschaftlichen Basis sind aber dahingehend Grenzen gesetzt, als dass außer der Kostenstrukturerhebung des statistischen Bundesamts, die alle vier Jahre durchgeführt wird, keine Daten verfügbar sind, die als sachgerechte Stichprobe im Sinne der Gesetzesbegründung bezeichnet werden können. Andere bekannte Erhebungen haben den gravierenden Makel, dass die Teilnahme der Ärzte freiwillig ist und Selbstselektionseffekte die Ergebnisse erheblich verzerren.

c)
Die Überprüfung des EBM hinsichtlich der Berücksichtigung von delegierbaren Leistungen findet bereits statt.

g)
Gemäß dem Altfassung von § 87 Abs. 3f Satz 1 haben die KVen und Kassen nach Maßgabe der vom Bewertungsausschuss zu bestimmenden inhaltlichen und verfahrensmäßigen Vorgaben die für die Aufgaben des Bewertungsausschusses nach diesem Gesetz im vertragsärztlichen Bereich erforderlichen Daten einschließlich die den Kollektivvertrag/die vertragsärztliche (Regel-)Versorgung betreffenden Bereinigungsdaten arzt- und versichertenbezogen in einheitlicher pseudonymisierter Form zu erfassen. Die Erfassung hinsichtlich von Daten nach §140a-neu soll sich nunmehr nicht mehr auf die kollektivvertraglichen Bereinigungsdaten beziehen, sondern die selektivvertraglichen Abrechnungsdaten nach § 140a umfassen. Dies wird abgelehnt, Selektivverträge und die selektivvertragliche Abrechnung sind nicht im Kompetenzbereich des Bewertungsausschusses. Der Verweis muss auf den Bereinigungsabsatz nach in § 140a-neu zielen.

Des Weiteren ist in Abs. 3f Satz 1 neben dem Ersetzen der §§ 73c und 140d durch § 140a (Folgeänderung zur Bündelung der Vertragskompetenzen der Krankenkassen in § 140a) wegen der Neufassung des Regeltextes zur Bereinigung von Selektivverträgen/Modellvorhaben auch der Verweis auf § 73b Abs. 7 anzupassen.

i)
Hinsichtlich der gesetzlichen Fristen decken sich die Absichten des Kabinettsentwurfs mit denjenigen der GKV. Allerdings ist die Frist zur Einführung der Zweitmeinungsleistung mit drei Monaten sehr knapp bemessen. Zudem ist es aus Sicht der GKV die Klarstellung wichtig, dass vor Einführung einer Gebührenordnungsposition im EBM eine anderweitige Abrechnung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung auch im Wege der Kostenerstattung nach §13 Abs. 1 SGB V ausgeschlossen ist. Erst damit wird auch das in der Gesetzesbegründung angesprochene Problem der Verunsicherung der Versicherten, ob und in welchem Umfang die neue Leistung zu Lasten der Krankenversicherung erbracht werden kann, für diesen Zeitraum gelöst. Eine gleiche Verunsicherung tritt bei den Ärzten und den Krankenkassen ein, in dessen Folge unterschiedliche häufig regionale Lösungen gefunden werden. Dabei stehen die Krankenkassen häufig im Wettbewerb zueinander. Es werden Preise bzw. Kostenerstattungshöhen gefunden, die wiederum die Verhandlungen auf Bundesebene im BWA präjudizieren und somit eine unabhängige Preisfindung erschweren.

C Änderungsvorschlag

g): In Absatz 3f Satz 1 werden die Wörter „§ 73b Abs. 7 Satz 4 und § 73c Abs. 6 Satz 4 sowie § 140d Absatz 1 Satz 3“ durch die Angabe „§ 73b Abs. 7 **Satz 5** und § 140a **Abs. 6**“ ersetzt.

i): Dem neuen Abs. 5b wird folgender Satz angefügt:
„Die in den Sätzen 1 bis 4 benannten neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürfen innerhalb der im Satz genannten Frist erst nach Abbildung im einheitlichen Be-

wertungsmaßstab erbracht und zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden.

**Zu Artikel 1 Nr. 35 a) und c) § 87a SGB V
Gültigkeit von Punktwertzuschlägen bei Vereinbarungen nach § 119b Abs. 2
SGB V / Vorgaben des Bewertungsausschusses zum Bereinigungsverfahren**

A Beabsichtigte Neuregelung

a)

Die Ergebnisse der Evaluation gemäß § 119b Abs. 3 Satz 1 SGB V bilden die Grundlage für die Entscheidung über eine Fortführung der Punktwertzuschläge nach diesem Halbsatz. Infolge der Verlängerung des Evaluierungszeitraumes um 1 Jahr auch entsprechende Verschiebung der Entscheidungsfrist.

c)

Die Vorgabenkompetenz des Bewertungsausschusses zu Bereinigungsverfahren umfasst nunmehr auch explizit die KV-übergreifende Bereinigung und die Rückführung von Bereinigungsvolumina bei Beendigung der Selektivvertragsteilnahme eines Versicherten ausgedehnt. Die Verfahren in den genannten Fällen haben pauschalierend, d.h. (rück-)bereinigungsvereinfachend zu sein.

B Stellungnahme

a)

Zum einen ist zu bezweifeln, dass die Möglichkeit zur Vereinbarung von Punktwertzuschlägen nach diesem Halbsatz tatsächlich auch entfällt, wenn die Evaluation des Instituts des Bewertungsausschusses negativ ausfällt und den höheren Ausgaben durch Punktwertzuschläge keine entsprechenden Einsparungen in anderen Bereichen gegenüberstehen.

Zum anderen sehen die Regierungsfractionen in ihren Eckpunkten zur „Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland“ vom 10.11.2014 vor, die bestehende gesetzliche Frist, innerhalb der auf regionaler Ebene Zuschläge zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in vollstationären Pflegeeinrichtungen oder von Kooperationsverträgen nach 119b SGB V vereinbart werden können, gleich ganz aufzuheben, dies ganz unabhängig von den Ergebnissen einer Evaluation.

Damit entfielen auch der Grund für die Evaluation. Der mit der Evaluation verbundene enorme Aufwand und die Kosten dafür stehen in keinem Verhältnis zu dem möglichen Ergebnis und der in praxi nicht umgesetzten angekündigten Konsequenz.

Konsequenterweise könnte der Gesetzgeber die Befristung auch gleich – d.h. im Zuge des aktuellen Gesetzgebungsverfahrens – aufheben und damit die Kosten für Datenerhebung und -aufbereitung für die Evaluation nach § 119b Abs. 3 SGB V einsparen. An dieser Stelle sei auch darauf verwiesen, dass es statistisch/methodisch-empirisch unmöglich ist, die versorgungsbezogenen und finanziellen Effekte verschiedener Punkt-

wertzuschläge – und deren gibt es viele, nicht nur nach § 87a Abs. 2 Satz 3 – auseinanderzuidividieren und einzeln quantifizieren zu wollen.

c)

Sinnvolle und sachgerechte Klarstellung und Vorgabe zur Vereinfachung, die zur Entbürokratisierung beiträgt. Trotz in der Regel geringer Bereinigungsvolumina – insbesondere auch in der hausarztzentrierten Versorgung mit ansonsten relativ hohen Bereinigungssummen – verursacht die KV-übergreifende Bereinigung derzeit erheblichen auch IT-technischen Aufwand, während die Rückbereinigung über das aktuell geltende „Rucksackverfahren“ auf Dauer in der Praxis gar nicht mehr umsetzbar ist. Es sollte jedoch (vom Bewertungsausschuss) sichergestellt sein, dass auch bei einem vereinfachten (Rück-)Bereinigungsverfahren der Morbiditätsstruktur der eingeschriebenen Versicherten, d.h. der Selektivvertragsteilnehmer Rechnung getragen wird (und bspw. nicht durchschnittliche Leistungsmengen über alle Versicherten einer Kasse als Bereinigungsvolumina herangezogen werden). Um des Weiteren sicherzustellen, dass die gesetzlichen Impulse zur Vereinfachung der Bereinigung an den Bewertungsausschuss auch zeitnah umgesetzt werden können, sollte eine verbindliche gesetzliche Frist für dessen Beschlussfassung zu den neuen Bereinigungsverfahren gesetzt werden.

C Änderungsvorschlag

a)

In § 87a Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz werden die Wörter „befristet für den Zeitraum bis zum 31. Dezember 2015“ gestrichen.

c)

In § 87a Abs. 5 wird folgender Satz 8 eingefügt:

„Der Bewertungsausschuss beschließt unter Beachtung von § 73b Abs. 7 Satz 2 geeignete pauschalierende Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den Fällen des § 73b Absatz 7 Satz 7.“

[Auch redaktionelle Anpassung des neuen Passus entsprechend dem in der Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 27 d) gemachten Änderungsvorschlägen zu § 73b Abs. 7 SGB V.]

§ 87a Abs. 5 Satz 9-neu wird wie folgt gefasst:

„Die Empfehlungen nach Satz 1 sowie die Vorgaben nach Satz 7 und Satz 8 [neu] sind jährlich bis spätestens zum 31. August zu beschließen, die Mitteilungen nach Satz 2 erfolgen jährlich bis spätestens zum 15. September; dabei sind die Vorgaben nach Satz 7 und 8 [neu] betreffend die Bereinigung erstmals bis spätestens zum 31. Dezember 2015 zu beschließen,“
 [Auch redaktionelle Anpassung des neuen Passus entsprechend den in der Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 27 d) gemachten Änderungsvorschlägen zu § 73b Abs. 7 SGB V.]

Siehe auch unter III. weitere Änderungsvorschläge des AOK-Bundesverbandes

Zu Artikel 1 Nr. 35 b) § 87a Abs. 4a SGB V Überprüfung der Aufsatzwerte der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neue Absatz 4a sieht eine einmalige Möglichkeit für die Partner der Gesamtverträge vor, den Aufsatzwert für die Weiterentwicklung der MGV in einem KV-Bezirk in einem bestimmten Rahmen anzuheben, wenn in dem KV-Bezirk die MGV je Versicherten in 2014 niedriger war als die MGV je Versicherten im Bundesdurchschnitt.

B Stellungnahme

Eine Konvergenz der Gesamtvergütungen an einen bundesdurchschnittlichen Referenzwert ohne Bezug zum tatsächlichen Leistungsgeschehen wird durch den AOK-BV kritisch bewertet. Durch die Regelung des §87a Abs. 4a (neu) können für den Beitragszahler Mehrausgaben in Höhe von bis zu 500 Mio. EUR entstehen, ohne dass eine realistische Aussicht auf eine Verbesserung der Versorgung der Versicherten besteht.

Um dem Ziel des Gesetzgebers, lediglich unbegründete Vergütungsdifferenzen ausgleichen zu wollen, näher zu kommen, schlägt der AOK-BV vor,

- dass beim Nachweis der Unbegründetheit einer unterdurchschnittlichen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Versicherten insbesondere die regionale Gesamtversorgungsstruktur, nicht lediglich die Inanspruchnahme stationärer Leistungen, zu berücksichtigen ist, was schließlich auch Gegenstand des Prüfauftrags im Koalitionsvertrag war;
- dass bei der Erhöhung des Aufsatzwertes 2016 in dem Umfang, wie der Aufsatzwert im Jahr 2014 unbegründet zu niedrig war, auch Erhöhungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in den Jahren 2015 und 2016, die bereits zu einem Angleich geführt haben, mit verrechnet werden, um Doppelbelastungen von Krankenkassen zu vermeiden;
- dass über die Verwendung der durch die Konvergenz zusätzlich aufgebrauchten Mittel von den Vertragspartnern gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V einvernehmlich zu entscheiden ist und dabei die Verbesserung der Versorgung der Versicherten im Sinne einer Verbesserung der Ergebnisqualität durch Steigerung des Behandlungserfolgs und nicht die abermalige Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgungsstruktur (Strukturqualität, nicht einmal Prozessqualität) im Blickpunkt steht;
- dass das Institut des Bewertungsausschusses die Berechnungen nach Satz 1 nach methodischen Vorgaben des Bewertungsausschusses vornimmt.

C Änderungsvorschlag

In den Entwurf des neuen Abs. 4a werden folgende Sätze geändert bzw. ergänzt:

„[...] Die Berechnungen nach Satz 1 werden durch das Institut nach §87 Absatz 3b Satz 1 nach Vorgaben des Bewertungsausschusses durchgeführt.[...]

“[...] Ob und in welchem Umfang der Aufsatzwert im Jahr 2014 unbegründet zu niedrig war, ist von der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. **Bei dem Nachweis ist insbesondere die regionale Gesamtversorgungsstruktur zu berücksichtigen.** Der Aufsatzwert ist in dem Umfang zu erhöhen, wie der Aufsatzwert im Jahr 2013 unbegründet zu niedrig **war und nicht durch die Erhöhungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in den Jahren 2015 und 2016 bereits ein Angleich stattgefunden hat.** [...] Die zusätzlichen Mittel sind **von den Vertragspartnern gemäß Absatz 2 Satz 1 einvernehmlich zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten** einzusetzen. [...]“

Für die Begründung des oben genannten Vorschlags regen wir folgende Änderungen an:

“[...] Liegen somit z. B. bei einem vergleichsweise geringen Anteil an extrabudgetären Leistungen und Bereinigungsvolumen eine vergleichsweise hohe Inanspruchnahme von vertragsärztlichen Leistungen und ein vergleichsweise niedriger Aufsatzwert mit einer vergleichsweise niedrigen Auszahlungsquote vor, **ohne dass hierfür die Honorarverteilung ursächlich ist, so sind können** dies Hinweise darauf **sein**, dass der Aufsatzwert unbegründet zu niedrig ist. [...] Die zusätzlichen Mittel sind zur ~~Verbesserung der Versorgungsstruktur~~ **Verbesserung der Versorgung der Versicherten** einzusetzen. **Eine Verbesserung der Versorgung der Versicherten liegt dann vor, wenn im Sinne der Verbesserung der Ergebnisqualität der Behandlungserfolg gesteigert wird. Die Vereinbarung zum Mitteleinsatz hat darzulegen, in welcher Weise Mängel in der Versorgung bestehen und inwieweit durch die Förderung der Leistungen eine Verbesserung der Ergebnisqualität bewirkt werden kann.** Umverteilungen zu Lasten anderer Kassenärztlicher Vereinigungen sind auszuschließen. [...]”

Zu Artikel 1 Nr. 36 § 87b SGB V

Abtrennung weiterer Vergütungsabschnitte / Honorarbereinigung

A Beabsichtigte Neuregelung

a)

Die Trennung der Gesamtvergütungen in einen hausärztlichen und in einen fachärztlichen Teil wird entsprechend dem Koalitionsvertrag sprachlich zementiert.

b)

aa) Der Verteilungsmaßstab hat der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen – namentlich Praxisnetzen – Rechnung zu tragen, ggf. auch über gesonderte Vergütungsregelungen.

bb) Bei der Honorierung anästhesiologischer Leistungen, die im Rahmen der zahnmedizinischen Behandlung von Patienten mit geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinese erbracht worden sind, dürfen keine Maßnahmen zur Honorar- und Mengensteuerung zur Anwendung kommen.

c)

Die KVen haben einmal im Jahr Informationen über die Grundsätze und Versorgungsziele des Honorarverteilungsmaßstabs zu veröffentlichen.

d)

Der Passus soll im Zusammenspiel mit der betreffenden Gesetzesbegründung klarstellen, dass die Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V Rechtsgrundlage für die arztseitigen Bereinigungen infolge von Selektivverträgen sind, und die KBV zu einer diskriminierungsfreien Ausgestaltung der Regelung verpflichtet.

B Stellungnahme

a)

Die gesetzliche Vorgabe ist berufs- und kaum versorgungspolitisch begründet. Schon aktuell bestehen de facto keine gravierenden Interdependenzen zwischen beiden Teilen der Gesamtvergütungen; deren grundsätzliche Trennung im Bewertungsausschuss Ärzte einvernehmlich mit den Krankenkassen festgelegt wird. Eine strikte Trennung auf direkter gesetzlicher Basis scheint entbehrlich und kritisch im Hinblick auf Anreizwirkungen im Kontext von Verträgen gemäß §§ 73b u. 73c (bzw. 140a-neu) SGB V.

Da weitestgehend schon jetzt ausgeschlossen ist, dass Leistungen zulasten des jeweils „bereichsfremden“ Topfes erbracht werden, ist die Vorgabe redundant.

b)

aa) Der AOK-Bundesverband hat sich bereits bei Einführung der Praxisnetz-Regelung kritisch geäußert, da hierdurch eine Verdrängung etablierter Kooperationsstrukturen auf Basis von IV-Verträgen durch KV-subventionierte Praxisnetze stattfinden kann. Die KVen werden fortan verpflichtet, gesonderte Vergütungsregelungen für Praxisnetze vorzusehen, vorher war dies freiwillig. Die Bildung eigener Honorarvolumina ist nicht mehr an die Voraussetzung gebunden, dass dies einer besseren Versorgung der Versicherten dienen muss.

bb) Mit der neuen Regelung greift der Gesetzgeber ein bekanntes Problem bei der Versorgung von Patienten mit geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinese auf. Wegen der erschwerten Bedingungen wird dieser Patientenkreis zahnmedizinisch meist nur durch eine geringe Anzahl von Zahnärzten behandelt. Sofern eine Anästhesie notwendig ist, muss ein Anästhesiologe hinzugezogen werden. Auch für diesen Facharzt ist die Betreuung dieser Versicherten häufig mit erhöhtem Aufwand verbunden. Daher wurde in der Vergangenheit eine Behandlung durch den Anästhesiologen abgelehnt bzw. hatten die behandelnden Zahnärzte Probleme, einen entsprechenden Facharzt hinzuzuziehen. Erschwert wird die Patientenbetreuung zudem durch Honorarverteilungsmaßstäbe, die die Leistungsmengen bei den anzusetzenden EBM-Gebührenordnungsziffern begrenzen. Um die zahnmedizinische Behandlung der Versicherten unter Hinzuziehung eines Anästhesiologen sicherzustellen bzw. die Zusammenarbeit zwischen ärztlichen und zahnärztlichen Fachärzten zu erleichtern, ist das Verbot von honorar- und mengensteuernden Elementen in diesem Bereich zu begrüßen.

c)

Die KVen sind bislang zu Zielen und Ergebnissen der Honorarverteilung nicht rechenschaftspflichtig. Dementsprechend ist das Honorargeschehen äußerst intransparent. Eine Aufklärungspflicht wie vorgesehen, ist in dieser Hinsicht zwar ein Fortschritt, jedoch sehr unbestimmt.

d)

Die artzseitige Bereinigung auf der KV/Arzt-Ebene, d.h. innerhalb der Honorarverteilung, stellt bislang ein nicht zu unterschätzendes Hindernis bei Selektivverträgen (i.e. insbesondere HzV oder besondere Versorgung) dar. Seit Inkrafttreten der gesetzlichen Regelungen des GKV-VStG steckt bereits *de facto* die KBV – im Benehmen mit dem GKV-SV – den Rahmen zur Bereinigung des artzseitig zu erwartenden Honorars innerhalb der Honorarverteilungsmaßstäbe ab (vgl. hierzu Vorgaben zur Honorarverteilung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V, Teil F). Der im Gesetzentwurf enthaltene Passus stellt nunmehr eine Rechtsgrundlage dafür her, dass die KBV Vorgaben zur artzseitigen Bereinigung machen darf (und muss).

Gleichzeitig hat der Gesetzgeber erkannt, dass die bestehenden Vorgaben der KBV – und damit auch das sich daran ausrichtende Vorgehen der KVen – eine klare wettbewerbsverzerrende und ungerechtfertigte Schutzregelung für den Kollektivvertrag darstellen; Ärzte, die an Selektivverträgen mit Bereinigung teilnehmen, werden dadurch überproportional belastet und eine Selektivvertragsteilnahme damit unattraktiv gemacht, während diejenigen Ärzte privilegiert werden, die nicht an Selektivverträgen teilnehmen.

Dem versucht der Gesetzgeber nun dadurch entgegenzuwirken, indem die KBV zu einer „neutralen“ Ausgestaltung der Regelung angehalten wird. Dass das unscharfe „neutral“ dabei dahingehend zu interpretieren ist, dass das Verfahren der Bereinigung der artzseitig zu erwartenden Honorare innerhalb der Honorarverteilungsmaßstäbe für alle Ärzte, Praxen oder Arztgruppen, ob an einem Selektivvertrag teilnehmend oder nicht, sachgerecht, einheitlich und diskriminierungsfrei auszugestalten ist, um Chancengleichheit und Wettbewerbsneutralität zwischen Kollektiv- und Selektivvertrag zu gewahren, wird in der Gesetzesbegründung dargelegt.

„Neutral“ heißt noch nicht *per se* „für alle zu gleichen Bedingungen“. Die unscharfe Formulierung im Gesetzestext, welche nur, wenn überhaupt, im Zusammenspiel mit dem Strauß an z.T. unsachdienlichen (siehe weiter unten) Ausführungen in der Gesetzesbegründung bestehen kann, erscheint rechtlich zu wenig griffig und zu vage für ein einheitliches Rechtsverständnis. Die KBV – und über deren Vorgaben auch die KVen – sollten zwingend bereits im Gesetzestext dazu verpflichtet werden, innerhalb der Honorarverteilung Regelungen zur artzseitigen Bereinigung der Honorare infolge von Selektivverträgen zu finden und anzuwenden, die einheitlich und diskriminierungsfrei für alle Ärzte/Praxen unabhängig von deren Teilnahme/Nicht-Teilnahme an einem Selektivvertrag gelten.

Zu den Vorgaben der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V wird seit Inkrafttreten des GKV-VStG mit dem GKV-Spitzenverband als Träger des „kollektivvertraglichen“ Bewertungsausschusses das Benehmen hergestellt; dies betrifft von Anfang an auch die Vorgaben zur artzseitigen Honorarbereinigung (Teil F der bisherigen Vorgaben). Insofern stellt die gesetzliche Neuregelung eine Festschreibung des Status Quo dar, ist aber kein Instrument zur Herstellung von Chancengleichheit und Wettbewerbsneutralität zwischen Kollektiv- und Selektivvertrag. Hierfür ist zumindest die Herstellung von Einvernehmen erforderlich.

Die Ausführungen der Gesetzesbegründung zur Fallzahl- und Fallwertbereinigung erscheinen in dieser Formulierung als unsachdienlich, weil unkorrekt und sollten korrigiert bzw. gestrichen werden. Durch eine schärfere Formulierung des Gesetzestextes würden sich insbesondere die Ausführungen der Gesetzesbegründung zum Wie ohnehin erübrigen und könnte die Begründung prägnanter gefasst werden.

Der gesetzgeberische Versuch, die diskriminierenden Auswirkungen der artzseitigen Bereinigung für Direktvertragspartner der Krankenkassen einzudämmen, erscheint insgesamt gesehen eher zahnlos und zu kurz gegriffen. Damit die KBV-Vorgaben und die artzseitige Honorarbereinigung in den KVen doch im Sinne des Gesetzgebers ausgestaltet werden, ist zumindest eine aufsichtsrechtlich kritische Begleitung der Gesetzesumsetzung vonnöten.

C Änderungsvorschlag

a) bis c): Keiner.

d):

In § 87b Abs. 4 Satz 2 wird die Angabe „3“ durch die Angabe „4“ ersetzt.

In § 87b Abs. 4 wird nach Satz 2 folgender Satz 3 eingefügt:

„Des Weiteren hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung Vorgaben zu geeigneten Verfahren zur Honorarbereinigung zu bestimmen, die im Falle einer Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 2 in den durch dieses Gesetz vorgesehenen Fällen in der Honorarverteilung nach § 87b Abs. 2 Satz 1 einheitlich für alle Leistungserbringer unabhängig von deren Teilnahme an einer Versorgung nach §§ 63, 73b, 116b und 140a anzuwenden sind; dabei ist das Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen herzustellen.“

In § 87b Abs. 4 wird Satz 3 zu Satz 4 und darin die Angabe „2“ durch die Angabe „3“ ersetzt.

Zu Artikel 1 Nr. 37 § 90 SGB V**Ergänzende Vorlagenpflicht der Landesausschüsse bei den Landesbehörden****A Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Neuregelung in § 90 Absatz 6 Satz 1 wird den Landesausschüssen aufgetragen, zukünftig auch Beschlüsse zur Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen wegen Überversorgung bei den Landesaufsichten vorzulegen (Änderung im Kabinettsentwurf: redaktionell).

B Stellungnahme

Mit der Neuregelung können Beschlüsse zur Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen wegen Überversorgung von den Landesaufsichten beanstandet werden. Somit werden die Möglichkeiten zur Einflussnahme der Länder im Sinne des VStG 2012 um eine Detailregelung erweitert, die allerdings nur im Gesamtkontext nicht kritisch zu bewerten ist. Generell wird die wachsende Einflussnahme der Länder auf die vertragsärztliche Bedarfsplanung von der AOK kritisch bewertet.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 Nr. 38 § 91 SGB V Gemeinsamer Bundesausschuss

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird ein Abs. (11) angefügt. Demnach soll der Gemeinsame Bundesausschuss dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags einmal jährlich über die Einhaltung der eingeführten Fristen in der Methodenbewertung nach §135, §137c und §137h berichten.

B Stellungnahme

Mit dieser Regelung greift die Politik noch weiter in die Belange der Selbstverwaltung ein. Routinemäßige Berichterstattung an dieser Stelle ist entbehrlich.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Neuregelung

Zu Artikel 1 Nr. 39 a) - § 92 Absatz 6a (neu) SGB V Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Gemeinsame Bundesausschuss wird beauftragt, die Psychotherapie-Richtlinie bis zum 30. Juni 2016 zu überarbeiten. Es sollen Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung von Gruppentherapien sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens beschlossen werden.

B Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt.

Die Vorgabe einer Frist zur Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie sowie die hervorgehobenen Regelungsinhalte sind positiv zu bewerten. Die Regelung unterstützt die Intention der GKV, die eine Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie im G-BA vorantreibt, um die Versorgungssituation zu verbessern. Die Beratungen zur Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie wurden im G-BA bereits aufgenommen.

Im Einzelnen: Die Einrichtung psychotherapeutischer Sprechstunden wird sowohl von der GKV als auch von den Leistungserbringern gefordert und bereits im G-BA diskutiert. Die Förderung der Gruppentherapie wird von allen Protagonisten unterstützt. Vorschläge zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens werden im Positionspapier der GKV beschrieben, u.a. wird der Ersatz der Gutachterpflicht für die Kurzzeittherapie durch ein einfaches Anzeigeverfahren vorgeschlagen. Darüber hinaus besteht innerhalb der Verbände der GKV Einigkeit darüber, dass eine Vereinfachung des Gutachterverfahrens erforderlich ist und zeitgleich die Qualitätssicherung ausgebaut werden muss.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Zu Artikel 1 Nr. 39 b) § 92 Abs. 7f SGBV Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einfügung in § 92 Abs. 7f SGB V soll das bereits bestehende Mitberatungsrecht der Länder im Gemeinsamen Bundesausschuss zu Fragen der Bedarfsplanung im vertragsärztlichen Bereich auf die Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung sowie die Beschlüsse für den Krankenhaussektor im Bereich der Fortbildungspflichten, der Mindestmengenregelungen, der Zweitmeinungsverfahren und des gesetzlichen Qualitätsberichtes erweitert werden.

B Stellungnahme

Es wird frühzeitig der Konsens aus den Eckpunkten der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform 2015 vom 05.12.2014 bezüglich der Beteiligung der Länder bei der Beschlussfassung im G-BA umgesetzt. Die Einschränkung auf Beschlüsse, die für die Krankenhausplanung von Bedeutung sind, ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Zu Artikel 1 Nr. 40 § 92a Abs. 1-3 und 5 / §92b SGB V Innovationsfonds

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit den §§ 92a und 92b führt der Gesetzgeber einen Innovationsfonds und einen Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses ein. Damit sollen gefördert werden (a) neue Versorgungsformen und b) die Versorgungsforschung.

Die Fördersumme beträgt in den Jahren 2016 bis 2019 jährlich 300 Mio. € (inkl. Verwaltung des Fonds) und ist hälftig von den Krankenkassen und aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufzubringen. Für neue Versorgungsformen stehen jährlich 225 Mio. € und für die Versorgungsforschung jährlich 75 Mio. € zur Verfügung. Im Haushaltsjahr nicht verausgabte Mittel werden jeweils zurückgeführt. Das BVA verwaltet die Mittel. Eine wissenschaftliche Auswertung der Förderung soll zum 31.03.2021 mit Zwischenbericht zum 31.03.2019 erfolgen.

Mögliche Antragsteller sind

1. Krankenkassen und ihre Verbände,
2. Vertragsärzte,
3. zugelassene medizinische Versorgungszentren,
4. zugelassene Krankenhäuser,
5. Landeskrankenhausgesellschaften
6. Kassenärztliche Vereinigungen,
7. pharmazeutische Unternehmer
8. Hersteller von Medizinprodukten im Sinne des Medizinproduktegesetzes
9. Patientenorganisationen nach § 140f

Bei der Antragstellung ist in der Regel eine Krankenkasse zu beteiligen. Die Mittel der Versorgungsforschung können auch von universitären und nichtuniversitären Forschungseinrichtungen beantragt werden.

Über die Vergabe der Mittel entscheidet ein beim G-BA neu zu schaffender Innovationsausschuss. Ihm gehören drei vom GKV-SV, jeweils ein von der KBV, der KZBV und der DKG benanntes Mitglied des Beschlussgremiums nach § 91 Absatz 2, der unparteiische Vorsitzende des G-BA sowie zwei Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit und ein Vertreter des Bundesministeriums für Bildung und Forschung an. Entscheidungen werden mit einer Mehrheit von 7 Stimmen getroffen.

Zur Einbringung wissenschaftlichen und versorgungspraktischen Sachverständes in das Beratungsverfahren wird vom BMG ein aus bis zu zehn Personen bestehender Expertenbeirat berufen, dessen Empfehlungen in die Entscheidungen des Innovationsausschusses einzubeziehen sind.

B Stellungnahme

Es scheint grundsätzlich ordnungspolitisch verfehlt, auf der einen Seite die Sektoren der Versorgung rechtlich immer hermetischer abzuschotten, den einzelnen Krankenkassen

eine Auswahl unter ihren Vertragspartnern selbst bei fortgesetzten Qualitätsdefiziten einzelner zu verwehren und stattdessen Einheitsverträge in der Fläche vorzuschreiben bzw. staatlich immer detaillierter in die Finanzsteuerung der Versorgung einzugreifen, um dann auf der anderen Seite für den gesuchten wettbewerblichen Fortschritt der Versorgungssysteme in abgegrenzten Refugien mit zusätzlichen Beitragsmitteln innerhalb des Gesundheitsfonds Unterfonds zu etablieren.

Wenn gleichwohl zunächst weiter auf diesem Wege angesetzt werden soll, scheint es ordnungspolitisch fragwürdig, Entscheidungen von dezentral handelnden Akteuren auf eine zentrale Institution wie den G-BA zu verlagern. Die Mandatsträger im G-BA sind in ihrem Hauptamt gebunden, ihre jeweiligen Sektoren- und hoheitliche Interessen zu vertreten. Entscheidungen zur Überwindung von Sektorengrenzen gehören nicht zu den Aufgaben und widersprechen ihren ökonomischen Interessen. Ob dadurch die intendierte sektorenübergreifende Innovationskraft entstehen kann, wird sich zeigen müssen.

Kritisch anzumerken ist:

- Eine Beteiligung von Krankenkassen bei der Beantragung ist derzeit nur „in der Regel“ vorgesehen. Um zu gewährleisten, dass bei Projekten nicht die Umsatzinteressen von Anbietern, sondern Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsinteressen der Patienten im Vordergrund stehen, müssen Krankenkassen immer zu den Antragstellern gehören.
- Der Förderauftrag bzw. die Zielsetzung des Fonds ist gesetzlich nicht ausreichend auf Prozess- und Strukturinnovationen beschränkt. Insbesondere die Aufnahme von pharmazeutischen Unternehmen und Herstellern von Medizinprodukten in den Kreis möglicher Antragsteller birgt die Gefahr, dass die Fördermittel zur Erprobung von Produkten und Methoden zweckfremd eingesetzt werden könnten.
- Es fehlen gesetzliche Regelungen zu Eigenanteilen der Antragsteller, um Mitnahmeeffekte oder Rent-Seeking-Strategien zu minimieren.
- Die Kosten der Förderung wird alleine von den Krankenkassen getragen (gilt auch für die 150 Mio. Euro des Gesundheitsfonds, da diese aus der Liquiditätsreserve entnommen werden). Eine Beteiligung der Privaten Krankenversicherung erfolgt nicht.
- Die Gesetzlichen Krankenkassen finanzieren den Fond. Demgegenüber ist ihr Stimmanteil mit nur drei von zehn Stimmen deutlich unterrepräsentiert. Hier wird eine angemessenere Stimmverteilung gefordert.
- Insgesamt scheint das Volumen des Fonds überdimensioniert. Richtigerweise sind für die Förderung nach Absatz 1 nur diejenigen Kosten förderfähig, die dem Grund nach nicht von den Vergütungssystemen der Regelversorgung umfasst sind. Ob im Rahmen förderfähiger Projekte jährlich 225 Mio. € an diesen zusätzlichen Kosten entstehen, darf bezweifelt werden. Auch die Mittel für die Versorgungsforschung sind mit 75 Mio. € jährlich zu großzügig bemessen.

C Änderungsvorschlag

- Die Einschränkung „in der Regel“ in § 92a Absatz 1 Satz 7 ist zu streichen.
- Gesetzliche Klarstellung dass der Innovationsfonds für die Förderung nach Absatz 1 (neue Versorgungsformen) und Absatz 2 (Versorgungsforschung) nicht zur Erpro-

bung von Produkten und Methoden dient, sondern ausschließlich zur Förderung von Prozess- oder Strukturinnovationen verwendet werden darf. Für die Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sollte nur der Weg über §§ 135, 137c und 137e offenstehen:

§ 92a Abs. 1 Satz 5 wird folgendermaßen geändert:

Förderfähig sind nur diejenigen Kosten, die dem Grund nach nicht von den Vergütungssystemen der Regelversorgung umfasst sind und ausschließlich die Erprobung von Prozess- oder Strukturinnovationen umfassen.

In etwa analog zur Regelung bei den Modellvorhaben (§ 63 Abs. 4 Satz 2 SGB V) wird in § 92a Abs. 1 nach Satz 5 folgender Satz eingefügt: „Fragen der biomedizinischen Forschung, Forschungen zur Entwicklung und Prüfung von Arzneimitteln und Medizinprodukten sowie von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können nicht Gegenstand der Förderung sein.“

- In § 92a Absatz 1 Satz 6 sind die pharmazeutischen Unternehmer und Hersteller von Medizinprodukten im Sinne des Medizinproduktegesetzes aus dem Kreis der Antragsberechtigten zu streichen.
- Der Rolle der Gesetzlichen Krankenkassen als Finanzier des Fonds soll durch die Erhöhung der Stimmzahl des GKV-SV auf fünf und die Reduktion der Stimmen des BMG um eine Stimme Rechnung getragen werden. Entscheidungen sollen dann mit einer einfacher Mehrheit von sechs Stimmen getroffen werden:
 - § 92b Abs. 1 Satz 2 wird folgendermaßen geändert:
Dem Innovationsausschuss gehören **fünf** vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannte Mitglieder des Beschlussgremiums nach § 91 Absatz 2, jeweils ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft benanntes Mitglied des Beschlussgremiums nach § 91 Absatz 2, der unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie **ein** Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit und ein Vertreter des Bundesministeriums für Bildung und Forschung an.“
 - § 92b Abs. 2 Satz 4 wird folgendermaßen geändert
Entscheidungen des Innovationsausschusses bedürfen einer Mehrheit von **sechs** Stimmen.
- In dem gesetzlichen Rahmen für die Förderung neuer Versorgungsformen fehlen Vorgaben für einen Eigenanteil der Antragsteller. Zur Vermeidung von Fehlanreizen sollte dieser mindestens 1/3 der förderfähigen Aufwendungen betragen (Ausnahme: Evaluationskosten).
- Da auch die private Krankenversicherung von den Ergebnissen der Versorgungsforschung profitiert, sollte der Gesetzgeber eine Beteiligung der Privaten Krankenversicherung an diesem Fördertopf vorsehen.
- Begrenzung des Fördervolumens auf einmalig 300 Mio. € über einen Zeitraum von vier Jahren.

Zu Artikel 1 Nr. 41 § 95 SGB V Zulassung fachübergreifender und kommunaler MVZ

A Beabsichtigte Neuregelung

- a) Die Gründung von MVZs muss nicht mehr zwingend fachübergreifend erfolgen. Nach der Änderung des § 95 können als fachgleiche MVZ's auch rein psychotherapeutische MVZ's gegründet werden. Sofern kein psychotherapeutisch tätiger Arzt beschäftigt wird, kann auch ein psychologischer Psychotherapeut die Leitung übernehmen.
- b) Kommunen können MVZs auch in der Rechtsform eines Eigen- oder Regiebetriebs gründen.
- c) Die Einhaltung der sich aus der Zulassung für Vertragsärzte und MVZs ergebenden Versorgungsaufträge ist künftig von der KV zu prüfen.
- d) Klarstellung, redaktionelle Anpassung

B Stellungnahme

a)
Die Regelung wird abgelehnt. Die Übernahme von Leitungsverantwortung durch psychologische Psychotherapeuten in fachgleichen psychotherapeutischen MVZ's wird kritisch bewertet. Die Befugnisse der Psychotherapeuten sind nicht mit denen der Ärzte vergleichbar jedoch für die Leitung eines MVZs sinnvoll. Die Ausstellung von Überweisungen und Verordnungen ist Aufgabe des Arztes und es sollte es nach Auffassung der AOK bleiben. Deshalb können diese Befugnisse in einer Versorgungseinrichtung nicht fachlich oder disziplinarisch untergeordnet vorgehalten werden.

Vor dem Hintergrund, dass mit der Neufassung der Psychotherapie-Richtlinie insb. die Sprechstunden und die Gruppenpsychotherapie gestärkt werden sollen, sind Zusammenschlüsse von psychotherapeutischen Leistungserbringern äußerst wünschenswert. In dieser Form wird es ihnen ermöglicht, ein gemeinsames Terminmanagement zu realisieren oder erforderliche Gruppengrößen für die Therapie zu erreichen. Allerdings ist dieses auch im Rahmen einer BAG möglich. Eine Vermischung ärztlicher und psychotherapeutischer Kompetenzen ist jedoch der falsche Weg.

Das Entfallen zwingend fachübergreifender MVZs ist nur bedingt nachvollziehbar. Es bleibt abzuwarten, ob ein zusätzlicher Versorgungsnutzen gewonnen wird. Die Möglichkeiten von Zusammenschlüssen fachgleicher Vertragsärzte sind durch Berufsausübungsgemeinschaften (BAGs) bereits gegeben. Auch Anstellungen sind für niedergelassene Vertragsärzte möglich und üblich. Vorteil der Anstellung in einem MVZ ist die Übernahme eines vollen Vertragsarztsitzes mit allen Abrechnungsmöglichkeiten bzw. ohne deren Einschränkung. Die ursprüngliche Begründung der Versorgungsfunktion der MVZs wird jedoch gänzlich aufgegeben. Diese wurde im GMG wie folgt begründet: „Mit der Neuregelung [Anm.: § 95, MVZs] entsteht die Möglichkeit, eine Versorgung „aus einer Hand“ anzubieten. [...] Mit den medizinischen Versorgungszentren wird also eine neue Versorgungsform ermöglicht, deren Vorteil insbesondere in der erleichterten Möglichkeit der engen Kooperation unterschiedlicher ärztlicher Fachgebiete untereinander

sowie mit nichtärztlichen Leistungserbringern liegt.“ Bestenfalls für Regionen mit Nachbesetzungsproblemen von Hausarztstipendien ist dieses Aufbrechen der ursprünglichen Idee der MVZs nachvollziehbar. Dazu die Begründung für das GMG: „Außerdem eröffnet die Neuregelung insbesondere jungen Ärzten eine weitere Möglichkeit, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen zu können, ohne die mit einer Praxisgründung verbundenen wirtschaftlichen Risiken eingehen zu müssen.“ Vor dem Hintergrund, dass die wirtschaftlichen Risiken einer Praxis in infrastrukturschwachen Regionen eine besondere Hürde für die Übernahme des Versorgungsauftrags darstellen kann, ist mehr Kreativität zur Lösung dieser besonderen Versorgungsprobleme gefragt. Dies betrifft natürlich auch angemessene Rechtsformen. Allerdings wäre auch eine Veränderung der Abrechnungsregelungen für angestellte Ärzte im Rahmen von BAGs für diese Regionen denkbar gewesen, ohne damit den Kern der Versorgungsidee eines MVZs aufzugeben.

Das mit der vorliegenden Änderung v.a. die Anliegen des BMVZ bedient werden sollten, wird deutlich, wenn man die Begründung zu der Änderung liest. Die Änderung wurde inhaltlich nicht kommentiert.

b)

Die Regelung wird begrüßt. Kommunen können MVZs gründen. Da sie keine Vertragsarztstipendien „kaufen“ werden, um eigene Betriebe zu errichten, wird diese Regelung in der Praxis in Planungsbereichen zur Anwendung kommen, in denen Praxisnachfolger für Arztstipendien fehlen. Ob die Bürgermeister tatsächlich bereit sein werden, das finanzielle Risiko einer Versorgungseinrichtung zu tragen wird sich zeigen. Bislang wurde nach unserer Kenntnis von der Möglichkeit des § 105 Abs. 5 zum Betrieb von Eigeneinrichtungen in begründeten Ausnahmefällen kein Gebrauch gemacht. Insofern ist hier ein weiterer Versuch unternommen worden, den Kommunen dort, wo die Selbstverwaltung keine Sicherstellung leisten kann, Verantwortung zu übertragen und man wird sehen, wessen Interessen hier von Ländervertretern eingebracht wurden.

c)

Die Regelung wird begrüßt. Sie präzisiert den Sicherstellungsauftrag der KVen. Beispiel hierfür sind die Wartezeiten bei Psychotherapeuten, die in der öffentlichen Diskussion genutzt werden, um mehr Zulassungen für den psychologischen Nachwuchs zu erzwingen. Tatsächlich erfüllen die Psychotherapeuten nachweislich ihre Versorgungsaufträge nicht. Die fehlende Transparenz als folgende oder fehlende Überprüfung ist dringend zu beheben. Allerdings lässt der Gesetzgeber offen, welche Folgen an ggf. die Nichterfüllung der Versorgungsaufträge geknüpft werden.

d)

Die redaktionelle Anpassung ist unkritisch. Es erfolgt eine Klarstellung, dass die Regelungen bzgl. Ruhen der Zulassung auch für Anstellungen gelten.

C Änderungsvorschlag

Entfall von Artikel 1 Nr. 41 § 95

Zu Artikel 1 Nr. 42 § 100 SGB V Unterversorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

a.)

Die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sind bei der Feststellung einer Unterversorgung nicht zu berücksichtigen.

b.)

In § 100 Absatz 2 werden vor dem Wort „Unterversorgung“ die Wörter „bestehende oder in absehbarer Zeit drohende“ eingefügt.

B Stellungnahme

a)

Die Neuregelung im Kabinettsentwurf wird abgelehnt.

Unterausschuss Bedarfsplanung im G-BA verhandelt seit nunmehr zwei Jahren eine Lösung zur Umsetzung des § 101 Abs. 1 Nr. 2b SGB V, nach dem der G-BA Regelung für die Anrechnung auf den Versorgungsgrad von Ärzten mit Ermächtigung bzw. in ermächtigten Einrichtungen zu treffen hat. Ziel der GKV ist es, eine Transparenz des tatsächlichen Leistungsgeschehens herzustellen. Da die Übernahme von Versorgungsaufträgen durch die Ermächtigungen häufig in dem Umfang erfolgen, in dem Vertragsärzte fehlen, müssen die Leistungen auch auf den Versorgungsgrad angerechnet werden. KBV und DKG lehnen die Anrechnung ab, obgleich der gesetzliche Auftrag zur Verabschiedung einer entsprechenden Regelung durch den G-BA seit dem GKV-VStG besteht.

Entsprechend wird die Ablehnung dieser Neuregelung von der Mehrheit der AOKs befürwortet. Dies gilt jedoch nicht bei Überversorgung, vgl. die Neuregelung in § 103 Abs.1 SGB V.

b)

Die Neuregelung dient der Klarstellung und wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

a)

Streichen der Regelung. Hilfsweise sollte eine Begrenzung auf Ermächtigungen nach § 116a SGB V erfolgen.

b)

Keiner

**Zu Artikel 1 Nr. 43 § 101 SGB V
Ausnahmeregelung „Unterdurchschnittlicher Praxisumfang“**

A Beabsichtigte Neuregelung

a)

Die Neuregelung sieht Ausnahmen zur Leistungsbegrenzung für Praxen nach Eingehen eines Jobsharing-Verhältnisses oder Anstellung eines weiteren Arztes bei unterdurchschnittlichem Praxisumfang vor.

b)

Die Ausnahmeregelungen zur Leistungsbegrenzung nach Buchstabe a) sollen nicht für Zahnärzte gelten.

B Stellungnahme

a)

Die Neuregelung erhöht den Anreiz, den Umsatz in unterdurchschnittlich ausgelasteten Praxen mit Hilfe von Job-Sharing oder angestellten Ärzten auf den Durchschnittsumsatz der Arztgruppe zu steigern (vgl. auch Wortlaut in der Gesetzesbegründung). Dies ist versorgungspolitisch in überversorgten Regionen überhaupt nicht nachvollziehbar, wenngleich durch die Rechtsprechung des BSG so gefordert.

b)

Klarstellung der Ausnahme von Zahnärzten von der Ausnahmeregelung.

C Änderungsvorschlag

a)

Streichen der Regelung.

b)

Erübrigt sich bei Streichung der Regelung unter Buchstabe a).

Zu Artikel 1 Nr. 44 a) § 103 Abs. 1 SGB V Zulassungsbeschränkungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sind bei der Feststellung von Überversorgung nicht zu berücksichtigen.

B Stellungnahme

Die Änderung wird begrüßt.

Sie entspricht der AOK-Position, nach der die Ermächtigung von Einrichtungen und Ärzten zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung grundsätzlich nicht bewirken darf, dass ein Planungsbereich für Zulassungen gesperrt wird. Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung muss vorrangig durch niedergelassene Ärzte erfolgen.

Ermächtigungen werden häufig (zeitlich befristet) für Leistungen ausgesprochen, die im niedergelassenen Bereich nicht ausreichend erbracht werden, jedoch ebenso gut durch diesen erbracht werden könnten. Finden sich niederlassungsbereite Leistungserbringer, muss für diese eine Zulassung weiter möglich sein.

Die Anrechnung der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen auf den Versorgungsgrad bei Unterversorgung, die in § 100 Abs. 1 SGB V neu eingefügt wurde, wird dagegen von der Mehrheit der AOKs unterstützt.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Zu Artikel 1 Nr. 44 b und c) - § 103 SGB V Zulassungsbeschränkung

A. Beabsichtigte Neuregelung

b)

Zukünftig **soll** der Zulassungsausschuss den Antrag eines Vertragsarztes auf Nachbesetzung ablehnen, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. Bislang **konnte** der Zulassungsausschuss den Antrag ablehnen.

Mit dem Kabinettsentwurf wurden weitere Ausnahmen von der Ablehnung der Nachbesetzungsanträge ohne Nennung von Versorgungsgründen aufgenommen:

1. Die Praxis soll von einem Nachfolger weitergeführt werden, der dem in Absatz 4 Nr. 4 bis 6 genannten Personenkreis angehört oder
(*Neu im Kabinettsentwurf eingefügt:*) der Nachfolger verpflichtet sich, den Vertragsarztsitz in eine Region mit geringerer Arztdichte des Planungsbereichs zu verlegen.
2. Der Antragsteller kann ein Anstellungsverhältnis oder einen gemeinschaftlichen Betrieb der Praxis für mindestens drei Jahre Dauer nachweisen.
Neu im Kabinettsentwurf eingefügt wurde ein Vertrauensschutz bis zur 1. Lesung dieses Gesetzes für Nachbesetzungsanträge von Angestellten oder Jobsharern bzw. deren Anstellungsverhältnisse, die zum Zwecke einer garantierten Nachbesetzung geschlossen wurden.
3. Ein Antragssteller weist eine 5-jährige Tätigkeit in einem Planungsbereich mit Unterversorgung nach.

c)

aa) Bei der Berücksichtigung von Kriterien der Bewerber, die die Nachfolge antreten, soll zukünftig auch auf besondere Versorgungsbedürfnissen geachtet werden, die die Belange von Menschen mit Behinderung beim Zugang zur Versorgung betreffen.

bb) Gehört ein Bewerber nicht dem in Absatz 4 Satz 5 und 6 genannten Personenkreis an, soll die Bewerbung zukünftig abgelehnt werden (bisher kann).

cc) Hat sich ein medizinisches Versorgungszentrum auf die Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes beworben, kann auch dieses nach den genannten Kriterien zur Ergänzung des besonderen Versorgungsangebots berücksichtigt werden.“

B Stellungnahme

Die Neuregelungen bleiben voraussichtlich ohne nachhaltige Wirkung auf die Versorgung.

b)

Die Umwandlung der Kann- in eine Soll-Regelung allein läuft leer, da die Regelung zur Stimmenmehrheit in Satz 4 unangetastet bleibt, die bei Stimmgleichheit eine Annahme des Zulassungsantrages vorsieht. Da die Ärztevertreter in der Regel einem Antrag auf Zulassung durch den Vertragsarzt entsprechen (also einen Praxisaufkauf ablehnen) wird sich trotz Soll-Regelung keine Änderung im Zulassungsverhalten ergeben. Stattdessen wird die Reichweite in Satz 3 eingeschränkt, indem mit dem Referentenentwurf erste und mit dem Kabinettsentwurf weitere Ausnahmen für die verpflichtende Ablehnung von Nachbesetzungsanträgen eingefügt werden:

1. Mit Einschränkung positiv zu bewerten ist die mit dem Kabinettsbeschluss neu aufgenommene Regelung, nach der ein Verlegungsantrag innerhalb eines Planungsbezugs in ein Gebiet mit geringerer Arztdichte keine zwingende Ablehnung des Nachbesetzungsantrags zur Folge hat. Die Regelung ermöglicht eine Verbesserung der Verteilung insb. in Ballungsräumen (z.B. bei Verlegung eines Arztsitzes von Charlottenburg nach Hellersdorf innerhalb des Planungsbereichs Berlin). Ländliche Regionen werden davon allerdings kaum profitieren, da keine Umverteilung in andere Planungsbereiche mit niedrigen Versorgungsgraden erreicht wird, sondern niederlassungswillige Ärzte von gut versorgten Planungsbereichen absorbiert werden.
2. Die Neuregelung, nach der eine mindestens dreijährige gemeinschaftliche Tätigkeit für die Begründung der Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens bestanden haben muss, wird begrüßt. Sie unterbindet Schein- und Kurzanstellungen. Die Ergänzung des Vertrauensschutzes im Kabinettsentwurf wird abgelehnt. Hintergrund dafür ist, dass z.T. hohe Beträge für die Anstellung mit gesicherter Perspektive auf Nachbesetzung fließen, deren Zahlung in Zukunft nicht mehr vor Ablauf von drei Jahren durch den Gegenwert der garantierten Praxisübernahme gesichert wäre. Da die GKV grundsätzlich die Position vertritt, dass Zulassungen nicht verkauft werden können und diese Position auch von Verfassungsrechtlern geteilt wird, ist die Regelung möglicherweise auch als **verfassungsrechtlich bedenklich** einzuschätzen. Darüber hinaus wird mit der aktualisierten Formulierung im Kabinettsentwurf ein enormer Anreiz gesetzt, noch bis zur 1. Lesung dieses Gesetzes die Nachfolge durch Anstellungsverträge zu sichern. Diese müssten dann bis zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Nachbesetzung noch nicht drei Jahre bestanden haben. Gleichwohl wäre die Nichtaufnahme einer Vertrauensschutzregelung verfassungsrechtlich ebenso bedenklich.
3. Mit Einschränkung positiv zu bewerten ist die Möglichkeit für Bewerber, die fünf Jahre in unterversorgten Gebieten niedergelassen waren, das Nachbesetzungsverfahren zu erleichtern. Bislang stellte dieser Nachweis lediglich ein Kriterium für die Auswahl aus mehreren Bewerbern nach pflichtgemäßem Ermessen dar. Da Nachbesetzungsanträge nach der 5-jährigen Tätigkeit in einem unterversorgten Planungsbereich auch für einen überversorgten Planungsbereich gestellt werden können, erhalten junge niederlassungswillige Ärzte eine Perspektive, weniger attraktive Regionen nach fünf Jahren wieder verlassen zu können.

Insgesamt ist die Regelung zur Ablehnung von Nachbesetzungsanträgen bzw. zur Verbesserung der Verteilung zu schwach ausgestaltet. Vorrangig wird die Berufsfreiheit geschützt, weniger die Gemeinwohlinteressen der Beitragszahler. Die KVen können mit der

geltenden Abstimmungsregelung nahezu allen Nachbesetzungsanträgen zustimmen, sofern sich geeignete Versorgungsgründe finden.

Folgender Ergänzungsbedarf ist erforderlich: Die KBV berichtet dem BMG jährlich über die Anzahl der abgelehnten/bewilligten Nachbesetzungsanträge sowie die Entscheidungsgründe/Versorgungsgründe sowie deren Verteilungswirkung.

c)

aa) Mit der Neuregelung soll die Barrierefreiheit der Arztpraxen gefördert werden. Dieses Ziel ist aus Sicht der Krankenkassen zu begrüßen.

bb) wie in b) wird diese Regelung aufgrund des Erfordernisses der Stimmenmehrheit in der Praxis ohne Wirkung bleiben.

cc) die Regelung ist zu begrüßen, doch vermutlich ohne Relevanz für die Praxis

Der Bundesrat weist in seiner Stellungnahme zu Recht auf das Problem der Privilegierung von angestellten Ärzten der MVZs bei Nachbesetzungsverfahren in überversorgten Planungsbereichen gegenüber Einzelpraxen hin (Abs. 4 des geltenden § 103 SGB V). Mit der geltenden Regelung können Nachbesetzungen der Arztstellen von MVZs in Bezirken, in denen Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, unbeschränkt erfolgen. In Verbindung mit der Neufassung des § 103 Abs. 3 Satz 3a (Aufkauf von Arztsitzen) führt dies zu einer überproportionalen Stärkung von MVZs in überversorgten Gebieten. Die Bundesregierung will diese Empfehlung prüfen.

Der AOK-BV begrüßt, dass der Bundesrat auf das Problem der Privilegierung von angestellten Ärzten der MVZs bei Nachbesetzungsverfahren in überversorgten Planungsbereichen gegenüber Einzelpraxen (Abs. 4 des geltenden § 103 SGB V) hinweist. Die AOK bewertet diese Entwicklungsperspektive für MVZs ebenso kritisch wie der Bundesrat.

C Änderungsvorschlag

In §103 Abs. 3a Satz 4 Streichung des 2. Teilsatzes (nach dem Semikolon): [...]; bei Stimmengleichheit ist dem Antrag abweichend von §96 Abs. 2 Satz 6 zu entsprechen.

Hilfsweise

In § 103 Abs. 3a wird folgender Satz 9 neu eingefügt:

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet dem BMG jährlich über die Anzahl der abgelehnten und bewilligten Nachbesetzungsanträge, über die Versorgungsgründe der Ablehnung und über die Verteilungswirkung der Ablehnung.

Zu Artikel 1 Nr. 45 § 105 SGB V Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

In § 105 Absatz 1a Satz 1 werden die Wörter „in Gebieten, für die Beschlüsse nach § 100 Absatz 1 und 3 getroffen wurden,“ durch die Wörter „zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung“ ersetzt. Die Mittel des Strukturfonds müssen zukünftig nicht mehr ausschließlich zur Finanzierung von Fördermaßnahmen in Regionen mit drohender oder tatsächlich festgestellter Unterversorgung bzw. mit lokalem Versorgungsbedarf eingesetzt werden.

B Stellungnahme

Die Regelung konterkariert die ursprüngliche Idee des Strukturfonds. Dass es nur wenige Beschlüsse von Landesausschüssen gibt, die Unterversorgung festgestellt haben, liegt daran, dass es kaum Unterversorgung gibt, bzw. diese nicht festgestellt wurde. Die Feststellung der drohenden Unterversorgung wie auch des lokalen Versorgungsbedarfs ist zwar häufiger möglich, wird jedoch ebenfalls in vielen Landesausschüssen vermieden, z.T. wegen fehlender Kriterien. Dies nun zum Anlass zu nehmen, die KVen den Strukturfonds auch dann bilden zu lassen, wenn objektiv kein Bedarf besteht, also den Beitragszahler ohne Grund Spielgeld für die KVen zahlen zu lassen, wird von den Krankenkassen strikt abgelehnt.

Die KBV bestätigt die Bedenken der AOK in ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf. Sie begrüßt es, dass ein Strukturfonds nun von allen Kassenärztlichen Vereinigungen eingerichtet werden kann und zwar auch dann, wenn keine Unterversorgung oder drohende Unterversorgung besteht oder festgestellt worden ist. Stattdessen sollen die Mittel nun dem ursprünglichen Zweck der Förderung entfremdet werden und für „weitergehende Aktivitäten im Rahmen der Förderung von Niederlassungen, wie etwa die Förderung der Weiterbildung und des Arztnachwuchses“ eingesetzt werden. Auch vor dem Hintergrund, dass mit § 75a SGB V die zusätzlich durch den Beitragszahler zu finanzierende Weiterbildung der Allgemeinmediziner nun unbefristet in dieses Gesetz aufgenommen wurde, muss diese Regelung gänzlich abgelehnt werden.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Neuregelung

Zu Artikel 1 Nr. 46 § 106a SGB V Änderung Abrechnungsprüfung

A Beabsichtigte Neuregelung

a)
Gleichbehandlungsgebot: Die Plausibilitätsprüfung nach § 106a-alt wird inhaltlich unangetastet gelassen. Es findet allenfalls eine sprachliche Präzisierung dahingehend statt, dass alle Abrechnungsprüfungen bei allen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten unabhängig von deren vertragsarztrechtlichen Status durchzuführen sind. Unter bb) wird ein Gleichbehandlungsgebot hinsichtlich angestellten und niedergelassenen Ärzten bei voller Tätigkeit aufgestellt, wobei sich die Regelung gemäß dd) auch auf alle zum 31.12.2014 noch nicht rechtskräftig abgeschlossenen Prüfungsverfahren für zurückliegende Abrechnungszeiträume beziehen soll.

b)
Redaktionelle Folgeänderungen zur Regelung unter a).

c)
Unter bb) erhalten die Krankenkassen das Recht, bei nicht fristgerechter Bearbeitung von Prüfanträgen eine Verrechnung der mit dem Antrag verbundenen Honorarberichtigung mit der zu zahlenden Gesamtvergütung vorzunehmen.

d)
Für die Prüfung ärztlicher Leistungen soll ein einheitliches elektronisch gestütztes Regelwerk aufgebaut werden.
Außerdem Streichung aufgrund einer abgelaufenen Frist.

Siehe auch Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 9 § 106d SGB V-neu

B Stellungnahme

a)
Bei der Regelung handelt es sich um eine sprachliche Präzisierung.

c)
Bislang werden insbesondere Anträge der Krankenkassen nach §106a Abs. 1, die Leistungen betreffen, die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden, von den Kassenärztlichen Vereinigungen nicht oder mit erheblicher Zeitverzögerung bearbeitet. Die Neuregelung wird daher befürwortet.

d)
Zwar befürwortet der AOK-BV die Schaffung einer Rechtsgrundlage für ein bundeseinheitliches Prüfformat, d.h. die Festlegung von Form und Struktur von Prüfanträgen der Kassen und diesbezüglicher Rückmeldungen der KVen auf Bundesebene sowie die Vereinheitlichung von Prüf- und Rückmeldungsabläufen. Die heutige Praxis von je nach KV Region unterschiedlichen Daten- und Übermittlungsformaten verursacht unnötigen büro-

kratischen Aufwand. Versuche der Kassen, ein einheitliches Format für die Übermittlung von Antragsdaten zu vereinbaren, wurden in der Vergangenheit seitens der KBV mit Verweis auf die fehlende Rechtsgrundlage abgelehnt. Zur Sicherung eines transparenten Verfahrens ist eine bundeseinheitliche Struktur zur Übermittlung von Antragsdaten zu schaffen.

Allerdings sollte die Schaffung eines bundeseinheitlichen Prüfformats unabhängig von den jeweiligen Prüferfordernissen im Einzelfall sein. Die Festlegung von Prüf- bzw. Regelwerksinhalten durch GKV-SV und KBV wird abgelehnt. Dies sollte weiterhin in der Verantwortung der einzelnen Krankenkassen stehen, für welche die Abrechnungsprüfung auch ein Wettbewerbsparameter ist; von einem bundeseinheitlichen inhaltlichen Regelwerk würden ggf. beitragsatzrelevant auch jene Kassen profitieren, die keine Gedanken und Ressourcen in sachgerechte Prüfungen stecken.

C Änderungsvorschlag

a) bis c): Keiner.

d):

In Absatz 6 Satz 1-neu werden die Wörter „einschließlich eines elektronisch gestützten Regelwerks“ durch die Wörter „einschließlich bundeseinheitlicher Daten- und Übermittlungsformate zur gegenseitigen Unterrichtung zu den Ergebnissen der Prüfungen nach den Absätzen 2 und 3“ ersetzt.

Siehe auch unter III. weitere Änderungsvorschläge des AOK-Bundesverbandes

Zu Artikel 1 Nr. 47 § 106b und Artikel 2 Nr. 6 und 8 §§ 106 und 106 c SGBV Regionalisierung der Wirtschaftlichkeitsprüfung

A Beabsichtigte Neuregelung

Nach lang anhaltender Kritik aus der Ärzteschaft und nach mehrfachen Anpassungen in den letzten Jahren wird die Wirtschaftlichkeitsprüfung, insbesondere die Richtgrößenprüfung für Arznei- und Heilmittel neu strukturiert. Maßstäbe und Einzelheiten zur Durchführung sollen in Zukunft auf regionaler Ebene gem. § 106 b neu vereinbart werden. Bundeseinheitliche gesetzliche Vorgaben sind nicht mehr vorgesehen, lediglich Rahmenvorgaben der Selbstverwaltung auf Bundesebene sind vorgesehen. Auch die Zufälligkeitsprüfung soll künftig entfallen. Die bisher verpflichtend verankerte Sanktion bei Unwirtschaftlichkeit, der Regress, ist allenfalls als sog. Kann-Regelung auf Landesebene vorgesehen. Die Prüfungen sollen erstmals für das Verordnungsjahr 2017 auf der neuen Grundlage durchgeführt werden. Mit dem vorgelegten Entwurf werden die bislang unübersichtlichen Regelungen neu strukturiert und gestrafft.

B Stellungnahme

Die Wirtschaftlichkeitsprüfungen, insbesondere die Richtgrößenprüfungen haben in den letzten Jahren massiv an Wirksamkeit und Akzeptanz verloren. Gleichwohl bleibt es aber auch in Zukunft wichtig, das Ordnungsverhalten der Ärzte in den Blick zu nehmen, um eine wirtschaftliche Ordnungsweise zu gewährleisten. Der Sachverständigenrat hat in seinem letzten Gutachten auf die z.T. nicht erklärbaren regionalen Variationen in der Versorgung mit Arzneimitteln hingewiesen. Darüber hinaus haben die bisherigen Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der Vergangenheit entscheidend dazu beigetragen, dass die Generikaquote in Deutschland im internationalen Vergleich sehr hoch ist. Insofern ist die preisbewusste Ordnung auch weiterhin zu fördern. Die vorliegenden Änderungsvorschläge geben Anlass zur Befürchtung, dass die Generikadurchsetzung bei künftigen Patentabläufen, die Durchsetzung der Rabattverträge und auch die Einführung von Biosimilars erheblich beeinträchtigt werden. Vor dem Hintergrund des aktuellen Kostendrucks im patentgeschützten Markt sollte der im patentfreien Segment erreichte Kostenspielraum nicht aufgegeben werden.

Die geltenden Regelungen sehen sehr konkrete aber auch starre bundesgesetzliche Vorgaben für die Vertragspartner vor. Hierdurch wurde sichergestellt, dass auf Landesebene Blockadesituationen überwunden werden konnten, allerdings um den Preis der Konservierung eines zunehmend untauglichen Modells der Ordnungssteuerung, das in den letzten Jahren durch zahlreiche Anpassungen zunehmend geschwächt wurde. Die vorliegenden Änderungen sind allerdings nicht geeignet, um in der gegenwärtigen Interessensituation auf Landesebene eine funktionsfähige Steuerung der von Vertragsärzten verordneten Leistungen aufzubauen. Vor dem Hintergrund der entfallenden Richtgrößenvereinbarungen ist daher im neuen § 106 b SGB V ein inhaltlicher Rahmen, in dem sich der regionale Gestaltungsspielraum entfalten kann, vorzusehen, um zu verhindern, dass auf Landesebene neue Blockadesituationen entstehen (siehe Änderungsvorschlag in § 106 b Abs. 1).

Folgende Änderungen sind erforderlich, um eine funktionsfähige und wirtschaftliche regionale Versorgung mit veranlassten Leistungen (insbesondere Arznei- und Heilmitteln) zu gewährleisten.

1. Die Prüfungsvereinbarungen würden in Zukunft durch die Absicht des Gesetzgebers, keinerlei (Mindest-)Inhalte mehr vorzugeben, regelhaft im Schiedsamt festgesetzt werden müssen. Aber auch dort sind angesichts des Interessenkonfliktes der Parteien –den Kassenärztlichen Vereinigungen ist der Schutz der Ärzte vor (gefühlter) Bürokratie im Zweifel wichtiger als rationales Ordnungsverhalten und dessen Überprüfung - ohne gesetzlich definierte Mindestinhalte sind keine sachgerechten Lösungen wahrscheinlich. Die Generikadurchsetzung bei künftigen Patentabläufen, die Durchsetzung der Rabattverträge, die Einführung von Biosimilars und die Relevanz der Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses wären ohne eine solche Vorgabe de facto unmöglich, mindestens aber in den Bundesländern extrem unterschiedlich geregelt, obwohl bundesweit das Selbe erreicht werden soll. Daher ist der Landesebene verbindlich vorzugeben, dass die Prüfvereinbarungen sicherstellen müssen, dass die Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 und die Vereinbarungen nach den §§ 84, 130 a Abs. 8, 130b, 130c sowie die Hinweise nach § 73 Absatz 8 beachtet werden. Dies war, abgesehen vom §130a Abs. 8, bislang schon im §106 (3b), bei dem die Richtgrößenprüfungen schon heute abgelöst werden konnte, der Fall. Diese Regelung muss, erweitert um §130a Abs. 8, in den §106b übernommen werden. Erweitert deshalb, weil die Umsetzung der Rabattverträge mittels der Praxissoftware nach §73 (8) möglich ist. Und weil es gerade im Bereich patentgeschützter Präparate oft viele in weiten Grenzen (durch den Arzt) austauschbare Vertreter einer Wirkstoffklasse gibt, bei denen das Vorhandensein eines Rabattvertrages zumindest ein Fakt sein sollte, der bei der Ordnungsentscheidung nach Maßgabe der (landesindividuell auszugestaltenden) Details in der Prüfungsvereinbarung zu berücksichtigen ist.
2. Die Kritik an den Richtgrößenprüfungen richtete sich insbesondere auf die möglichen Regresse. Diese seien als diffuse Bedrohung den Ärzten nicht zuzumuten. Den Krankenkassen geht es bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht primär um die finanziellen Rückflüsse aus den Regressen von Ärzten. Daher soll die zukünftigen Steuerungsinstrumente eher auf die Vermeidung von Prüfungssituationen ausgerichtet werden. Die Ärzte sollen im Ordnungsalltag unterstützt werden, in dem sie konkrete Hinweise für eine wirtschaftliche Ordnungsweise erhalten. Hierfür müssen insbesondere die Kassenärztlichen Vereinigungen mehr Unterstützungsleistungen vorhalten (s. auch ergänzender Änderungsvorschlag zu § 73 Abs. 8 SGB V). Die bisherigen Regelungen haben nach den Anpassungen der letzten Jahre die Regressgefahr für Ärzte schon deutlich abgemildert. Auch in Zukunft sollte es aber möglich sein, Ärzten, die sich wiederholt als unwirtschaftlich herausstellen und/oder Beratungsangebote nicht annehmen, auch finanziell zur Rechenschaft zu ziehen. Andernfalls läuft das Wirtschaftlichkeitsgebot ins Leere. Es ist dringend erforderlich, dass die Prüfungsstellen als letzte mögliche Sanktionierungsmöglichkeit einen Regress verhängen können. Problematisch ist daher die im vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehene „Kann-Regelung“ zur vertraglichen Vereinbarung eines Regresses als Prüfmaßnahme. Diese wird sich in der Praxis aufgrund der bestehenden Interessensituation der Kassenärztlichen Vereinigungen kaum durchsetzen lassen. Insofern kann die vorliegende „Kann-Regelung“ als faktische Abschaffung gewertet werden.

3. Die Regelungen sollten aufgrund der bundesweiten Vergleichbarkeit neben den Regelungen zum Umfang der Prüfungen zusätzlich auch qualitative Regelungen bzgl. der Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen beinhalten.
4. Für die Heilmittelversorgung wird der Vorschlag unterbreitet, Verordnungen auf Basis des § 32 Abs. 1 a in der Wirtschaftlichkeitsprüfung anders als bisher zu berücksichtigen. Den Prüfungsstellen und Krankenkassen soll es ermöglicht werden, auch in diesem Ordnungssegment bei Bedarf die wirtschaftliche Ordnungsweise zu überprüfen. Dies ist unter den aktuellen gesetzlichen Rahmenbedingungen nicht möglich.
5. Siehe Nr. 4
6. Die vorgeschlagene generalisierte Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten in Verträgen nach § 130b und § 106 b Abs. 2 Satz 4 wird abgelehnt, da dies der regionalen Bewertung vorgreift. Insbesondere mit der Abschaffung des einheitlichen statistischen Vergleichswerts „Richtgröße“ zur Messung der Wirtschaftlichkeit sind Praxisbesonderheiten stärker als bisher noch Teil des jeweiligen regionalen Verständnisses von wirtschaftlicher Versorgung, so dass es nicht sinnvoll ist, diese vorab isoliert zu definieren. Da bestehende Verträge nach § 130b unter anderen rechtlichen Bedingungen geschlossen wurden, stellt sich zudem die Frage des Vertrauensschutzes.
7. Redaktionelle Folgeänderung
8. Es ist aus Sicht der Krankenkassen klarzustellen, dass die Prüfungsstellen nach § 106 c für die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit aller ärztlich verordneten Leistungen zuständig ist. Hierbei darf es aus Gründen der Gleichbehandlung und um sogenannten „Verschiebebahnhöfen“ entgegenzuwirken keine Rolle spielen, welcher Arzt oder welche Einrichtung die ärztliche Verordnung ausstellt. Zusätzlich muss eine Regelung zur Kostentragung solcher Ärzte oder Einrichtungen in § 106 c aufgenommen werden, damit dieser Aspekt nicht dazu führt, dass Prüfungen für solche Ärzte oder Einrichtungen, die nicht Träger der Prüfungsstellen sind, nicht durchgeführt werden. In der Vergangenheit wurde von Seiten der Kassenärztlichen Vereinigungen häufig entsprechend argumentiert. Die im Entwurf getroffene Regelung in § 106 Abs. 1 Satz 4 reicht nicht aus bzw. ist in Verbindung mit § 113 Abs. 4 SGB V missverständlich auslegbar, da hier die Zuständigkeit der Prüfung der Wirtschaftlichkeit von Hochschulambulanzen, psychiatrische Institutsambulanzen etc. den Krankenkassen zugewiesen wird.

C Änderungsvorschlag

1. §106 Abs. 1 wird wie folgt ergänzt:

„Die Vereinbarungen nach Satz 1 müssen Regelungen zur Prüfung der Beachtung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 und der Vereinbarungen nach den §§ 84, 130 a Abs. 8, 130b, 130c sowie der Hinweise nach § 73 Absatz 8 enthalten.“

2. In § 106 Abs. 3 SGB V wird Satz 2 gestrichen und durch folgenden Satz ersetzt:

„Eine Erstattung des Mehraufwandes ist vorzusehen, wenn ein Arzt wiederholt die Wirtschaftlichkeitsvorgaben der Vereinbarungen nach § 106 b SGB V Abs. 1 verfehlt oder die vorgesehenen Beratungen nicht in Anspruch genommen werden“

Die Änderung sollte auch in § 106 b Abs. 1 nachvollzogen werden:

§ 106 b Abs.1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„ Eine Erstattung des Mehraufwandes ist vorzusehen, wenn ein Arzt wiederholt die Wirtschaftlichkeitsvorgaben der Vereinbarungen nach § 106 b SGB V Abs. 1 verfehlt oder die vorgesehenen Beratungen nicht in Anspruch genommen werden“

3. **Nach § 106 b Abs.1 Satz 3** wird folgender Satz eingefügt:

„Dabei sind insbesondere Regelungen für alle Anwendungsgebiete zu treffen, die für die Versorgung von Bedeutung sind.“

4. **In § 106 b Abs. 4** wird Nr. 1 gestrichen.

5. **Nach § 106 b Abs. 4** wird folgender neuer Abs. 5 eingefügt:

„In den Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 b SGB V sind insbesondere Verordnungen der nach § 32 Abs. 1 a SGB V genehmigten Heilmittel für Versicherten mit langfristigen Heilmittelbedarf zu berücksichtigen.“

6. In § 106 b Abs.2 werden die **Sätze 4 und 5** gestrichen.

7. **Aus § 106 b Abs. 5** wird Abs. 6

8. **§ 106 Abs.1 Satz 3** wird gestrichen und durch folgende Sätze ersetzt:

„ Die Prüfungsstellen sind für die Prüfung ärztlich verordneter Leistungen in der ambulanten Versorgung außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung zuständig. Hierzu zählen insbesondere die Verordnungen von Leistungserbringern und Einrichtungen gemäß § 113 Abs.4 SGB V. Hierfür bestimmen die Träger der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses Regelungen zur Beteiligung der entsprechenden Leistungserbringer und Einrichtungen an den Kosten des Verfahrens und zur jeweiligen Besetzung des Beschwerdeausschusses.“

Aus **§ 106 Abs. 1 Satz 4** wird Satz 6

Zu Artikel 1 Nr. 48 § 112 SGB V

Zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung

A Beabsichtigte Neuregelung

Künftig sind die Einzelheiten zum Entlassmanagement in dreiseitigen Verträgen zu regeln
(vgl. § 39 Absatz 1a – neu – und § 115 Absatz 2 Nummer 6 – neu –).

B Stellungnahme

Mittels der beabsichtigten Neuregelung zum Entlassmanagement in § 39 Abs. 1a SGB V sind dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten zu schließen. Die resultierte Streichung zu den Zweiseitigen Verträgen in § 112 Abs. 2 Nr. 7 SGB V ist somit formal sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Zu Artikel 1 Nr. 49 § 113 Abs. 4 SGB V Wirtschaftlichkeitsprüfung ambulanter Behandlung im Krankenhaus

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Neufassung des § 117 SGB V und des § 119 SGB V. Die hier benannten Leistungserbringer sollen im Hinblick auf Wirtschaftlichkeit und Qualität in analoger Anwendung der für die Prüfung geltenden Regelungen geprüft werden.

B Stellungnahme

Die Änderungen werden grundsätzlich begrüßt. Die vorgeschlagene Änderung stellt zusätzlich klar, dass sowohl die ärztlichen Leistungen als auch die ärztlichen Verordnungen in diesen Fällen den Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch die Prüfungsstellen nach § 106 c SGB V unterliegen.

C Änderungsvorschlag

Zusätzlicher Anpassungsbedarf:

In § 113 Abs. 4 werden die Worte „von den Krankenkassen“ gestrichen.

Zu Artikel 1 Nr. 50 § 115 SGBV**Dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäuser und Vertragsärzten****A Beabsichtigte Neuregelung**

Folgeänderung zu § 39 Absatz 1a – neu – und § 112 Absatz 2 Satz 1. Künftig ist das Nähere zum Entlassmanagement in einer dreiseitigen Vereinbarung zwischen Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu regeln (vgl. § 39 Absatz 1a – neu). Es ist sachgerecht, auch die weitere Ausgestaltung vor Ort in einem dreiseitigen Vertrag zu regeln.

B Stellungnahme

Mittels der beabsichtigten Neuregelung zum Entlassmanagement in § 39 Abs. 1a SGB V sind dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten zu schließen. Die bestehende Regelung in den Zweiseitigen Verträgen in § 112 Abs. 2 Nr. 7 SGB V wird gestrichen und eine Anpassung in § 115 SGB V ist somit formal sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Siehe auch unter III. weitere Änderungsvorschläge des AOK-Bundesverbandes

Zu Artikel 1 Nr. 51 § 116a SGB V Ambulante Behandlung im Krankenhaus bei Unterversorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Zulassungsausschuss muss zukünftig (statt bisher: kann) zugelassene Krankenhäuser für das entsprechende Fachgebiet in Planungsbereichen mit lokaler oder (neu: im Kabinettsentwurf:) „eingetretener“ Unterversorgung zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen.

B Stellungnahme

Auch wenn die Zulassung nicht das alleinige Problem ist, sondern Krankenhäuser häufig keine hinreichenden Kapazitäten für eine ambulante Behandlung in strukturschwachen Gebieten bereithalten, ist eine verbindlichere Regelung zu begrüßen. Der Beitrag der Krankenhäuser ist vielfach unverzichtbar. Mit einer zwingenden Zulassung können ambulante Einweisungsboykotts keine Wirkung entfalten.

Mit dem Kabinettsentwurf wird die Regelung eingeschränkt: die Verpflichtung des Zulassungsausschusses, Krankenhäuser auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen, soll nur für die Fälle gelten, in denen der Landesausschuss tatsächlich eine Unterversorgung festgestellt hat. Damit entfällt die „Muss-Regelung“ für Planungsbereiche mit drohender Unterversorgung. Derzeit ist nur eine äußerst geringe Anzahl an Planungsbereichen rechnerisch unterversorgt, während ein weitaus größerer Teil insb. im hausärztlichen Bereich drohend unterversorgt ist.

Die Neufassung der Regelung kann damit nur geringe oder praktisch keine Wirkung entfalten.

C Änderungsvorschlag

In § 116a wird das Wort „kann“ durch das Wort „muss“ ersetzt.

Zu Artikel 1 Nr. 52 § 116b SGB V

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

A Beabsichtigte Neuregelung

a)

Klarstellung, dass die Anforderung zusätzlicher Informationen oder ergänzender Stellungnahmen durch die erweiterten Landesausschüsse lediglich eine unterbrechende Wirkung auf die gesetzliche Zweimonatsfrist zwischen ASV-Anzeige und ASV-Teilnahmeberechtigung hat; nach Eingang der zusätzlichen Auskünfte läuft die Prüffrist weiter, ohne nochmals von vorne zu beginnen.

b)

Bei der Regelung der sächlichen und personellen sowie sonstigen Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer in der ASV sind die durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen erarbeiteten Ergebnisse nach § 137a Abs. 3 SGB V vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu berücksichtigen.

c)

Durch Aufhebung der Frist, eine nach § 116b SGB V in der bis zum 31.12.2011 geltenden Fassung (§ 116b-alt) getroffene Bestimmung zwei Jahren nach einem neuen Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses aufzuheben, wird für Krankenhäuser, die in der Vergangenheit für eine ambulante Versorgung nach § 116b-alt bestimmt worden waren, ein dauerhafter Bestandsschutz zur ambulanten Leistungserbringung unter alten Rechtsbedingungen und Qualitätsanforderungen geschaffen. Die Neuregelung zum dauerhaften Bestandsschutz für die Versorgung nach § 116b-alt wird damit begründet, dass Patientinnen und Patienten auch weiterhin eine kontinuierliche, auch ambulante Versorgung durch die bisherigen § 116b-alt-Krankenhäuser ermöglicht werden sollte.

B Stellungnahme

a)

Eine Klarstellung dieser Regelungslücke dahingehend, dass es sich um eine Fristunterbrechung handelt, wird abgelehnt. Fristunterbrechungen bedeuten einen zusätzlichen Verwaltungsaufwand für die erweiterten Landesausschüsse: kurzfristig müssen von diesen zusätzliche Sitzungen außerhalb der regulären Sitzungstaktung anberaumt werden, um innerhalb der verbleibenden „Restlaufzeiten“ die von den Leistungserbringern erstatteten und komplementierten Anzeigen „fertig“ sichten und prüfen zu können.

Dagegen wird ein Neubeginn der Frist vorgeschlagen. Ein solcher ermöglicht den erweiterten Landesausschüssen, die Prüfungen mit der gebotenen Sorgfalt abzuschließen. Zudem schafft ein Neubeginn der Prüffrist für die Leistungserbringer auch den Anreiz, von vornherein die von ihm erwartete Sorgfalt walten zu lassen und vollständige Unterlagen vorzulegen, um Teilnahmeverzögerungen zu vermeiden.

b)

Die Klarstellung des Auftrags an den Gemeinsamen Bundesausschuss zum Regelungsumfang wird als sachgerecht begrüßt.

c)

Die Einführung eines dauerhaften Bestandsschutzes für Krankenhäuser wird insbesondere aus wettbewerbsrechtlichen und qualitativen Gründen abgelehnt.

Nach § 116b-alt ist ein zugelassenes Krankenhaus zur ambulanten Behandlung der im Gesetz genannten Erkrankungen berechtigt, wenn und soweit es im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes auf Antrag des Krankenhausträgers unter Berücksichtigung der Versorgungssituation dazu bestimmt worden ist. Dabei war die Zulassungspraxis in den Ländern sehr heterogen, so dass in einigen Ländern kaum Krankenhäuser zur Versorgung gemäß § 116b Absatz 2 SGB V a.F. zugelassen worden sind, während es in anderen Ländern zahlreiche waren.

Die Leistungserbringung nach § 116b-neu ihrerseits sieht weder die Berücksichtigung der Versorgungssituation noch eine Bestimmung (durch Landesbehörden) auf Antrag im Rahmen der Krankenhausplanung vor. Vielmehr sind an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer sowie zugelassene Krankenhäuser gleichermaßen zur ASV-Leistungserbringung im vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmten Umfang berechtigt, sofern sie die hierfür jeweils maßgeblichen fachlichen und (struktur-)qualitativen Anforderungen und Voraussetzungen – welche über die bisherigen Regelungen der ambulanten Behandlung am Krankenhaus hinausgehen – erfüllen und dies gegenüber den erweiterten Landesausschüssen anzeigen. Eine Einschränkung in Bezug auf die Krankenhausplanung oder auch die Versorgungssituation erfolgt nicht.

In einzelnen Regionen wird die Regelung zur Schaffung von unterschiedlichen (Doppel- und Mehrfach-)Versorgungsstrukturen und -formen unter gleichem „Label“ führen, welche hinsichtlich des behandelten Patientenkollektivs, des Behandlungsumfanges und (struktur-)qualitativer Voraussetzungen voneinander abweichen. Zudem entfielen für Krankenhäuser mit Bestandsgenehmigungen jegliche Notwendigkeit, sich an der ASV zu beteiligen und damit mit niedergelassenen Ärzten sektorübergreifend zu kooperieren, wobei gerade die Verbesserung der Versorgungsqualität durch sektorenübergreifende Kooperationen das Ziel der Weiterentwicklung von § 116b war (bzw. wohl nur gewesen sein soll). Verlierer dieser Entwicklung sind neben den niedergelassenen Fachärzten und Krankenhäusern, die sich an der ASV beteiligen wollten, in erster Linie die Patienten, denen die vom Gemeinsamen Bundesausschuss definierten Leistungen zu den aktuellen Behandlungs- und Qualitätsstandards nicht zugänglich gemacht werden.

Gerade die besonderen qualitativen Standards der ASV sollten nicht aufgrund von dauerhaft gewährten „Altrechten“ verwässert werden dürfen. Dies hohnspräche auch den zuletzt in den Eckpunkten zur Krankenhausreform zum Ausdruck gebrachten Qualitätsverbesserungsvorhaben der Koalition und steht im Widerspruch zu der unter Buchstabe b) getroffenen Klarstellung, dass „Qualität als Kriterium für die Teilnahmeberechtigung an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V [...] weiter gestärkt“ wird. Qualitätsunterschiede in der Versorgung bei gleicher Indikation sind nicht hinnehmbar; ändert sich der Stand der Anforderungen, sollte jeder Leistungserbringer auch die neuen Anforderungen erfüllen (können), um den Patienten gegenüber – zumindest strukturell – eine einheitliche Qualität der Leistungserbringung zu gewährleisten. Die Anforderungen sollten innerhalb eines angemessenen Zeitraums erfüllt und nachgewie-

sen werden können. Wenn ein Krankenhaus an der ambulanten Versorgung teilnehmen will, sollte es innerhalb von 2 Jahren in der Lage sein, sich anzupassen und die dazu neu aufgestellten, dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechenden einheitlichen Richtlinien und (Qualitäts-)Normen einzuhalten; kann es sich nicht anpassen und seine Versorgung nicht in Linie mit den neuen Qualitätsvorgaben bringen, soll es auch nicht mehr länger an der ambulanten Versorgung teilnehmen dürfen, dies würde gegen §§ 2, 12 und 70 SGB V verstoßen.

C Änderungsvorschlag

a)

In Absatz 2 Satz 5 2. Halbsatz werden die Worte „bis zum Eingang der Auskünfte ist“ gestrichen und das Wort „unterbrochen“ durch den Passus „beginnt mit Eingang aller vollständigen Unterlagen und Auskünfte.“ ersetzt.

b)

Keiner.

c)

Die Formulierung im gültigen § 116b Abs. 8 ist beizubehalten.

Siehe auch unter III. weitere Änderungsvorschläge des AOK-Bundesverbandes

Zu Artikel 1 Nr. 53 § 117 SGB V Hochschulambulanzen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen zu den Hochschulambulanzen (HSA) werden durch die Änderungen des §117 Abs. 1 und in §120 SGB V erheblich umgestaltet, Kompetenzen neu verteilt und die Weichen für eine höhere Vergütung gestellt. Ist die Frage der Ermächtigung bislang eine Angelegenheit der Selbstverwaltung, soll nun eine Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung kraft Gesetzes erfolgen. An die Stelle regionaler Vereinbarung tritt eine dreiseitige Vereinbarung auf Bundesebene.

Zugleich wird der Versorgungsumfang der HSA erweitert. Neben dem weiterbestehenden Auftrag der Behandlung von Patienten im Rahmen von Forschung und Lehre tritt jetzt ein zusätzlicher Versorgungsauftrag für Patienten, für die aufgrund von Art, Schwere und Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung einer HSA bedürfen. Die Definition der Patientengruppen ist Inhalt der dreiseitigen Vereinbarung. Die gleiche Erweiterung des Versorgungsumfangs erfahren auch die psychologischen Ausbildungsinstitute nach Abs. 2.

B Stellungnahme

Infolge der Erweiterung des Versorgungsauftrags wird die Frage, wer die Kriterien „Art, Schwere und Komplexität“ damit beantwortet, dass eine dreiseitige Vereinbarung den Patientenkreis der Hochschulambulanzen definieren soll. Damit ist zunächst einmal eine bundesweit einheitliche Regelung für alle Hochschulambulanzen vorgegeben, in der auch eine Abgrenzung zur spezialfachärztlichen Versorgung vorgenommen werden kann, um den Aufbau von Doppelstrukturen zu vermeiden. Gleichzeitig wird die Regelungskompetenz der Partner der dreiseitigen Vereinbarung auf Bundesebene dadurch ausgehöhlt, dass den regionalen Vertragspartnern weitreichende Möglichkeiten gegeben werden, von den bundesweiten Standards abzuweichen. Allerdings ist gerade im Hinblick auf die Abgrenzung des Versorgungsauftrags der Hochschulambulanzen zu anderen ambulanten Einrichtungen am Krankenhaus und zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung eine klare, bundeseinheitliche Abgrenzung erforderlich. Daher werden regionale Öffnungsklauseln abgelehnt. Auch nicht erforderlich ist die vorübergehende Geltung regionaler Vereinbarungen, solange kein dreiseitiger Vertrag vorliegt. Die gesetzliche Fristsetzung zur Vereinbarung dieses Vertrages lässt nicht vermuten, dass hier unzumutbare Verzögerungen zu besorgen, die Übergangsregelungen notwendig machen würden.

In diesem Zusammenhang ist die Besetzung des Bundesschiedsamts kritisch zu sehen, die den Leistungserbringern ein Übergewicht verleiht. Hier fordert der AOK-BV in Analogie zu den geriatrischen Institutsambulanzen oder des G-BA das Bundesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung um die gleiche Anzahl an Vertretern der Krankenkassen und der DKG zu erweitern. Entscheiden soll die einfache Stimmenmehrheit.

Vorbehaltlos begrüßt wird hingegen die Überweisungspflicht, die allerdings aus Sicht des AOK-BV ohne Ausnahmen gelten sollte, um die Anbindung der Hochschulambulanzen an die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen.

Kritisch ist gesetzliche Ermächtigung der Hochschulambulanzen sowie der Psychologischen Ausbildungsinstitute zu sehen. Zum einen geht dem Zulassungsausschuss Transparenz über das Versorgungsgeschehen verloren und zum anderen ist eine automatische Ermächtigung derjenigen psychologischen Ausbildungsinstitute, die nicht an Hochschulkliniken angeschlossen ist, unter Qualitäts- und Leistungsmengengesichtspunkten abzulehnen. Ebenso kritisch zu werten ist der Wegfall von Mengengrenzungsregelungen. Diese sollten obligatorisch im Rahmen der regionalen Vergütungsverhandlungen zu vereinbaren sein.

C Änderungsvorschlag

§117 Satz 1 (neu) wird wie folgt gefasst:

Ambulanzen, Institute und Abteilungen der Hochschulkliniken (Hochschulambulanzen) sind durch den Zulassungsausschuss zur ambulanten Behandlung der Versicherten und der in §75 Abs. 3 genannten Personen [...] zu ermächtigen.

§117 Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Dieses wird hierzu um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft 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.“

Die neugefassten Sätze 7 bis 9 in §117 Abs. 1 werden gestrichen.

Zu Artikel 1 Nr. 54 § 119b Absatz 3 SGB V Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen / Evaluation

A Beabsichtigte Neuregelung

Der im Gesetz avisierte Evaluationszeitraum zu den versorgungsbezogenen und finanziellen Wirkungen der Kooperationsverpflichtung wird vor dem Hintergrund des verspäteten Inkrafttretens der bundesweiten Vereinbarung um ein Jahr verlängert. Das Institut des Bewertungsausschusses hat der Bundesregierung nunmehr bis zum 31. August 2016 über die Ergebnisse zu berichten.

In Bezug auf die Geltung von § 87 Abs. 3f SGB V wird gesetzlich konkretisiert, dass die Kranken- und Pflegekassen sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen die erforderlichen Daten zu erfassen und zu übermitteln haben; damit eine Passage aus der Begründung zum Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) in den Gesetzestext selbst „vorgezogen“.

B Stellungnahme

Die Änderung wäre nur dann sachgerecht, wenn aus einem negativen Ergebnis der Evaluation des Instituts des Bewertungsausschusses (InBA) – d.h. bei höheren Ausgaben durch Punktwertzuschläge als Einsparungen in anderen Bereichen, wie in der Kommentierung zum PNG angedeutet – tatsächlich auch die Konsequenz einer Nicht-Entfristung von Punktwertzuschlägen nach § 87a Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz SGB V (neu) zum 31.12.2016 – d.h. deren Abschaffung – folgen würde. Dies ist jedoch zu bezweifeln.

Zudem sieht die Politik in ihren Eckpunkten zur „Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland“ vom 10.11.2014 vor, die bestehende gesetzliche Frist, innerhalb der auf regionaler Ebene Zuschläge zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in vollstationären Pflegeeinrichtungen oder von Kooperationsverträgen nach 119b SGB V vereinbart werden können, gleich ganz aufzuheben, dies ganz unabhängig von den Ergebnissen einer Evaluation. Damit entfielen auch der Grund für die Evaluation.

Des Weiteren sei festzuhalten, dass es statistisch/methodisch-empirisch unmöglich ist, die Effekte verschiedener Punktwertzuschläge – und deren gibt es viele, nicht nur nach § 87a Abs. 2 Satz 3 – auseinanderzuidividieren und einzeln quantifizieren zu wollen.

Vor diesem Hintergrund erscheint der mit der Evaluation verbundene enorme Aufwand der Datenerhebung und -verarbeitung bei Kassen, KVen, InBA und Trägern des Bewertungsausschusses sowie die damit verbundenen Kosten keineswegs sachgerecht und gerechtfertigt, der Nutzen ist nicht nennenswert, da die (Nicht-)Konsequenz jetzt schon vorausgesagt werden kann bzw. politisch feststeht. Somit stehen der mit der Evaluation verbundene enorme Aufwand und die Kosten dafür in keinem Verhältnis zu dem möglichen Ergebnis. Konsequenterweise könnte der Gesetzgeber die Befristung gleich aufheben und damit die Kosten für Datenerhebung und -aufbereitung einsparen.

C Änderungsvorschlag

Streichung des § 119b Abs.3 SGB V.

Zu Artikel 1 Nr. 55 § 119c SGB V Medizinische Behandlungszentren

A Beabsichtigte Neuregelung

Als neue ambulante Einrichtungen sollen die Medizinischen Behandlungszentren nach §119c die Anschlussbehandlung für diejenigen Patienten vorsehen, die aufgrund der Vollendung des 18. Lebensjahres nicht weiter durch die Sozialpädiatrischen Zentren versorgt werden können.

B Stellungnahme

Eine bedarfsabhängige Ermächtigung derartiger Zentren ist sinnvoll, soweit die Versorgung der betreffenden Patientengruppen nicht durch Vertragsärzte wahrgenommen werden kann. Allerdings ist eine Bedarfsprüfung für die Zulassungsausschüsse schwierig, da eine Konkretisierung der Aufgreifkriterien „Art, Schwere und Komplexität der Behinderung“ nicht erfolgt. Es sind auch keine Struktur- oder Qualitätsvoraussetzungen für diese Einrichtungen vorgesehen.

Es wird vorgeschlagen, analog zu den Hochschulambulanzen, die Aufgreifkriterien für die Patientengruppen durch eine dreiseitige Vereinbarung auf Bundesebene definieren zu lassen. Strukturelle und personelle Anforderungen sowie die Qualitätssicherung sollen ebenfalls in dieser Vereinbarung geregelt werden.

C Änderungsvorschlag

Abs. 1 von §119c werden folgende Sätze angefügt:

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung legen in einem Vertrag die Gruppe der Patienten fest, die wegen ihrer Art, Schwere und Komplexität ihrer Behinderung der ambulanten Behandlung durch eine Einrichtung nach Satz 1 bedürfen. Dabei vereinbaren sie sachliche und personelle Voraussetzungen an die Leistungserbringung sowie sonstige Anforderungen an die Qualitätssicherung. Kommt der Vertrag ganz oder teilweise nicht zustande, wird sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Bundesschiedsamt nach §89 Abs. 4 festgelegt.

Zu Artikel 1 Nr. 56 § 120 SGB V Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

In §120 ergeben sich einige Folgeregelungen aus vorstehenden Änderungen im SGB V. Insbesondere müssen die medizinischen Behandlungszentren in die Vorschrift aufgenommen werden sowie diejenigen Fälle geregelt werden, dass ein Krankenhaus infolge einer Terminvermittlung nach §75 1a (neu) ambulante Leistungen erbringt.

Wesentliche Änderungen ergeben sich bei den Hochschulambulanzen. Hier sollen auf Bundesebene Grundsätze zur Vergütung aufgestellt werden. Zudem sollen bei der Vereinbarung der Vergütung auf Landesebene die Besonderheiten der Hochschulambulanzen abgebildet werden und nicht mehr vergleichbare Vergütungssysteme die beispielsweise der EBM herangezogen werden. Außerdem soll ein Investitionskostenabschlag bei der Vergütung der Hochschulambulanzen auf 5 v. H. begrenzt sein.

B Stellungnahme

Die Vergütungsregelungen zu den Hochschulambulanzen sind insgesamt kritisch zu bewerten. Eine Begrenzung des Investitionskostenabschlags auf 5 v. H. ist bei dem angedachten Versorgungsauftrag der Hochschulambulanzen, die einen überproportional hohen Anteil technischer Leistungen schließen lassen, deutlich zu niedrig bemessen. Damit werden die Krankenkassen indirekt zur Investitionskostenfinanzierung der Hochschulen herangezogen.

Auch die in der Gesetzesbegründung geäußerte Vermutung, dass eine Anwendung des EBM bei der Vergütung der Hochschulambulanzen nicht deren Besonderheiten berücksichtige, ist ohne weiteres nicht nachvollziehbar und schränkt die Spielräume der Vertragsparteien unnötig ein.

Die übrigen Änderungen im §120 sind akzeptabel.

C Änderungsvorschlag

Abs. 2 Satz 5 bleibt unverändert.

Zu Artikel 1 Nr. 57 § 125 Abs.1 SGB V Rahmenempfehlungen Heilmittel

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Rahmenempfehlungen sollen zukünftig um bundeseinheitliche Regelungen zu notwendigen Angaben auf Heilmittelverordnungen sowie Regelungen zur Abrechnung erweitert werden. Der Kabinettsentwurf sieht nun vor, dass diese Regelungen verbindlich für die regionalen Rahmenverträge nach § 125 Abs. 2 gelten sollen. Zusätzlich wurde ein Schiedsverfahren eingeführt.

B Stellungnahme

Grundsätzlich ist das Anliegen einer einheitlichen und verbindlichen Umsetzung der o.g. neuen Rahmenempfehlungsinhalte nachvollziehbar. Zum einen können sich die Leistungserbringer bzgl. der Abrechnung der Leistungen auf bundeseinheitliche verbindliche Regelungen berufen. Zum anderen entfällt aber auch das Schutzargument, dass Absetzungen intransparent wären. Letztendlich könnten diese Regelungen zu weniger Bürokratie und zu mehr Rechtssicherheit führen. Allerdings haben dies die Vereinbarungspartner bereits erkannt und solche Regelung bereits bei den neu formulierten Rahmenempfehlungen Podologie und Logopädie teilweise umgesetzt. In den Bereichen Podologie und Logopädie wurden bereits entsprechende Regelungen zu notwendigen Angaben auf den Verordnungen mit den Leistungserbringern vereinbart. Die Gespräche liefen konsensorientiert, sodass sich die Frage einer möglichen Einbindung einer Schiedsperson bisher nicht gestellt hat. Sollte die Notwendigkeit für den neuen Regelungsbereich gesehen werden, sollte sich das Schiedsverfahren allerdings auch ausschließlich darauf beziehen. Andere Empfehlungsinhalte wie die Leistungsbeschreibungen sollten weiterhin nicht schiedsfähig sein.

Die Begründung greift weiterhin die einschlägige BSG-Rechtsprechung zur sogenannten „Prüfpflicht“ der Leistungserbringer auf und bestätigt, dass für eine Heilmitteltherapie eine vollständige und inhaltlich korrekte Heilmittelverordnung notwendig ist.

C Änderungsvorschlag

An § 125 Abs. 1 Satz 4 Nummer 3a werden folgende Sätze angefügt:

Kommt eine Einigung nicht zustande werden die notwendigen Angaben auf Heilmittelverordnungen sowie Regelungen zur Abrechnung durch eine von den Empfehlungspartnern nach Satz 1 gemeinsam zu benennende unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Empfehlungspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörden bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen je zur Hälfte. Die Inhalte sind den Verträgen nach Absatz 2 zugrunde zu legen.

§ 125 Abs. 1 Satz 5 wird gestrichen.

Artikel 1 Nr. 58 § 129 SGB V **Rahmenvertrag nach § 129 SGB V (Retaxierung)**

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragspartner sollen im Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 SGB V Regelungen treffen, in welchen Fällen künftig die teilweise oder vollständige Rechnungskürzung durch Krankenkassen ausgeschlossen ist. Nach dem Willen des Gesetzgebers sollen Apothekerinnen und Apotheker damit vor unsachgemäßen Retaxationen geschützt werden. Den Vertragspartnern des Rahmenvertrags wird eine Frist zur Vereinbarung von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Regelung gesetzt. Im Falle der Nichteinigung entscheidet die Schiedsstelle.

B Stellungnahme

Ausgangspunkt für diese Regelung waren Diskussionen zur Vollabsetzung leichter formaler Abrechnungsfehler von Apotheken bei der Rezeptbelieferung.

Der gesetzliche Vorschlag geht jedoch in der Sache zu weit, zudem bieten sich für die grundsätzliche Zielerreichung andere Lösungen an:

So war die bisher freiwillige Befassung der Rahmenvertragspartner für eine bundeseinheitliche Lösung bzw. einen Katalog an (Null-) Retaxationsgründen mit dazugehörigen Sanktionsmechanismen zu erstellen, konfliktbeladen und ergebnislos geblieben. Darüber hinaus liegen bereits regionale Vereinbarungen nach § 129 Abs. 5 SGB V vor bzw. es laufen regionale Abstimmungen der Vertragspartner, welche sich dieses Themas annehmen. Letzterer Lösung ist allein schon aufgrund des geforderten Detailgrades grundsätzlich der Vorzug zu geben, denn hier erarbeiten die regionalen Vertragspartner vor dem Hintergrund ihres bestehenden detaillierten Regelwerks gemeinsame Lösungen.

Die vorgeschlagene Neuregelung sieht zudem eine umfassende Kategorisierung auch von Fällen für Rechnungsteilkürzungen vor. Dies dürfte noch weitaus stärker als die Vollabsetzung umstritten sein und eine Lösung – erst recht eine bundeseinheitlich geltende – erschweren. Zudem wird insbesondere die nunmehr vorgesehene Fristensetzung zur Umsetzung den Konflikt eher eskalieren und nicht zur inhaltlichen Befriedung führen. Da auf Landesebene bereits Regelungen getroffen wurden (NRW, Hamburg) und werden sowie bereits jetzt umfangreiche Festlegungen zum Umgang mit nicht ordnungsgemäßen bzw. fehlerhafteten Rezepten und Vermeidung von Retaxationen und Fehlern bei der Abgabe durch den Apotheker enthalten sind, ist die vom Gesetzgeber hier vorgesehene Regelung auf Bundesebene nicht notwendig.

Vor diesem Hintergrund sollte der Gesetzgeber, den Regelungsauftrag zum einen auf die Verträge nach § 129 Abs. 5 verlagern und zum anderen den geplanten Katalog auf Vollabsetzungen beschränken.

C Änderungsvorschlag

Anstelle von § 129 Abs. 4 Satz 1 neu wird § 129 Abs. 5 folgender Satz angefügt:
„In dem Vertrag ist zu regeln, in welchen Fällen einer Beanstandung der Abrechnung durch Krankenkassen, insbesondere bei Formfehlern, eine Retaxation vollständig unterbleibt.“

Zu Artikel 1 Nr. 59 § 130 Abs. 1 SGB V Änderung Apothekenabschlag

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber plant eine Festschreibung des Apothekenabschlags in Höhe von 1,77 € ab 2015.

B Stellungnahme

Hintergrund des Regelungsvorschlags ist eine gemeinsame Initiative der Vertragspartner zur entsprechenden Festschreibung des Apothekenabschlags als GKV-Großkundenrabatt; der Regelungsvorschlag wird ausdrücklich begrüßt.

Über die Frage des Verhältnisses paralleler Anpassungsregelungen zum Apothekenabschlag nach § 130 SGB V und denen zum Festzuschlag nach § 78 AMG konnte zwischen den Verhandlungspartnern auf Bundesebene aufgrund dieses Konfliktes oftmals kein Einigungsergebnis erzielt werden; in der Folge wurden Schiedsentscheidungen wechselseitig beklagt.

Zur Befriedung der Situation haben daher die Verhandlungspartner einen gemeinsamen Vorschlag erarbeitet, der diesen Konflikt lösen soll. Danach entspricht es dem Willen beider Parteien, wenn der Apothekenabschlag in der hier vorgeschlagenen Höhe gesetzlich festgeschrieben wird. Aufgrund der gesetzlichen Festlegung der Höhe können die bisher vorgesehenen Parameter für die Anpassung des Apothekenabschlags entfallen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 Nr. 60 § 132 SGB V Versorgung mit Haushaltshilfen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen werden verpflichtet, mit geeigneten Personen, Einrichtungen oder Unternehmen Verträge über den Inhalt, den Umfang, die Vergütungen sowie die Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Dienstleistungen zur Versorgung mit Haushaltshilfe zu schließen. Im Falle einer Nichteinigung wird der Vertragsinhalt von einer unabhängigen Schiedsperson festgelegt, auf die sich die Vertragsparteien verständigt haben. Im Falle der Nichteinigung auf eine Schiedsperson wird die Schiedsperson von der zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt.

B Stellungnahme

Auch heute schon besteht die Möglichkeit, dass die Krankenkassen zur Gewährung von Haushaltshilfe mit geeigneten Personen, Einrichtungen oder Unternehmen Verträge schließen. Soweit bekannt, ist dies auch im AOK-System erfolgt. Im Zusammenhang mit der Erbringung von Haushaltshilfe sind bisher keine Probleme aufgetreten. Vor diesem Hintergrund würde mit der vorgesehenen Neuregelung nur eine Bürokratie aufgebaut, der es nicht bedarf. Die Regelung ist obsolet.

C Änderungsvorschlag

Streichung der Neuregelung.

Zu Artikel 1 Nr. 61 § 134a SGB V Regressverzicht gegenüber freiberuflichen Hebammen

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Einfügung in § 134a Abs. 5 SGB V sollen Regressforderungen der Kranken- und Pflegekassen nach § 116 Abs. 1 SGB X aufgrund von Behandlungsfehlern von freiberuflich geburtshilflich tätigen Hebammen nicht mehr gestellt werden können, es sei denn die Behandlungsfehler wurden vorsätzlich oder grob fahrlässig verursacht.

Darüber hinaus soll der Regressverzicht gegenüber freiberuflichen Hebammen nicht durch eine gesamtschuldnerische Haftung unterlaufen werden können. Damit soll das zu versichernde Risiko erheblich reduziert werden und eine Stabilisierung der Prämien der Berufshaftpflicht für freiberufliche Hebammen in der Geburtshilfe erfolgen.

Zudem soll der Regressausschluss für alle bestehenden Ansprüche ab Inkrafttreten der Regelung gelten und beinhaltet somit auch alle früher eingetretenen Schadensereignisse, die bis zum Inkrafttreten noch nicht geltend gemacht worden sind.

B Stellungnahme

Der geplante Regressverzicht ist strikt abzulehnen.

Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes ist die Absicht, gerade die freiberuflichen Hebammen bei Behandlungsfehlern von der Haftung gegenüber den Krankenkassen freizustellen, ordnungspolitisch verfehlt und rechtssystematisch nicht zu begründen. Mit dem geplanten Regressverzicht gegenüber freiberuflich geburtshilflich tätigen Hebammen ist es rechtssystematisch sowie ordnungspolitisch nicht nachvollziehbar, dass das Risiko der privaten Haftpflichtversicherung auf die gesetzliche Krankenversicherung übertragen wird. Es ist auch fraglich, ob die zu versichernden Schadenssummen der Berufshaftpflicht reduziert werden, wenn die PKV und andere Kostenträger beim Regressverzicht nicht berücksichtigt sind bzw. grob fahrlässige Schadensfälle weiterhin ausreichend versichert sein müssen.

Satz 2 stellt zu Gunsten der freiberuflichen Hebammen sicher, dass der Regressverzicht ihnen gegenüber nicht durch eine gesamtschuldnerische Haftung unterlaufen wird. Ohne diese Regelung hätte die Kranken-/Pflegekasse in Fällen der gesamtschuldnerischen Haftung die Möglichkeit, nach Belieben, von den einzelnen Schädigern einen entsprechenden Teil oder die ganze Leistung zu fordern (vgl. § 421 BGB). Diese hätten dann im Innenverhältnis gegenüber den anderen Gesamtschuldnern (z.B. der freiberuflichen Hebamme) einen Ausgleichsanspruch nach § 426 BGB.

Mit der geplanten Regelung schafft man ein Präjudiz für andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen, bei denen die Berufshaftpflichtprämien steigen werden. Es ist zu befürchten, dass durch diese Ausnahmeregelung für die freiberuflich tätigen Hebammen weitere Berufsgruppen im Gesundheitsbereich auch für sich diese Ausnahme fordern werden, mit der Folge, dass den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen die Möglichkeit der Regressierung nach § 116 SGB X mehr und mehr eingeschränkt wird.

C Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 61 § 134a Abs. 5 SGB V wird gestrichen.

Zu Artikel 1 Nr. 62 § 135 Abs. 1 SGB V Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

A Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine Ergänzung, dass über Anträge zur Methodenbewertung innerhalb von 3 Monaten beschlossen und das Methodenbewertungsverfahren nach spätestens 3 Jahren abgeschlossen werden muss. Gemäß einer Änderung in §91 SGBV muss der GBA über die Einhaltung dieser Frist jährlich zu berichten.

B Stellungnahme

Beratungszeiten von maximal 3 Jahren sind eine nachvollziehbare Forderung des Gesetzgebers. Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass gerade der Gesetzgeber durch umfangreiche mehrfache schriftliche und mündliche Anhörungsrechte die Mindestberatungszeiten so gestaltet hat, dass die Einhaltung der 3 Jahre kaum möglich ist. Mit der Einengung der zur eigentlichen Beratung zur Verfügung stehenden Restzeit wird die Möglichkeit einer sachgerechten Bewertung und Konsensfindung in der Selbstverwaltung gefährdet.

C Änderungsvorschlag

Abs. (1) Satz 5 wird wie folgt gefasst: Das sich anschließende Methodenbewertungsverfahren ist in der Regel innerhalb von spätestens drei Jahren abzuschließen, es sei denn, dass auch bei Straffung des Verfahrens im Einzelfall eine längere Verfahrensdauer erforderlich ist; während gesetzlich vorgeschriebener Anhörungen wird die Dreijahresfrist ausgesetzt.

Zu Artikel 1 Nr. 63 § 137 Abs. 3 SGB V Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung, wonach der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Qualitätssicherung Vorgaben zum Einholen von Zweitmeinungen macht, wird aufgehoben. Dies ist eine Folgeregelung zum geplanten §27b SGB V, der als spezielle Norm die Zweitmeinung zum Gegenstand hat.

B Stellungnahme

Die Aufhebung der Nr. 3 ist vor dem Hintergrund des neuen §27b folgerichtig.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Zu Artikel 1 Nr. 64 § 137c SGB V

Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus

A Beabsichtigte Neuregelung

Abs. (1): Es erfolgt eine Ergänzung, dass über Anträge zur Methodenbewertung innerhalb von 3 Monaten beschlossen und das Methodenbewertungsverfahren nach spätestens 3 Jahren abgeschlossen werden muss. Gemäß einer Änderung in §91 SGBV muss der GBA über die Einhaltung dieser Frist jährlich zu berichten.

Abs. (3): Die Kostenübernahme einer stationären Leistung kann auch im Einzelfall nicht abgelehnt werden, wenn diese das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt.

In der Begründung wird ergänzt, dass auch im Einzelfall die Anforderung an die Qualität der Durchführung einer Methode nicht die ausschließliche Anwendung im Rahmen von Studien umfassen könne, sofern es sich nicht um eine durch den G-BA ausgeschlossene Methode handelt.

B Stellungnahme

Abs. (1): Beratungszeiten von maximal 3 Jahren sind eine nachvollziehbare Forderung des Gesetzgebers. Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass gerade der Gesetzgeber durch umfangreiche mehrfache schriftliche und mündliche Anhörungsrechte die Mindestberatungszeiten so gestaltet hat, dass die Einhaltung der 3 Jahre kaum möglich ist. Mit der Einengung der zur eigentlichen Beratung zur Verfügung stehenden Restzeit wird die Möglichkeit einer sachgerechten Bewertung und Konsensfindung in der Selbstverwaltung gefährdet.

Abs. (3) Unter Beibehaltung des Grundsatz der „Erlaubnis mit Vorbehalt“, soll eine gesetzliche Konkretisierung erfolgen, dass für den Ausschluss einer Methode aus der Krankenhausversorgung durch den G-BA und die Ablehnung eines Leistungsanspruchs im Einzelfall durch die Krankenkasse im Falle des Fehlens eines Beschlusses des G-BA nicht unterschiedliche Bewertungsmaßstäbe angewendet werden.

Die Neuregelung hat faktisch aber zur Folge, dass der § 137c SGB V künftig als generelle Erlaubnis aller beliebigen Methoden für das Krankenhaus mit Verbotsvorbehalt ausgelegt werden muss. Bisher *„...unterliegen alle Behandlungsformen, auch solche im Krankenhaus den in § 2 Abs.1, § 12 Abs. 1 und § 28 Abs. 1 SGB V für die gesamte GKV festgelegten Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsanforderungen.“*¹ Der aktuell gültige § 137c SGB V wurde – wie mehrfach vom Bundessozialgericht ausgeführt – gerade nicht im Sinne einer generellen Erlaubnis aller beliebigen Methoden für das Krankenhaus mit Verbotsvorbehalt ausgelegt. *„Die Vorschrift setzt die Geltung des Qualitätsgebots auch im stationären Sektor nicht außer Kraft.“*²

¹ BSG Urteil vom 21.03.2013 Az.: B 3 KR 2/12 R Rn. 20. Siehe auch BSGE 93,17 Rdnr.10; BSGE 90, 289, 291; BSGE 81, 182, 187.

² BSG Urteil vom 21.03.2013 Az.: B 3 KR 2/12 Rn. 24.

Die geplante Veränderung bedeutet also die Abschaffung des allgemein gültigen Qualitätsgebots im stationären Sektor und gefährdet die Einheit der Rechtsordnung. Sie stellt eine direkt Bedrohung der Patientensicherheit dar und steht im klaren Widerspruch zum ordnungspolitischen Ziel der Regierungskoalition die Qualität der Versorgung – insbesondere im stationären Sektor - zu fördern. Vielmehr würde die Qualität geschwächt.

Die Gleichstellung der Einzelfallbeurteilung mit der normativen Festlegung durch den G-BA ist nicht sinnvoll. Selbst eine zugelassene Behandlungsmethode kann im Einzelfall zum Beispiel aufgrund der Diagnose, Krankheitsstadium oder anderer Merkmale des Patienten mit einem negativen Nutzen-Risiko-Verhältnis behaftet sein und damit der ärztlichen Kunst und dem Qualitätsgebot nach § 2 SGBV widersprechen. Es ist nicht möglich, dass der G-BA vorausschauend Hunderttausende von Einzelfallkonstellationen bewertet. Es ist gerade die ärztliche Kunst, im Einzelfall zu bewerten, welche G-BA-Beschlüsse und welche wissenschaftlichen Erkenntnisse auf den Einzelfall anzuwenden sind.

Schließlich führt die geplante Änderung auch zu einer Beweislastumkehr: Nicht das Krankenhaus muss den Nutzen oder das Potential einer angewandten Behandlungsmethode für den konkreten Fall belegen können, sondern Krankenkasse oder Patient müssen nachweisen, dass die angewandte Behandlungsmethode schädlich oder unwirksam ist.

Das die Gefahr für die Patienten nicht nur abstrakt ist, sondern vielmehr konkret ist zeigt z.B. der Fall in dem bei einer Patientin zur Konditionierung im Rahmen der Stammzelltransplantation ein Arzneimittel verwendet wurde, dem die Zulassung für diese Anwendung wegen der massiven Nebenwirkungen durch die EMA versagt worden war, und zu dem eine in Studien gut untersuchte Alternative zur Verfügung stand. Die Patientin verstarb an den Nebenwirkungen dieser Behandlungsalternative (Sozialgericht für das Saarland, S23KR266/13). Selbst wenn die Behandlung im Sinne des medizinischen Fortschritts angemessen gewesen wäre, hätte eine solche Behandlung unter Studienbedingungen erfolgen müssen, eine Ethikkommission hätte überprüft, ob diese Behandlungsalternative ethisch vertretbar ist und die Patientin hätte unter dem besonderen Schutz der Helsinki Deklaration gestanden. Bei weitgehend unerforschten Behandlungen mit erheblichen Risiken für lebensbedrohliche und tödliche Komplikationen muss daher auch gefordert werden können, dass eine Behandlung nur unter den besonderen Bedingungen und dem besonderen Patientenschutz einer wissenschaftlichen Studie erfolgt.

Problematisch ist zudem der Halbsatz: „Wenn.... ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt. Eine Behandlung kann nicht der ärztlichen Kunst entsprechen und dennoch nach den Regeln der ärztlichen Kunst angewandt werden. Beispiel: Die Behandlung einer einfachen Beinfraktur durch Amputation stellt in der Regel einen Behandlungsfehler dar, dennoch kann die Amputation nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt werden.“

Die neue Regelung steht zudem im Widerspruch zu §137h: bei Methoden, die mit neuartigen Medizinprodukten verbunden sind und für die ein NUB-Antrag gestellt wurde und die das Potential einer Behandlungsalternative haben, dürfen nur die Krankenhäuser die Leistung abrechnen, die sich an den Studien nach §137e beteiligen.

Ergänzend sollte in §137c eine Änderung aufgenommen werden, nach der grundsätzlich für alle Methoden, bei denen eine Erprobung nach §137e erfolgt, diese ausschließlich in den Kliniken erfolgen dürfen, die sich an den klinischen Studien beteiligen, so wie dies ja auch für den vertragsärztlichen Sektor gilt.

Da innovative Hochrisikobehandlungen nicht auf Hochrisikomedizinprodukte begrenzt sind, sollte ein weiterer Abs. eingefügt werden, mit dem für hochriskante Behandlungsmethoden eine §137h analoge Regelung eingeführt wird.

C Änderungsvorschlag

Satz 7 wird wie folgt gefasst:

Das sich anschließende Methodenbewertungsverfahren ist in der Regel innerhalb von spätestens drei Jahren abzuschließen, es sei denn, dass auch bei Straffung des Verfahrens im Einzelfall eine längere Verfahrensdauer erforderlich ist; während gesetzlich vorgeschriebener Anhörungen wird die Dreijahresfrist ausgesetzt.

Abs. (3) wird gestrichen.

§137h Abs. (3) ist hiervon unberührt“

Nach § 137c Abs. 3 wird folgender Abs. (4) angefügt:

Für Leistungen, für die der Gemeinsame Bundesausschuss eine Richtlinie nach §137e erlassen hat, sind Krankenhäuser, die die Methode zu Lasten der Krankenkassen erbringen wollen, verpflichtet, an der Erprobung gemäß § 137e Abs. (3) teilzunehmen.

Nach §137 Ansatz (4) wird Abs. (5) angefügt:

Für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit hohem Risiko gelten die analogen Regelungen zu §137h

Zu Artikel 1 Nr. 65 § 137f Abs. 1 SGB V Erweiterung Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung zu Buchstabe a) stellt eine redaktionelle Klarstellung des gesetzlichen Auftrages des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) dar. Mit der Änderung soll der G-BA nun geeignete chronische Erkrankungen auswählen statt - wie bislang – nur eine Auswahl zu empfehlen. Diese Anpassung steht im direkten Zusammenhang mit der Übertragung der Regelungskompetenz vom Bundesministerium für Gesundheit auf den G-BA durch das Versorgungsstärkungsgesetz.

Die Änderung zu Buchstabe b), dass der G-BA in einer vorgegebenen Frist und für vorgegebene Indikationen (Rückenleiden; Depressionen) Regelungen für entsprechende Behandlungsprogramme zu treffen hat, steht im Widerspruch zur Regelungskompetenz des G-BA.

B Stellungnahme

Der Weiterentwicklung und Stärkung der DMP kann grundsätzlich zugestimmt werden; allerdings ist die Auswahl der Indikationen Aufgabe der Selbstverwaltung. Der Gesetzesvorschlag zur Erweiterung der Behandlungsprogramme unterwandert in dieser Form massiv die erforderlichen Beratungs- und Beschlussverfahren im G-BA und damit die Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit der Selbstverwaltung. Mit Verweis auf die aktuelle Beschlusslage des G-BA (21.08.2014) auf der Grundlage eines umfassenden Priorisierungsprozesse ist der Vorschlag zu Buchstabe b) zu streichen. Auch widerspricht die politische Beauftragung bestimmter Krankheiten der gesetzlich geforderten kriteriengerechten Auswahl neuer DMP-Indikationen. Ergebnis bisheriger Beratungen im G-BA ist, dass das Krankheitsbild Depression den gesetzlich vorgegebenen Kriterien (noch) nicht standhält.

C Änderungsvorschlag

Entfall von Artikel 1 Nr. 65 Buchstabe b)

Zu Artikel 1 Nr. 66 § 137h SGB V

Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten der Risikoklasse IIb und III

A Beabsichtigte Neuregelung

In Abs. 1 wird geregelt, dass Krankenhäuser, die beim InEK neue NUB Entgelte für Methoden beantragen, die in Verbindung mit besonders invasiven neuartigen Medizinprodukten der Risikoklassen IIb und III eine wesentliche Rolle spielen, parallel den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) über die wissenschaftliche Grundlagen informieren. Stellt der G-BA ein neues theoretisch wissenschaftliches Konzept fest, wird dies veröffentlicht und den Medizinprodukteherstellern ein Stellungnahmerecht eingeräumt. Innerhalb von drei Monaten entscheidet der G-BA, ob der Nutzen der Methode hinreichend belegt ist, oder aber nicht hinreichend belegt ist, aber die Methode unter Anwendung des Medizinprodukts das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet oder ob die Methode dieses Potential nicht hat.

Abs. 2 schränkt die in Frage kommenden Medizinprodukte deutlich ein. Die Regelung gilt nur für besonders invasive Medizinprodukte der Risikoklassen IIb und III, die sich von in der stationären Versorgung eingeführten systematischen Herangehensweisen wesentlich unterscheiden. Was wesentlich neue theoretisch-wissenschaftliche Konzepte von Medizinprodukten sind, soll in einer Rechtsverordnung des BMG im Benehmen mit dem BMBF geregelt werden.

Abhängig von der Einstufung ergeben sich leistungsrechtliche Konsequenzen.

Abs. 3 legt das Verfahren für die Methoden fest, die hinreichend belegt sind. Es sollen in diesen Fällen Vereinbarungen nach § 6 Abs. 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 6 Abs. 2 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung geschlossen werden. Kommen diese nicht zustande, kann die Schiedsstelle nach § 13 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 13 der Bundespflegesatzverordnung angerufen werden. Dies gilt auch für Methoden mit Potential (Abs. 3)

Hat die Methode ein Potenzial für eine Behandlungsalternative regelt Abs. 4 zudem, dass für die Erbringung der Leistung eine Teilnahme an der Erprobungsregelung, die maximal zwei Jahre dauern darf, verpflichtend zu erfolgen hat. Die Anforderungen sind so zu formulieren, dass die Durchführbarkeit der Erprobung und Leistungserbringung gewährleistet ist. Nach Abschluss der Erprobungsregelung verabschiedet der G-BA innerhalb von drei Monaten eine Richtlinie.

Abs. 5 stellt klar, dass Methoden ohne ausreichendes Potential nicht vereinbart werden dürfen. Diese Eingruppierung zu einer Richtlinie, die den Ausschluss des Verfahrens regelt.

B Stellungnahme

Grundsätzlich ist es zu begrüßen, dass bei neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, bei der ein Medizinprodukt der Risikoklasse IIb oder III nach Artikel 9 in Verbindung mit Anhang IX der Richtlinie 93/42/EWG zur Anwendung kommen soll, eine medizinisch wissenschaftliche Eingruppierung stattfinden soll. Bisher erfolgten bei allen NUB

Entgelten – unabhängig davon ob ein Medizinprodukt oder ein neues wissenschaftliches Konzept beteiligt sind – nur eine ökonomische Bewertung. Folglich konnte jedes NUB Entgelt ohne Einschränkung erbracht werden, ohne dass irgendein Wirksamkeits- oder Nutznachweis vorgelegen hat.

Ebenso ist es positiv zu sehen, dass der G-BA innerhalb von drei Monaten über die Anwendungsbedingungen der neuen Methode entscheiden muss. Damit wird der Patientenschutz erhöht. Unklar bleibt jedoch die Konsequenz der Fristverletzung. Hier wäre eine Ersatzvornahmemöglichkeit unter Einbezug des IQWiG wünschenswert.

Grundsätzlich ist aber zu bemängeln, dass der Filter „NUB-Entgelt in Verbindung mit Medizinprodukten der Risikoklasse IIb oder III nach Artikel 9 in Verbindung mit Anhang IX der Richtlinie 93/42/EWG“ viele relevante Änderungen in der Versorgung mit Medizinprodukten nicht treffen wird. So wären weder problematische Großkopf-Endoprothesen, bestimmte neue minderwertige Cochleaimplantate, fehlerhaften Kabel der implantierbaren Defibrillatoren noch die PIP Brustimplantate unter diese Regelung gefallen. Durch die weitere Einschränkung auf ein neues theoretisch-Wissenschaftliches Konzept, und die hohen Invasivität wird die Einschränkung der in Frage kommenden Medizinprodukte nochmals deutlich reduziert, so dass die Regelung weitgehend ins Leere läuft. Die Festsetzung, wann eine neue Methode ein neuartiges theoretisch-wissenschaftliches Konzept aufweist sollte zudem nicht durch die Ministerien sondern durch den G-BA gemeinsam mit dem IQWiG bewertet werden. Die Frist von 2 Jahren reicht für die Durchführung hochwertiger Studien nicht aus, da MPG-Studien hohen Anforderungen unterliegen, eine sorgfältige Studienkonzeption erfordern und auch Voraussetzungen wie das Einholen von Ethikvoten, Zeit erfordern. Dass die Versorgungsrealität in Studien berücksichtigt wird und diese durchführbar sind, ist selbstredend.

Um eine umfassendere Regelung zu treffen wäre es notwendig, alle neuen Medizinprodukte der Risikoklassen IIb und III in die Bewertung einzubeziehen, ein Bezug zu NUB Entgelten erscheint aus Patientenschutzgründen entbehrlich. Dabei ist zu akzeptieren, dass die Quantität der entsprechenden Verfahren mit Erprobungsregelungen ansteigen würde. Da aber an den Zulassungsbedingungen für Medizinprodukte in absehbarer Zeit keine tiefgreifenden Verbesserungen zu erwarten sind, muss auf der Ebene des nationalen Sozialrechts eine wirkungsvolle Regelung geschaffen werden.

C Änderungsvorschlag

Im Abs. 1 wird der Bezug auf die NUB Entgelte gestrichen und wie folgt gefasst:

„Ein Krankenhaus, das ein neues Medizinprodukt der Risikoklasse IIb oder III nach Artikel 9 in Verbindung mit Anhang IX der Richtlinie 93/42/EWG zur Anwendung bringen will, hat dem Gemeinsamen Bundesausschuss zugleich Informationen über den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu der Anwendung des Medizinprodukts zu übermitteln.“

Abs. (2) Satz 1: streichen von „besonders“.

Abs. (2) streichen von Satz 2 und 3. Ergänzen um Satz 2 neu: Die Bewertung, ob ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept vorliegt, erfolgt durch den G-BA, der hierzu das IQWiG beauftragen kann.

Abs. (4) Streichen von Satz 4.

Abs. (4) Satz 5: Satz 5: „Die Erprobung ist in der Regel innerhalb von vier Jahren abzuschließen ...“

Zu Artikel 1 Nr. 67 a) § 139a SGB V
Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Aufgaben des IQWiG werden ergänzt um die Beteiligung an internationalen Projekten zur Zusammenarbeit und Weiterentwicklung im Bereich der evidenzbasierten Medizin

B Stellungnahme

Mit dieser Regelung wird die gesetzliche Grundlage für eine bereits erfolgende und sinnvolle Kooperation des IQWiG mit anderen internationalen HTA-Institutionen geschaffen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

**Zu Artikel 1 Nr. 67 b) § 139b SGB V
Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen**

A Beabsichtigte Neuregelung

Für die Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstands zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren sowie zu Qualität und Wirtschaftlichkeit von Leistungen sollen nun auch Versicherte und sonstige interessierte Einzelpersonen Themen vorschlagen. Das IQWiG soll für die Versorgung von Patientinnen und Patienten besonders bedeutende Vorschläge auswählen und bearbeiten.

B Stellungnahme

Mit dieser Regelung werden auf das IQWiG versicherungsfremde staatliche Aufgaben übertragen. Deren alleinige Finanzierung durch die Versichertengemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherten ist nicht zu rechtfertigen. Bei Beibehaltung der Regelung muss diese neue Aufgabe des IQWiG staatlich finanziert werden.

C Änderungsvorschlag

Die Regelung wird gestrichen.

Zu Artikel 1 Nr. 69 § 140a SGB V Besondere Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen zu den Vertragstypen nach § 73a (Strukturverträge), § 73c (besondere ambulante Versorgung) und §§ 140a - d SGB V (integrierte Versorgung) werden i .V. m. Artikel 1 Nr. 26 und Nr. 28 gestrichen und durch eine Neufassung des Abschnitts „Sonstige Beziehungen zu den Leistungserbringern“ zur „Besonderen Versorgung“ nach § 140a zusammengefasst. Dabei werden die Regelungen vereinheitlicht, neu strukturiert und insbesondere von Programmsätzen ohne Regelungsinhalt befreit. Bestandsverträge nach den §§ 73a, 73c und 140a gelten ausdrücklich fort. Wesentliche inhaltliche Änderungen sind:

- Bei Vertragsschluss ist keine aufsichtsbehördliche Vorlagepflicht mehr vorgesehen (analog zur Neuregelung in § 71 Abs. 4 SGB V)
- Die Wirtschaftlichkeit der besonderen Versorgung muss vier Jahre nach Wirksamwerden der Verträge nachweisbar sein. Eine generelle Vorlagepflicht ist nicht vorgesehen. Der Nachweis muss nur noch auf Einzelaufforderung der Aufsichtsbehörde erbracht werden.
- Klarstellungen der Abweichungsbefugnis in Bezug auf das 3. Kapitel SGB V (Leistungsrecht) unter Beachtung des Verbotsvorbehalts. Durch § 140 a Abs. 2 Satz 2 SGB V neue Fassung sowie durch die Gesetzesbegründung wird klargestellt, dass es sich nicht um Leistungen der Regelversorgung handeln muss. Es können auch Leistungen in den Verträgen vereinbart werden, die über den Leistungsumfang der Regelversorgung hinausgehen (sog. Add-on-Verträge). Hierzu gehören beispielsweise innovative Leistungen, die noch keinen Eingang in die Regelversorgung gefunden haben.
- Ausdrückliche Zulässigkeit von Verträgen, die alleine die Organisation der Versorgung betreffen (sog. Management-Verträge)
- Aufnahme der Kassenärztlichen Vereinigungen als beauftragter Vertragspartner auch bei integrierten Versorgungsformen (bisher nur für Strukturverträge und Verträge zur besonderen ambulante Versorgung)
- Vereinheitlichung der Regelungen zur Abgabe einer Teilnahmeerklärung der Versicherten für die Teilnahme an der besonderen Versorgung, insbesondere die Festlegung eines Schriftformerfordernisses
- Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme (z. B. zeitliche Bindung, Bindung an teilnehmende Leistungserbringer, Folgen von Pflichtverstößen) soll künftig nicht mehr in der Satzung der Krankenkasse, sondern in der Teilnahmeerklärung geregelt werden. Das Satzungserfordernis wird auf Regelungen zur Abgabe der Teilnahmeerklärung auf Grundlage der Richtlinie des GKV-SV nach § 217f Abs. 4a SGB V begrenzt.
- Wegfall der *besonderen* Ausschreibungspflichten für die besondere ambulante Versorgung. Die Verpflichtung zur öffentlichen Ausschreibung richtet sich weiterhin nach § 69 Abs. 2 S. 4 SGB V.
- Vereinheitlichung der Rahmenvorgaben für die Bereinigung der Gesamtvergütung durch Verweis auf den Normtext im § 73b Abs. 7 neue Fassung. Klarstellung, dass auch eine rückwirkende Bereinigung vereinbart werden kann, wenn eine Vorabschreibung der Versicherten nicht möglich ist.

B Stellungnahme

Die Zielsetzung des Gesetzes, durch die Zusammenführung von einzelvertraglichen Rechtsgrundlagen die Umsetzung der Selektivverträge zu vereinfachen, wird im Grundsatz positiv gewertet. Allerdings birgt die Umsetzung konzeptionelle Probleme, wodurch es bei der Anwendung der neuen Rechtsgrundlage in der Praxis zu Problemen kommen wird.

Folgende Einzelpunkte sind im Rahmen der Zusammenführung und Vereinheitlichung der Rechtsgrundlagen zwingend zu beachten:

- In den bisherigen Fassungen der §§ 73b, 73c und 140a ist die Einschränkung des Sicherstellungsauftrages der KV explizit geregelt. Im § 73b Abs. 4 SGB V-neu bleibt die Einschränkung erhalten, wobei sie sich explizit nicht weiter auch auf die Organisation des Notdienstes bezieht. In der Neufassung des § 140a findet sich hingegen keine entsprechende Regelung mehr. Gleichzeitig erfolgt eine Verschiebung des Regelungsinhalts des § 73c aus dem Abschnitt „Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung“ in den elften Abschnitt, der mit „Sonstige Beziehungen zu den Leistungserbringern“ betitelt ist. Infolgedessen ist zu befürchten, dass die besondere Versorgung gegenüber den Verträgen der Regelversorgung nicht mehr als gleichberechtigte Versorgungsalternative, sondern nur noch als nachrangig betrachtet werden könnte. Diesen Inkonsistenzen sollte der Gesetzgeber durch eine explizite Klarstellung zum Sicherstellungsauftrag auch im § 140a begegnen. Dabei sollte der Umfang des Sicherstellungsauftrags bzw. Ausnahmen davon gleich geregelt sein wie in der HzV in § 73b, d.h. anlässlich der Änderungen zur Organisation des Notdienstes in § 75 Abs. 1b SGB V-neu sollte auch im Rahmen der besonderen Versorgung keine separate Organisation für den Notdienst vorzusehen sein.
- Aus wettbewerbs- und ordnungspolitischen Gründen ist die Aufnahme der Kassenärztlichen Vereinigungen als Vertragspartner für die „Besondere Versorgung“ kritisch zu bewerten:
 - Die KV hat regelmäßig eine marktbeherrschende Stellung, so dass sich durch ihre wettbewerbliche Vertragsabschlusskompetenz andere Anbieter nur schwer oder gar nicht etablieren bzw. behaupten können.
 - Die KV ist eine von Pflichtmitgliedern getragene Institution mit gesetzlich bestimmten Aufgaben. Sie hat eine hoheitliche Ordnungsfunktion und eine Gleichbehandlungspflicht gegenüber ihren Mitgliedern.
 - Soweit es sich um substitutive Versorgungsformen handelt, würde die KV gewissermaßen gegen sich selbst „antreten“. Der Sicherstellungsauftrag ginge auf sie selber über und sie müsste die Gesamtvergütung gegen sich selbst bereinigen.

Andererseits bestehen Anlässe, die ebenso wie bei den Disease-Management-Programmen aus § 137f SGB V Gestaltungsspielräume erfordern, die den Krankenkassen nach der gesetzlichen Vereinheitlichung der Gesamtverträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen nicht mehr zur Verfügung stehen. Deshalb wird vorgeschlagen, den Vertragstypus „Strukturvertrag“ nach § 73a SGB V beizubehalten und im Gegenzug die Kassenärztlichen Vereinigungen aus dem Kreis der Vertragspartner für die besondere Versorgung zu streichen.

- In Absatz 3 letzter Satz ist die Abweichungsmöglichkeit vom Zulassungs-, Ermächtigungs- und Berechtigungsstatus auf die integrierte Versorgung beschränkt. Dies ist vermutlich ein redaktionelles Versehen, da hier nicht auf die neue Begrifflichkeit „besondere Versorgung“ angepasst wurde.
- Die Regelungsvorgabe in § 140a Abs. 4 Satz 1 SGB V, wonach die Versicherten immer ihre Teilnahme schriftlich gegenüber ihrer Krankenkasse zu erklären haben, konkurrenziert das bekundete Ziel der Entbürokratisierung. Denn schriftliche Teilnahmeerklärungen mit einer 14-tägigen Widerrufsfrist sind regelhaft dann nicht erforderlich, wenn keine Einschränkung der Wahlfreiheit oder keine fortdauernde Bindung der Versicherten an bestimmte Leistungserbringer oder Behandlungsabläufe erfolgt. Dies ist auch z. B. bei Verträgen gegeben, die zusätzliche Versorgungsleistungen als Erweiterung/Ergänzung des regelhaften Leistungsangebotes oder lediglich einmalige, kleinteilige Zusatzleistungen oder besondere Organisations- bzw. Vergütungsstrukturen zum Inhalt haben.
- Die bisherige Regelung in § 140a Abs. 3 (und im bisherigen § 73c Abs. 5), wonach die Versicherten das Recht haben, von ihrer Krankenkasse umfassend über die IV-Verträge usw. informiert zu werden, wird mit der Neuregelung gestrichen. Dies ist hinnehmbar, da die Informationspflichten bereits aus den allgemeinen Auskunftspflicht- und Beratungspflichten der Krankenkassen (§§ 13 ff. SGB I) folgen. Damit klargestellt wird, dass es den Krankenkassen auch ermöglicht wird, Versicherte zu kontaktieren, um ihnen mit Informationen den Zugang zu den besonderen Versorgungsformen zu eröffnen, sollte eine Ergänzung in § 305 SGB V erfolgen. Ein Vorschlag ist Gegenstand der Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 89.
- Der neugefasste § 140a Abs. 5 regelt, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der für die Durchführung der Verträge erforderlichen personenbezogenen Daten „durch die Vertragspartner nach Abs. 1“ nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information der Versicherten erfolgen darf. Eine Änderung in dieser Form ist äußerst bedenklich, da die Regelung weit über den bisherigen § 140a Abs. 2 Satz 6 hinausgeht und die Regelung des § 284 Abs. 1 Nr. 13, Abs. 3 erheblich einschränkt. „Vertragspartner nach Abs. 1“ sind auch die Krankenkassen. Die Neuregelung hätte daher – in Abweichung zu § 284 Abs. 1 Nr. 13, Abs. 3 – die Folge, dass die Krankenkassen immer die vorherige Zustimmung der Versicherten für die „Durchführung“ der Verträge einholen müssten, wenn sie personenbezogene Daten erheben, verarbeiten oder nutzen wollen. Hier sollte klargestellt werden, dass nur die Vertragspartner der Krankenkassen gemeint sind (siehe Änderungsvorschlag unten).
- Die Möglichkeit der rückwirkenden Bereinigung wird begrüßt. Bezüglich der Regelungen zur Bereinigung der Gesamtvergütung wird auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 27 Buchstabe d) zu § 73b Abs. 7 verwiesen. Darüber hinaus sollte bezüglich der Bereinigung der Krankenhausbudgets auf die betreffenden Rechtsnormen (KHEntgG, BPfIV) verwiesen werden.

C Änderungsvorschlag

In Artikel 1, Nr. 69, § 140a, Abs. 1 werden nach Satz 2 folgende Sätze 3 und 4 eingefügt „Soweit die Versorgung der Versicherten nach diesen Verträgen durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 eingeschränkt. Satz 3 gilt nicht für die Organisation der vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten.“

In Artikel 1, Nr. 69, § 140a, Abs. 3 Streichung der Nr. 7 bei Fortbestand des § 73a (vgl. dazu Artikel 1 Nr. 26 zu § 73a)

In Artikel 1, Nr. 69, § 140a, Abs. 3 letzter Satz: Ersetzen des Wortes „integrierte“ durch das Wort „besondere“.

In Artikel 1, Nr. 69, § 140a, Abs. 3 sind die ersten beiden Sätze wie folgt zu fassen: „Die Teilnahme der Versicherten an der besonderen Versorgung ist freiwillig. Die Versicherten erklären ihre Teilnahme an der besonderen Versorgung schriftlich gegenüber ihrer Krankenkasse, wenn die Teilnahme für die Versicherten zu einer Einschränkung der freien Wahl der Leistungserbringer oder zu einer von der Regelversorgung abweichenden, andersartigen Versorgung führt, die diese ersetzt.“

In Artikel 1, Nr. 69, § 140a Abs. 5, Ergänzung des Wortlautes um die Worte „der Krankenkassen“: „(5) die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der für die Durchführung der Verträge nach Abs. 1 erforderlichen personenbezogenen Daten durch die Vertragspartner der Krankenkassen darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information der Versicherten erfolgen.“

In Artikel 1, Nr. 69, § 140a Abs. 6 Ergänzung um den Satz „Die Budgets der teilnehmenden Krankenhäuser sind entsprechend § 4 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG bzw. § 3 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3a BPfIV anzupassen.“

Bezüglich der Vorschläge zur Vereinfachung der Bereinigung der ambulanten Gesamtvergütung: siehe Änderungsvorschläge zu Artikel 1 Nr. 27 zu § 73b Abs. 7.

Zu Artikel 1 Nr. 70 § 140f SGB V

Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten

A Beabsichtigte Neuregelung

a) In Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 wird für die erweiterten Landesausschüsse nach § 116b Absatz 3 das Mitberatungsrecht auf Landesebene für die Patientenvertreter aufgenommen.

b) Ein neuer Absatz 7 wird aufgenommen: Die Patientenvertreter erhalten zukünftig Unterstützung für die Durchführung ihres Mitberatungsrechts auf Landesebene von den Landesausschüssen. Dies betrifft insbesondere die Übernahme von Reisekosten, Aufwandsentschädigung und Verdienstausfall für jährlich bis zu sechs Koordinierungs- und Abstimmungstreffen, Fortbildungen und Schulungen sowie die Durchführung des Benennungsverfahrens nach Absatz 3 Satz 4.“

B Stellungnahme

a)
Die Regelung ist sachgerecht. Mit der Ergänzung in § 140f Absatz 3 SGB V soll eine einheitliche Patientenbeteiligung in den erweiterten Landesausschüssen nach § 116b Absatz 3 sichergestellt werden. Die Regelung ist insofern konsequent, als die Patientenbeteiligung in allen vergleichbaren Gremien bereits besteht.

b)
Die Regelung ist abzulehnen.
Die Patientenbeteiligung auf Landesebene soll mit der Regelung weiter gestärkt werden. Die Wahrnehmung der Mitberatungs- und Stellungnahmerechte der auf Landesebene maßgeblichen Patientenorganisationen in den Landes-, Zulassungs- und Berufungsausschüssen, im gemeinsamen Landesgremium sowie bei der Aufstellung eines Bedarfsplans erfordert für die ehrenamtlich arbeitenden Vertreter sicherlich ein großes Engagement.

Allerdings beklagen die Bänkevertreter seit Jahren, dass die Beiträge der Patientenvertreter in nahezu allen Gremien nahezu ausnahmslos von Fachferne zu den Themen geprägt sind. Fundierte Argumentationen, die ein umfassendes Textverständnis oder Verständnis der Materie erkennen lassen, sind die Ausnahme.

Es wäre wünschenswert, dass Patientenvertreter auch von vornherein mit fachlicher Kundigkeit ausgestattet ihre Themen vertreten und eine weitere Perspektive einnehmen könnten. Die hier geplanten zusätzlichen „Entwicklungsmaßnahmen“ laufen leer wenn nicht gleichzeitig fachliche Anforderungen an die Vertreter in den Gremien gestellt werden. Auch zusätzliche Mittel werden nach unserer Erfahrung und Einschätzung keine Wirkung erzielen, wenn die Patientenvertreter nicht eigene Anforderungen an ihre Vertreter formulieren, so wie es der Gesetzgeber bereits in § 140f Abs. 2 Satz 1 vorschreibt: „die Organisationen benennen sachkundige Personen“.

C Änderungsvorschlag

§ 140 f Absatz 7 wird gestrichen.

Zu Artikel 1 Nr. 71 § 192 SGB V Fortbestehen der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch das Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes (TPGÄndG) vom 21.07.2012 wurde die bis dahin durch höchstrichterliche Rechtsprechung kodifizierte Absicherung von Lebendspendern gesetzlich geregelt. Die damit gesetzlich verankerten Leistungsansprüche für Lebendspender von Organen und Geweben nach dem Transplantationsgesetz sollen mit der im GKV-VSG geplanten Neuregelung gleichermaßen auch für Spender von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes Anwendung finden.

B Stellungnahme

Die mitgliedschaftsrechtliche Gleichstellung von Spendern, die vom Geltungsbereich des § 9 des Transfusionsgesetzes erfasst werden, ist sachgerecht.

Die in § 192 Absatz 1 Nr. 2a SGB V vorgesehene Klarstellung stellt in geeigneter Weise sicher, dass die Regelungen zum Fortbestehen der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger auch für Spender von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes Anwendung finden.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Zu Artikel 1 Nr. 72 § 217f Abs. 4a SGB V Richtlinie des GKV-SV zur Abgabe von Teilnahmeerklärungen in der besonderen Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-SV ist gesetzlich verpflichtet, allgemeinen Vorgaben zur Abgabe von Teilnahmeerklärungen in den besonderen Versorgungsformen in Form einer Richtlinie festzulegen. Mit der Änderung hebt der Gesetzgeber zum einen eine hinfällige Frist auf, zum anderen soll eine redaktionelle Anpassung an die Neufassung der besonderen Versorgung in § 140a SGB V erfolgen.

B Stellungnahme

Die Anpassung der Vorschrift ist sachgerecht. Allerdings dürfe es sich bei der neuen Angabe „§ 140a Abs. 3 Satz 1“ um ein redaktionelles Versehen handeln. Der korrekte neue Bezug ist „§ 140a Abs. 4 Sätze 6 und 7“. Für ein anderweitiges Verständnis der Vorschrift finden sich in der Begründung keine Anhaltspunkte.

C Änderungsvorschlag

Artikel 1, Nr. 72 ist wie folgt zu ändern:

In § 217f Absatz 4a Satz 1 werden die Wörter „bis zum 26. August 2013“ und die Wörter „, § 73c Absatz 2 Satz 7“ gestrichen und werden die Wörter „§ 140a Absatz 2 Satz 5“ durch die Wörter „§ 140a Absatz 4 Sätze 6 und 7“ ersetzt.

Zu Artikel 1 Nr. 75 § 221 Abs. 2 SGB V Finanzierung Innovationsfonds – Beteiligung LKK

A Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung sieht vor, dass der Bundeszuschuss für die Landwirtschaftlichen Krankenkasse in den Jahren 2016 bis 2019 um den Betrag gekürzt wird, den die Landwirtschaftlichen Krankenkassen zur Finanzierung des Innovationsfonds beitragen müssen. Bei der Rückführung nicht verausgabter Mittel des Innovationsfonds an die Krankenkassen werden nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds die landwirtschaftlichen Krankenkassen anteilig berücksichtigt.

B Stellungnahme

Die Verrechnung des Bundeszuschusses mit den von den Landwirtschaftlichen Krankenkassen aufzubringenden Mitteln für den Innovationsfonds stellt ein verwaltungstechnisch einfaches Verfahren dar. Die Anbindung der Innovationsfondsverwaltungs- und Finanzierung an das Gesundheitsfondszuweisungsverfahren wird allerdings kritisch gesehen. Auf unsere Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 40 § 92a Abs. 4 SGB V wird verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Keiner, siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 40 § 92a Abs. 4 SGB V.

Zu Artikel 1 Nr. 76 § 248 SGB V Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der gesetzlichen Anpassung soll eine Klarstellung erreicht werden, dass die zweimonatige Vorlaufzeit bei der erstmaligen Erhebung bzw. bei einer Erhöhung eines Zusatzbeitrages nur dann bei Versorgungsbezügen gilt, wenn die Beitragsabführung aus dem Versorgungsbezug durch die Zahlstelle erfolgt. Wird der Beitrag direkt von der Krankenkasse erhoben, gilt die zweimonatige Verzögerung nicht.

B Stellungnahme

Die Klarstellung ist sachgerecht. Durch die verzögerte Berücksichtigung von Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes könnten Problemen bei der Umsetzung der Beitragserhebung durch die differenzierte zeitliche Berücksichtigung des Zusatzbeitragssatzes bei unterschiedlichen Einkommensarten auftreten, von daher ist auf die zweimonatige Vorlaufzeit bei direkter Beitragserhebung durch die Krankenkassen bei Versorgungsbezügen zu verzichten.

C Änderungsvorschlag

Keiner

**Zu Artikel 1 Nr. 77 § 267 SGB V
Datenerhebung zum Risikostrukturausgleich**

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung ist eine redaktionelle Anpassung in Folge Artikel 1 Nr. 15 GKV-VSG (RegEntwurf).

B Stellungnahme

Die redaktionelle Anpassung ist richtig umgesetzt.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Zu Artikel 1 Nr. 78 § 270 SGB V Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für sonstige Ausgaben

A Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung sieht – nachweislich der Begründung - vor, dass die Ausgaben der Krankenkassen für Innovationsfondsprojekte als Satzungs- und Ermessensleistungen nach § 270 SGB V für die Gesundheitsfondszuweisungen berücksichtigt werden. Bei Ermittlung der zuweisungsfähigen Ausgaben für Innovationsfondsprojekte sind die Erstattungen, die Krankenkassen aus dem Innovationsfonds hierfür erhalten, in Abzug zu bringen.

B Stellungnahme

Die Neuregelung ist in Bezug auf die Verrechnung von Ausgaben und den diesen Ausgaben zugeordneten Erstattungen aus dem Innovationsfonds sachgerecht. Da durch den Innovationsfonds insbesondere neue Versorgungsformen für die Krankenbehandlung gefördert werden soll, ist die Zuordnung dieser Ausgaben zu den Satzungs- und Ermessensleistungen nur dem Aspekt der „Freiwilligkeit“ der Partizipation der Krankenkasse geschuldet. Sie unterscheiden sich aber grundlegend von den bestehenden Satzungs- und Ermessensleistungen, da den Innovationsfondsversorgungsprojekten ein Akkreditierungsverfahren unter Einbeziehung des Gemeinsamen Bundesausschusses vorausgeht. Weiter dienen die Innovationsfondsprojekte unmittelbar bzw. zumindest mittelbar der Versorgung von Patienten. Explizit wird im Rahmen von Artikel 40 darauf hingewiesen, dass die Innovationsprojekte sich an Versorgungsformen nach § 73ff SGB V und § 140a SGB V orientieren sollen, die im Gesundheitsfondszuweisungsverfahren nicht den Satzungs- und Ermessensleistungen, sondern den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben zugeordnet sind. Daher erscheint es sinnvoll, die Ausgaben für Innovationsfondsversorgungsformen (§ 92a Abs. 1 SGB V i.d.F. des GKV-VSG) nicht den Satzungs- und Ermessensleistungen sondern den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben im Rahmen des Gesundheitsfondszuweisungsverfahrens zuzuordnen.

C Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr. 78 wird die Begründung wie folgt gefasst.

„Aufwendungen der Krankenkassen für Leistungen der Krankenkassen im Rahmen von Innovationsvorhaben der Versorgungsforschung nach § 92a Absatz 2 sind als Aufwendungen für Satzungs- und Ermessensleistungen bei den Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen zu berücksichtigen. Durch die Ergänzung in § 270 Absatz 2 Satz 2 wird klargestellt, dass bei der Ermittlung der Zuweisungen für sonstige Ausgaben – wie bei der Ermittlung der Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben – jeweils nur die Nettoaufwendungen der Krankenkassen zu berücksichtigen sind. Bezogen auf die Aufwendungen der Krankenkassen für Innovationsvorhaben der Versorgungsforschung bedeutet dies zum Beispiel, dass in die Ermittlung der Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen nur die Ausgaben der Krankenkassen für Versorgungsforschung nach § 92a Absatz 1 einfließen dürfen, welche nicht durch Einnahmen aus dem Innova-

tionsfonds gedeckt sind. Eine Doppelfinanzierung der GKV-Aufwendungen für Versorgungsforschung im Rahmen von Innovationsvorhaben ist somit ausgeschlossen.“

Weiterhin erfolgt eine Neuregelung in Artikel 13.

Neu: Artikel 13, Nummer 1a

In § 4 Absatz 1 wird nach Nummer 13 folgende Nummer 14 neu eingefügt:

„Aufwendungen der Krankenkassen im Rahmen von neuen Versorgungsformen nach § 92a Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch.“

Begründung:

Die Ausgaben der Krankenkassen für neue Versorgungsformen nach § 92a Absatz 1 SGB V werden den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben zugeordnet. Es handelt sich hierbei um Leistungen, die im Rahmen der Weiterentwicklung der Versorgung durch Maßnahmen des Innovationsfonds gefördert werden. Durch § 266 Absatz 4 SGB V ist vorgegeben, dass die Erstattungen für Ausgaben nach § 92a Absatz 1 SGB V, die den Krankenkassen aus dem Innovationsfonds gezahlt werden, bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben in Abzug zu bringen sind.

Zu Artikel 1 Nr. 79 § 271 SGB V Gesundheitsfonds

A Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung sieht vor, dass in den Jahren 2016 bis 2019 jährlich 150 Mio. Euro der Liquiditätsreserve entnommen und dem Innovationsfonds zugeführt werden. Nicht durch den Innovationsfonds verbrauchte Mittel werden wieder der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt

B Stellungnahme

Die Regelung ist Teil einer verwaltungsökonomischen Lösung zur Finanzierung des Innovationsfonds. Hierdurch sinkt allerdings die Liquidität im Gesundheitsfonds. Deshalb ist es zu begrüßen, dass die vom Innovationsfonds nicht verausgabten Mittel wieder der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt werden.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Zu Artikel 1 Nr. 80 § 275 Abs. 4a SGB V Begutachtung und Untersuchung von Bundesbeamten durch den MDK

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass der Medizinische Dienst Bundesbeamte ärztlich untersuchen und ein ärztliches Gutachten anfertigen kann, sofern seine ihm obliegenden Aufgaben nicht beeinträchtigt werden. Die hierdurch entstehenden Kosten sind von der Bundesbehörde zu erstatten. Das Nähere über das Verfahren und die Höhe der Kosten-erstattung hat der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbandes und das Bundesministerium des Innern - unter Beteiligung der Medizinischen Dienste – zu vereinbaren. Die Medizinischen Dienste (MDK) legen diese Vereinbarung ihrer Aufsichtsbehörde vor, die der Vereinbarung innerhalb von drei Monaten widersprechen kann.

B Stellungnahme

Die Ausweitung der Zuständigkeit des MDK auf weitere Personenkreise außerhalb der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung ist systemfremd. Die beabsichtigte Neuregelung ist nur dann akzeptabel, wenn sichergestellt ist, dass die entstehenden Kosten vollumfänglich erstattet werden und die Beitragszahler nicht belastet werden.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Zu Artikel 1 Nr. 82 § 279 SGB V Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Verwaltungsrat eines Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) wird künftig nur noch zu zwei Dritteln von den Verwaltungsräten der Mitglieder gewählt. Ein Drittel des Verwaltungsrates wird vom Land bestimmt, und zwar jeweils zur Hälfte auf Vorschlag der für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden Angehörigen maßgeblichen Organisationen auf Landesebene und auf Vorschlag der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene. Die Zahl der höchst zulässigen Verwaltungsratsmitglieder steigt von 16 auf 18.

Künftig können hauptamtliche Mitarbeiter der Krankenkassen nicht mehr in den Verwaltungsrat gewählt werden.

B Stellungnahme

Die Neuregelungen werden abgelehnt, denn die bisherige Struktur und Arbeitsweise des MDK gewährleistet in höchstmöglichem Maße die Unabhängigkeit der Tätigkeit des Medizinischen Dienstes unter gleichzeitiger Berücksichtigung der Belange von Betroffenen, insbesondere Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen. Die vorgesehenen Neuregelungen gefährden diese bewährte Struktur und dürften im Ergebnis die Arbeitsweise des Verwaltungsrates des MDK erschweren.

Grundlage der Begutachtungstätigkeit im Bereich der Sozialen Pflegeversicherung sind die gesetzlichen und untergesetzlichen Normen, an deren Erstellung die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen gemäß § 118 SGB XI bereits heute beteiligt sind. Ihre spezifischen Belange und Erfahrungen können sie so in die Erarbeitung und Änderung von Richtlinien zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 17 SGB XI) und zur Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität (§ 114a Abs. 7 SGB XI) ebenso einbringen wie die Vertreter der Pflegeberufe. Darüber hinaus erfolgt eine Beteiligung der maßgeblichen Organisationen über die Landespflegeausschüsse gem. § 92 SGB XI.

Der Verwaltungsrat des MDK trifft gem. § 280 SGB V Beschlüsse zu Fragen von grundsätzlicher Bedeutung, die administrativen Charakter haben und lediglich der Umsetzung der vom GKV-Spitzenverband erlassenen Richtlinien und Empfehlungen dienen. Hierzu gehören insbesondere Finanz-, Personal- und Organisationsfragen des MDK. Die Einbeziehung der Betroffenenperspektive ist hierbei nicht von Belang. Wegen der gesetzlich vorgeschriebenen Unabhängigkeit der medizinischen Begutachtung durch die Ärzte des MDK (§ 275 Abs. 5 S. 1 SGB V), darf und wird eine veränderte Besetzung des Verwaltungsrates keinen Einfluss auf diese Unabhängigkeit haben. Selbst wenn durch die vorgesehene Neuregelung eine stärkere Loslösung des MDK von den ihm gem. § 278 SGB V gemeinsam tragenden Krankenkassen erzielt würde, hätte dies keinen Einfluss auf die

Begutachtungstätigkeit. Die Einzelfallbegutachtung erfolgt unabhängig, also auch ohne Beeinflussung durch den Verwaltungsrat. In diesem Zusammenhang ist von Bedeutung, dass die Letztentscheidungskompetenz bei der Pflegekasse liegt, eine solche bei dem einzelnen Gutachter also nicht vorhanden ist. Schon hieraus ergibt sich die notwendige Unabhängigkeit.

Darüber hinaus drohen Folgewirkungen für die GKV insgesamt, denn bisher werden Patientenvertreter nur in Gremien der *gemeinsamen* Selbstverwaltung, wie beispielsweise dem Gemeinsamen Bundesausschuss, beteiligt. Der MDK ist aber eine Arbeitsgemeinschaft, deren Trägerschaft ausschließlich bei den Krankenkassen liegt; entsprechende Folgeforderungen zur Beteiligung von Leistungserbringerorganisationen in anderen Selbstverwaltungsgremien und durch andere Leistungserbringerorganisationen dürften folgen.

Die vorgesehenen Neuregelungen unterscheiden nicht zwischen Themen der Pflegeversicherung und der Krankenversicherung. Die genannten Vertreter werden also künftig auch an Beratungen zu Belangen der gesetzlichen Krankenversicherung teilnehmen, obwohl sie hiervon überhaupt nicht betroffen sind. Je nach Ausgestaltung der Beteiligung auf Landesebene gem. § 279 Abs. 2 S. 6 SGB V (neu) werden also möglicherweise Vertreter der Privaten Krankenversicherung oder auch der Leistungserbringer diese Themen stimmberechtigt mitberaten. Ohnehin ist die Benennung der Verwaltungsratsmitglieder durch die Landesaufsichten nach den vorgesehenen Neuregelungen intransparent und führt zu zersplitterten Strukturen. Im Übrigen ist unklar, wer sich um eine Benennung durch die Landesbehörden bewerben kann. Es sind hierbei insbesondere Organisationen denkbar, die zumindest auch Pflegeeinrichtungen betreiben (wie z.B. kirchliche Träger), so dass Interessenkollisionen denkbar sind. Hier sollte eine Klarstellung erfolgen. In diesem Zusammenhang ist hervorzuheben, dass die Benennung einer „dritten Bank“ eine Durchbrechung des Grundsatzes der paritätischen Besetzung von Gremien der gesetzlichen Krankenversicherung ist, bzw. je nach Ausgestaltung auf Landesebene darstellen kann.

An der Einbeziehung des § 51 Abs.6 Nr.5 Buchstabe a SGB V in die Verweisungskette des § 279 Abs. 2 SGB V besteht kein Bedarf, da die in der Begründung genannte Stärkung der Unabhängigkeit des MDK hierdurch nicht erzielt wird. Auf Grund des beschriebenen Aufgabenportfolios des MDK-Verwaltungsrates ist es für die Unabhängigkeit der Begutachtungstätigkeit durch den MDK ohne Belang, ob einzelne Vertreter im Verwaltungsrat gleichzeitig Mitarbeiter einer die „Arbeitsgemeinschaft MDK“ tragenden Krankenkasse ist. Der Verwaltungsrat kann – wie dargestellt – die Begutachtungstätigkeit im Einzelfall nicht beeinflussen. Auf deren Unabhängigkeit hat die vorgesehene Neuregelung also keinen Einfluss.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Neuregelungen

Zu Artikel 1 Nr. 84 a) und b) § 284 SGB V Verwendung von Sozialdaten „besondere Versorgung“

A Beabsichtigte Neuregelung

§ 284 Abs. 1 regelt die Verwendung von Sozialdaten durch die Krankenkassen. In Nr. 13 wird die Formulierung an die Zusammenführung von einzelvertraglichen Rechtsgrundlagen zum neuen § 140a „Besondere Versorgung“ angepasst.

In Nr. 15 und 16 werden die Regelungen für das Entlassmanagement (§ 39 Absatz 1a) und für die Beratung und Hilfestellung bei Arbeitsunfähigkeit (§ 44 Absatz 4 Satz 1) aufgenommen.

Die jeweiligen Einwilligungserfordernisse bleiben von diesen Regelungen unberührt.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung bzw. ergänzende Folgeänderungen. Allerdings sollte in § 284 Abs. 1 Nr. 13: noch der Begriff „Vorbereitung“ aufgenommen werden. Es erschließt sich nicht, warum in Bezug auf Modellvorhaben auch die Vorbereitung einbezogen wird, nicht jedoch bei Verträgen zur hausarztzentrierten und der besonderen Versorgung.

Nach Abs. 3 wird geregelt, dass die“ rechtmäßig erhobenen und gespeicherten versichertenbezogenen Daten dürfen nur für die Zwecke der Aufgaben nach Abs. 1 in dem jeweils erforderlichen Umfang verarbeitet oder genutzt werden, für andere Zwecke, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuchs angeordnet oder erlaubt ist.“ Es dient der Klarstellung, wenn auch die Aufgabe der Vorbereitung von besonderen Versorgungsverträgen in Abs. 1 ausdrücklich erwähnt wird.

C Änderungsvorschlag

Zusätzlich zu der in Artikel 1 Nr. 84 Buchstabe a) genannten Änderung sollte im § 284 Abs. 1 Nr. 13 vor den Worten „Durchführung von Verträgen“ die Worte „Vorbereitung und“ eingefügt werden.

Zu Artikel 1 Nr. 84 c) § 284 SGB V

Erhebung und Speicherung von Sozialdaten für die Auswahl von Versicherten für Maßnahmen nach § 44 Abs. 4 SGB V und zu deren Durchführung

A Beabsichtigte Neuregelung

§ 284 Abs. 1 Satz 1 SGB V regelt die Erhebung, Speicherung und Verwendung von Sozialdaten durch die Krankenkassen. In der neuen Nr. 16 wird die Ergänzung im Hinblick auf die individuelle Beratung und Hilfestellung für Versicherte entsprechend des neuen Absatz 4 des § 44 SGB V vorgenommen.

B Stellungnahme

Die Ergänzung der Datenerhebungsbefugnisse um eine Nr. 16, die es ermöglicht, Versicherte für Maßnahmen nach § 44 Abs. 4 SGB V auszuwählen und die Maßnahmen durchzuführen, ist mit Blick auf die Änderungen in **Artikel 1 Nr. 13** folgerichtig, greift allerdings im Verhältnis zum ursprünglichen GKV-Gesetzesvorschlag (Erfüllung der Krankenkassen als Reha-Träger, Fallmanagementaktivitäten auch für andere Leistungen als Krankengeld, Datenerhebungsbefugnisse unbeschadet der Aufgaben des MDK) zu kurz.

C Änderungsvorschlag

Erweiterung des § 11 SGB V um einen Abs. 5; auf die Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 13 (§ 44 Abs. 4 SGB V) wird verwiesen.

Zu Artikel 1 Nr. 85 § 295 SGB V Abrechnung ärztlicher Leistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Im § 295 Abs. 1b wird jeweils das Wort „integrierten“ durch „besonderen“ ersetzt und jeglicher Hinweis auf den § 73c gestrichen.

B Stellungnahme

Folgeänderungen zu den Neuregelungen zu §§ 73b, 73 c und 140a.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Zu Artikel 1 Nr. 86 § 295a SGB V Abrechnungsbefugnis besondere Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

In § 295a werden die Datenübermittlungs- und Abrechnungsbefugnisse für Selektivverträge geregelt. Es handelt sich hier um eine redaktionelle Folgeänderung auf Grund der Zusammenführung von einzelvertraglichen Rechtsgrundlagen zum neuen § 140a „Besondere Versorgung“.

B Stellungnahme

Redaktionelle Folgeänderung zur Neufassung des §140a SGB V.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Zu Artikel Nr. 87 § 299 SGB V Möglichkeit zur Erhebung von Sozialdaten für Zwecke der Qualitätssicherung soll erweitert werden

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Möglichkeit, personenbezogene und nicht-pseudonymisierte Daten zum Zwecke der Qualitätssicherung zu erheben, nutzen oder zu speichern, soll durch die Neuregelung erweitert werden. Dem G-BA wird die Möglichkeit gegeben, hier in seinen Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen entsprechende Regelungen zu treffen. Weiterhin kann nach dem neuen Absatz 2 Satz 2 das Verfahren zur Pseudonymisierung der Daten auch auf eine von den Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und deren jeweiligen Verbänden räumlich, organisatorisch und personell getrennte Stelle übertragen werden, wenn das Verfahren für die Leistungserbringer einen unverhältnismäßig hohen Aufwand bedeuten würde. Auch hierzu hat der G-BA entsprechende Regelungen in seinen Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen zu treffen und die Gründe für eine Übertragung darzulegen.

B Stellungnahme

Die Neuregelung in § 299 Abs. 1 SGB V ermöglicht es dem G-BA in begründeten Fällen in seinen Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen von einer Pseudonymisierung der versichertenbezogenen Daten abzusehen. Zur Begründung wird im Gesetzentwurf angeführt, dass es Fälle gibt, in denen eine Pseudonymisierung auch nach dem heutigen Stand der Technik nicht oder nur mit Qualitätsverlusten möglich ist. Die Anforderungen die gestellt werden, damit der G-BA den Verzicht einer Pseudonymisierung normieren kann, sind dabei insgesamt sehr hoch und dürften damit auf Ausnahmen zu beschränken sein. Auch muss der G-BA die Gründe für seine Entscheidung in der jeweiligen Richtlinie, Beschluss oder Vereinbarung darlegen. Der Gesetzgeber erwartet vom G-BA implizit eine Abwägung zwischen den datenschutzrechtlichen Aspekten (Problematik, wenn Klardaten versandt werden bzw. mit diesen gearbeitet wird) auf der einen Seite und dem Erkenntnisgewinn zugunsten der Qualitätssicherung zum Nutzen der Patienten auf der anderen Seite. Die Neuregelung in Verbindung mit den zu treffenden Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen des G-BA geben den in § 299 Abs. 1 Satz 1 genannten Leistungserbringern in diesen Fällen dann die Möglichkeit eben diese Klardaten zu erheben, verarbeiten etc. Aufgrund der beschriebenen Risiken dürfte der Anwendungsbereich der neuen Vorschrift beschränkt sein. Die Erforderlichkeit ist jedenfalls auf Fälle beschränkt, in denen erst durch Verzicht auf eine Pseudonymisierung, die Arbeit erheblich erleichtert bzw. überhaupt erst ermöglicht wird.

Inwieweit von der Neuregelung durch den G-BA Gebrauch gemacht wird, bleibt abzuwarten, so dass die konkreten Vorteile für die Kassen derzeit nicht einzuschätzen sind.

C Änderungsvorschlag

Keiner

**Zu Artikel 1 Nr. 88 § 300 SGB V
Bereinigung**

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Bereinigung eines zwischenzeitlich aufgehobenen Paragraphen.

B Stellungnahme

Wie in der Begründung des Kabinettsentwurfs ausgeführt, handelt es sich um eine Bereinigung. § 84 Abs. 7a wurde zwischenzeitlich aufgehoben.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Zu Artikel 1 Nr. 89 § 305 Abs. 3 Satz 1 SGB V

Auskunft der Krankenkassen zu besonderen Versorgungsformen

A Beabsichtigte Neuregelung

In § 305 Abs. 3 ist die Auskunftspflicht der Krankenkassen geregelt. Es handelt sich hier um eine redaktionelle Folgeänderung auf Grund der Zusammenführung von einzelvertraglichen Rechtsgrundlagen zum neuen § 140a „Besondere Versorgung“.

B Stellungnahme

Die redaktionelle Änderungen zur Neufassung des § 140a SGB V wird begrüßt, sie reicht jedoch nicht aus, eine ausreichende Information von erkrankten und ggf. älteren Versicherten zu gewährleisten.

Krankenkassen sind gem. § 305 Abs. 3 Satz 1 SGB V verpflichtet, ihre Versicherten auf Verlangen umfassend über Leistungserbringer und Leistungen zu informieren. Eine umfassende Beratung des Versicherten stellt die Grundlage für die selbstbestimmte Inanspruchnahme des immer vielfältiger werdenden Leistungsangebots der Krankenkassen dar. In der Praxis stellt jedoch das Erfordernis der Initiative des Versicherten eine erhebliche Hürde bei der Realisierung der Patienten-Information über spezifische Versorgungsangebote dar. Ein Informationsverlangen kann nur geäußert werden, wenn dem Grunde nach bekannt ist, dass es ein bestimmtes Angebot gibt. Gerade für besondere neuartige medizinische Versorgungsangebote der Krankenkassen ist es deshalb im wohlverstandenen Interesse der Versicherten, wenn die Krankenkasse berechtigt ist, Versicherte – auch ohne explizites Verlangen – frühzeitig und proaktiv, z.B. auch telefonisch, anzusprechen und über solche Angebote zu informieren. Anderenfalls besteht die Gefahr, dass Patienten spezielle Versorgungsangebote nicht bzw. nicht rechtzeitig nutzen können, nur weil sie den Zugang zu den bereitgehaltenen, spezifischen Informationen nicht ausdrücklich verlangt haben. Klarstellend sollte daher das Recht der Krankenkassen ergänzend geregelt werden, ihre Versicherten ebenfalls vorab und in geeigneter Weise auf deren Informationsrechte nach den Sätzen 1 und 2 hinzuweisen.

C Änderungsvorschlag

Ergänzend zur Anpassung nach Artikel 1 Nr. 89 sollte folgende Klarstellung eingefügt werden:

Dem § 305 Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:

„Ebenfalls können die Krankenkassen ihre Versicherten vorab und in geeigneter Weise auf die Informationsrechte nach den Sätzen 1 und 2 hinweisen.“

Zu Artikel 1 Nr. 90 § 305a Satz 6 SGB V Daten über verordnete Arzneimittel bei besonderen Versorgungsformen

A Beabsichtigte Neuregelung

In § 305a Satz 6 ist geregelt, dass bei besonderen Versorgungsformen Leistungserbringer und Krankenkassen Daten über verordnete Arzneimittel nutzen können. Es handelt sich hier um eine redaktionelle Folgeänderung auf Grund der Zusammenführung von einzelvertraglichen Rechtsgrundlagen zum neuen § 140a „Besondere Versorgung“.

B Stellungnahme

Redaktionelle Änderungen zur Neufassung des § 140a SGB V.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 2 Nr. 1 § 35 SGB V Festbeträge für Arznei- und Verbandmittel

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich nach der Begründung um eine redaktionelle Folgeänderung zur Umstrukturierung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen, in deren Rahmen der Verweis aktualisiert wird.

B Stellungnahme

Keine

C Änderungsvorschlag

Keiner

Zu Artikel 2 Nr. 2 § 64a SGB V Modellvorhaben zur Arzneimittelversorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich nach der Begründung um eine redaktionelle Folgeänderung zur Umstrukturierung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen, in deren Rahmen der Verweis aktualisiert wird.

B Stellungnahme

Eine Regelungsnotwendigkeit stellt sich allerdings inzwischen nicht mehr dar.

Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung können Krankenkassen Modellvorhaben mit regionalen KVen und Apothekerverbänden schließen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände haben im Jahr 2011 ein Konzept zur Arzneimittelversorgung entwickelt. Mit dem am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetz hat der Gesetzgeber über den neu geschaffenen § 64a SGB V die Möglichkeit eröffnet, das Konzept in einem Modellversuch für gesetzlich versicherte Patienten zu verwirklichen.

Der aktuelle Regelungsvorschlag in § 140a SGB V zur Neustrukturierung der Möglichkeiten vor Krankenkassen, Verträge mit Leistungserbringern zu schließen, ist ebenso geeignet, Modellvorhaben in der Arzneimittelversorgung auch unter Beteiligung von Apotheken bzw. deren für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Organisationen auf Landesebene durchzuführen.

In Sachsen und Thüringen wurde zur Umsetzung dieses Konzeptes ein „Vertrag zu einem Modellvorhaben nach § 63 SGB V zur Optimierung der Arzneimittelversorgung in Sachsen und Thüringen (ARMIN)“ geschlossen, der als Rechtsgrundlage ebenfalls besser geeignet ist als der § 64a. Weitere Modellvorhaben bestehen derzeit nicht.

C Änderungsvorschlag

§ 64a SGB V ist überflüssig geworden und kann gestrichen werden.

Zu Artikel 2 Nr. 3 § 73b SGB V Hausarztzentrierte Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderungen der §§ 106 ff SGB V

B Stellungnahme

Keine

C Änderungsvorschlag

Keiner

Zu Artikel 2 – Nr. 4 § 79b neu SGB V Beratender Fachausschuss Psychotherapie

A Beabsichtigte Neuregelung

a)

Neue Regelung im Kabinettsentwurf: Die Berufung der Mitglieder des Fachausschusses Psychotherapie wird geändert. Zukünftig sollen die Vertreter der Ärzte überwiegend psychotherapeutisch tätig sein, darunter soll ein Arzt sein, der die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vertritt. Der Ausschuss besteht weiterhin aus fünf Psychologischen Psychotherapeuten und einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Vertretern der Ärzte in gleicher Zahl, die direkt aus den Mitgliedern der Vertreterversammlung gewählt werden.

b)

Die bisherige Regelung, nach der auch Mitglieder für den Fachausschuss auf Vorschlag der für die beruflichen Interessen maßgeblichen Organisationen von den zuständigen Aufsichtsbehörden auf Landes- und Bundesebene berufen werden können, entfällt.

B Stellungnahme

a)

Die Neuregelung wird abgelehnt.

Die veränderte Besetzung des Fachausschusses Psychotherapie ist aus Krankenkassensicht kritisch zu bewerten. Psychotherapie ist lediglich eine Behandlungsform für psychische Erkrankungen. Es wäre wünschenswert, wenn durch die Einbeziehung der ärztlichen Leistungserbringer sichergestellt wird, dass aus der Behandlungspraxis heraus das gesamte Spektrum psychischer Behandlungsmöglichkeiten in den entsprechenden Beratungen des Fachausschusses ausreichend vertreten werden kann. Da zukünftig nur noch überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte in den Fachausschuss Psychotherapie berufen werden können, wird eine Berufung für Psychiater nach den vorliegenden Abrechnungsdaten deutlich erschwert und weitere Versorgungsperspektiven damit unzureichend vertreten. Sie verdeutlicht die aktuelle Diskussion zur Überarbeitung der Richtlinien-therapie in den unterschiedlichen Sichtweisen der Berufsverbände. Sie zeigen, dass beispielsweise die Möglichkeiten für die Einrichtung eines Sprechstundenangebotes oder die Bemessung von Therapiekontingenten je nach berufspolitischem und fachlichem Hintergrund völlig unterschiedlich eingeschätzt werden.

C Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung „überwiegend“ in § 79 b.

Ggf. sollten Psychiater zusätzlich oder anteilig in angemessener Anzahl als Vertreter der Ärzteschaft benannt werden.

Zu Artikel 2 Nr. 5 § 84 SGB V

Entfall einer bundesgesetzlichen Vorgabe zu Richtgrößenvereinbarungen (Arznei- und Heilmittel)

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber greift das Vorhaben zur Regionalisierung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Koalitionsvertrag auf und streicht im Zusammenhang mit der generellen Neuordnung der Wirtschaftlichkeitsprüfung die bundesgesetzlichen Regelungen zu den Arznei- und Heilmittelrichtgrößenvereinbarungen.

B Stellungnahme

Abs. 4

Zusätzlich zu den vorgesehenen Maßnahmen wird eine Änderung des Abs. 4 vorgeschlagen. Ziel der vorgeschlagenen Neuregelung ist die Erweiterung des Gestaltungsspielraums auf Landesebene. Um dies zu unterstreichen, wird vorgeschlagen, die Regelungen in Abs. 4 zu erweitern. Damit wird der Einsatz der vorhandenen Steuerungsinstrumente flexibilisiert. Insbesondere für die Kassenärztlichen Vereinigungen besteht dadurch die Möglichkeit, ihre Mitglieder von individuellen Prüfungen zu entlasten, wenn die kollektiven Maßnahmen greifen.

Abs. 6

Die Verpflichtung der Vertragspartner auf Landesebene, arztgruppenspezifische fallbezogene Richtgrößen zu vereinbaren, soll nunmehr entfallen. Diese Vereinbarungen werden durch Vereinbarungen gem. § 106 b SGB V abgelöst. Die geltende Regelung sieht sehr konkrete aber auch starre Vorgaben für die Vertragspartner vor. Hierdurch wurde sichergestellt, dass auf Landesebene Blockadesituationen überwunden werden konnten, allerdings um den Preis der Konservierung eines zunehmend untauglichen Modells der Verordnungssteuerung, das in den letzten Jahren durch zahlreiche Anpassungen zunehmend geschwächt wurde. Die Streichung der Regelungen in § 84 Abs. 6 SGB V kann daher grundsätzlich mitgetragen werden, allerdings ist im neuen § 106 b SGB V, anders als bisher vorgesehen, ein inhaltlicher Rahmen, in dem sich der regionale Gestaltungsspielraum entfalten kann, vorzusehen, um zu verhindern, dass auf Landesebene neue Blockadesituationen entstehen (siehe Änderungsvorschlag in § 106 b Abs. 1). Daher sollte folgende Neufassung aufgenommen werden. Diese lässt der regionalen Ebene den gewünschten Gestaltungsspielraum und verhindert Blockaden bei der Umsetzung.

Bei den übrigen Änderungen handelt es sich um Folgeänderungen des Wegfalls der Richtgrößenvereinbarungen. Insbesondere werden in § 84 Abs. 7 neu 3 Satz 4-6 SGB V die bundesgesetzlichen Regelungen zur Vereinbarung bundeseinheitlicher Praxisbesonderheiten für die Verordnung von Heilmitteln gestrichen, diese tauchen allerdings im Kabinettsentwurf im § 106 b SGB V wieder auf. Die Abkehr von der sachlogischen Streichung bundeseinheitlicher Vorgaben zu Praxisbesonderheiten bei Heilmitteln wird kritisch gesehen.

Weiterhin wurde das Inkrafttreten des Wegfalls der Richtgrößen auf den 01.01.2017 verschoben. Somit ist sichergestellt, dass eine Richtgrößenprüfung durch die Vereinbarung von Richtgrößen für die Jahre 2015 und 2016 rechtssicher durchgeführt werden kann.

C Änderungsvorschlag

§ 84 Abs. 4 SGB V ist wie folgt zu ergänzen:

„Werden die Zielvereinbarungen nach Absatz 1 Nr. 2 erfüllt oder verbessert sich die Kassenärztliche Vereinigung im Vergleich zu den übrigen Kassenärztlichen Vereinigungen wesentlich, können die beteiligten Krankenkassen auf Grund einer Regelung der Parteien der Gesamtverträge auch unabhängig von der Einhaltung des vereinbarten Ausgabenvolumens nach Absatz 1 Nr. 1 einen vereinbarten Bonus an die Kassenärztliche Vereinigung entrichten. In den Verträgen kann auch vereinbart werden, dass bei Einhaltung des vereinbarten Ausgabenvolumens und/oder der vereinbarten Ziele gem. § 84 Abs. 1 oder gem. § 106 b Abs. 1 oder einer wesentlichen Verbesserung der Kassenärztlichen Vereinigung im Vergleich zu den übrigen Kassenärztlichen Vereinigungen eine individuelle Prüfung der Vertragsärzte gemäß § 106 b nicht oder nur eingeschränkt erfolgt.“

§ 84 Abs. 6 wird wie folgt neu gefasst:

„Die Vertragspartner nach Abs. 1 vereinbaren bis zum 15. November für das jeweils folgende Kalenderjahr zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung arztgruppenspezifische Orientierungswerte bzw. –ziele für das auf das Kalenderjahr bezogene Volumen der je Arzt verordneten Leistungen nach § 31 (Orientierungsvolumen) . Die Orientierungswerte und –ziele leiten den Vertragsarzt bei seinen Entscheidungen über die Verordnung von Leistungen nach § 31 nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot. Orientierungsziele beziehen sich insbesondere auf die Wirkstoffauswahl und die Wirkstoffmenge, im jeweiligen Anwendungsgebiet. Dafür sind insbesondere für Wirkstoffe und Wirkstoffgruppen Verordnungsanteile und Wirkstoffmengen in den Anwendungsgebieten für Vergleichsgruppen von Ärzten zu bestimmen. Dabei sind Regelungen für alle Anwendungsgebiete zu treffen, die für die Versorgung und die Verordnungskosten in der Arztgruppe von Bedeutung sind. Orientierungsziele sind unter Beachtung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 und unter Einschluss, der Vereinbarungen nach den §§ 84, 130 a Abs. 8, 130b, 130c und der Hinweise nach § 73 Absatz 8 zu treffen. Orientierungswerte sollen insbesondere für die Arztgruppen vereinbart werden, für deren Anwendungsgebiete Orientierungsziele sich nicht in ausreichender Weise bestimmen lassen. Orientierungswerte- und -ziele sind unter Berücksichtigung der Arzneimittelvereinbarung nach Abs. 1 zu vereinbaren. Insbesondere für die Vereinbarung der Orientierungswerte vereinbaren die Vertragspartner ausreichend homogene Arztgruppen. Die für die Arztgruppenbildung erforderlichen Informationen zu den relevanten Tätigkeitsschwerpunkten eines Arztes liefern die Vertragspartner an die Prüfungsstelle zur Aufbereitung und Analyse und zur Weiterleitung an die Vertragspartner. Diese sind bei der Vereinbarung zugrunde zu legen. Die Überschreitung von Orientierungszielen und –werten löst eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 b aus. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 für das Jahr 2016 nicht zustande, gelten die für das Jahr 2015 vereinbarten Richtgrößen weiter und sind Grundlage für die Prüfung nach den hierfür für das Jahr 2015 vorgesehenen Regelungen.“

**Artikel 2 Nr. 6 § 106 SGB V
Wirtschaftlichkeitsprüfung**

Siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 47 § 106b SGBV

Zu Artikel 2 Nr. 7 § 106a (neu) SGB V Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen der Neustrukturierung der Wirtschaftlichkeitsprüfung im Sozialgesetzbuch V werden die die ärztlichen Leistungen betreffenden Regelungen in den § 106a-neu überführt. § 106a-neu enthält die Vorschriften zur Zufälligkeitsprüfung ärztlicher Leistungen, die bisher in § 106 Abs. 2, 2a, 2b, 3 und 3a geregelt waren.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine Zusammenfassung bestehender Regelungen zur Zufälligkeitsprüfung ärztlicher Leistungen aus diversen Absätzen des bisherigen § 106 unter dem § 106a. Inhaltlich ergeben sich keine Änderungen zum bisherigen Prüfverfahren.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 2 Nr. 8 § 106c (neu)
Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 47 § 106b SGBV

**Zu Artikel 2 Nr. 9 § 106d neu SGB V
Änderung Abrechnungsprüfung**

A Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige § 106a wird § 106d.

B Stellungnahme

Folge der Neufassung des § 106a-neu im Zusammenhang mit der Neuregelung der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Zu Artikel 2 Nr. 10 § 113 Abs. 4 SGB V Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Krankenhausbehandlung

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Neufassung des § 117 SGB V und des § 119 SGB V. Die hier benannten Leistungserbringer sollen im Hinblick auf Wirtschaftlichkeit und Qualität in analoger Anwendung der für die Prüfung geltenden Regelungen geprüft werden.

B Stellungnahme

Die Änderungen werden grundsätzlich begrüßt. Die vorgeschlagene Änderung stellt zusätzlich klar, dass sowohl die ärztlichen Leistungen als auch die ärztlichen Verordnungen in diesen Fällen den Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch die Prüfungsstellen nach § 106 c SGB V unterliegen.

C Änderungsvorschlag

Zusätzlicher Anpassungsbedarf:

In § 113 Abs. 4 werden die Worte „von den Krankenkassen“ gestrichen.

**Zu Artikel 2 Nr. 11 § 116b Abs. 7 Satz 7 SGB V
Ambulante spezialfachärztlichen Versorgung**

A Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderungen der §§ 106 ff SGB V

B Stellungnahme

Entfällt

C Änderungsvorschlag

Keiner

Zu Artikel 2 Nr. 12 § 130b SGB V Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Verordnung eines Arzneimittels mit Vereinbarung nach § 130b SGB V in jedem Fall als Praxisbesonderheit anzuerkennen, wenn dies nach § 130b Abs. 2 SGB V vereinbart ist.

B Stellungnahme

Mit dem Wegfall der Richtgrößenprüfung und der gewünschten Regionalisierung der Wirtschaftlichkeitsprüfung hat der Gesetzgeber den Vertragspartnern vor Ort es überlassen, ein eigenes Verständnis zur Betrachtung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit umzusetzen. Der statistische Auffälligkeitsindikator „Richtgröße“ wurde abgeschafft. Unter diesen Bedingungen ist ein Festhalten an bundeseinheitlich vereinbarten Praxisbesonderheiten nicht mehr sinnvoll, zumal entsprechende Arzneimittel ggf. ohnehin nach der Vereinbarung nach § 130b nur als Praxisbesonderheiten in bestimmten Anwendungsgebieten definiert wurden.

C Änderungsvorschlag

Entfall von Artikel 2 Nr. 8 § 130b SGB V

Zu Artikel 2 Nr. 13 § 130c SGB V Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten

A Beabsichtigte Neuregelung

Unabhängig davon, für welche Ausgestaltung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlich verordneter Leistungen sich die Landesvertragspartner gemäß § 106b Abs. 1 Satz 1 – neu – entscheiden, ist die Verordnung eines Arzneimittels in jedem Fall als Praxisbesonderheit anzuerkennen, wenn dies nach § 130c Abs. 4 vereinbart ist.

B Stellungnahme

Redaktionelle Änderung

C Änderungsvorschlag

Keiner

Zu Artikel 2 Nr. 15 § 274 SGB V
Prüfung der Krankenkassen und ihrer Verbände

A Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderungen der §§ 106 ff SGB V

B Stellungnahme

Entfällt

C Änderungsvorschlag

Keiner

**Zu Artikel 2 Nr. 16 § 275 Abs. 1b SGB V
Änderungen zu Verweisen zu Vorschriften der Wirtschaftlichkeitsprüfung**

A Beabsichtigte Neuregelung

In §275 werden Verweise auf die Zufälligkeitsprüfungen gemäß §106a Abs. 1 NEU und die Vertragspartner auf Landesebene gemäß §106 Abs. 1 Satz 2 NEU angepasst.

B Stellungnahme

Folgeänderungen zu der Neustrukturierung der §106 bis 106d.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Zu Artikel 2 Nr. 17 § 284 SGB V
Sozialdaten bei den Krankenkassen

A Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderungen der §§ 106 ff SGB V

B Stellungnahme

Entfällt

C Änderungsvorschlag

Keiner

Zu Artikel 2 Nr. 18 § 285 SGB V
Personenbezogene Daten bei den KVen

A Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderungen der §§ 106 ff SGB V

B Stellungnahme

Entfällt

C Änderungsvorschlag

Keiner

Zu Artikel 2 Nr. 19 § 296 SGB V Datenlieferungen der KVen und der Krankenkassen an die Prüfungsstellen aufgrund von Auffälligkeitsprüfungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund der gesetzlichen Neuregelungen passt der Gesetzgeber die entsprechenden Regelungen zur Datenlieferung der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen an die Prüfungsstellen redaktionell an.

B Stellungnahme

Gegenüber dem Referentenentwurf, der gravierende Einschnitte der Datenlieferungen an die Prüfungsstellen vorsah (u.a. Wegfall der Berechtigung zur Übermittlung von Befunden durch die Ärzte oder auch Wegfall der Möglichkeit Diagnosen zu liefern) wurden die entsprechenden Regelungen wieder aufgenommen und redaktionell an die neu formulierten §§ 106 ff SGB V angepasst. Dieser Schritt wird ausdrücklich begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner

**Zu Artikel 2 Nr. 20 § 297 SGB V
Datenlieferungen der KVen und der Krankenkassen an die Prüfungsstellen
aufgrund von Zufälligkeitsprüfungen**

A Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund der gesetzlichen Neuregelungen passt der Gesetzgeber die entsprechenden Regelungen zur Datenlieferung der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen an die Prüfungsstellen redaktionell an.

Weiterhin konkretisiert er in § 297 Abs. 4 den Umfang von Arzneimittel- und Krankenhausdaten

B Stellungnahme

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen. Der Konkretisierung in § 297 Abs. 4 SGB V kann zugestimmt werden.

C Änderungsvorschlag

Keiner

**Zu Artikel 2 Nr. 21 § 304 SGB V
Datenaufbewahrung bei Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und
Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse**

A Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund der gesetzlichen Neuregelungen passt der Gesetzgeber die entsprechenden Regelungen zur Datenaufbewahrung bei Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse redaktionell an.

B Stellungnahme

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 3 Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 3 §§ 26 und 312 SGB III

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch das Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes (TPGÄndG) vom 21.07.2012 wurde die Absicherung von Lebendspendern gesetzlich geregelt. Die damit gesetzlich in §§ 26 und 312 SGB III verankerten Regelungen für Lebendspender von Organen und Geweben nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes zur Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung und den Ansprüchen auf Ausstellung von Arbeitsbescheinigungen gegenüber den Arbeitgebern sollen mit der im GKV-VSG geplanten Neuregelung gleichermaßen auch für Spender von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes Anwendung finden.

B Stellungnahme

Die Gleichstellung von Spendern, die vom Geltungsbereich des § 9 des Transfusionsgesetzes erfasst werden, hinsichtlich ihrer Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung und bzgl. der Ansprüche auf Ausstellung von Arbeitsbescheinigungen gegenüber den Arbeitgebern ist sachgerecht.

Die in §§ 26 und 312 SGB III vorgesehene Klarstellung stellt dies in geeigneter Weise sicher.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 4 Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 4 §§ 3, 166, 170 SGB VI

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch das Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes (TPGÄndG) vom 21.07.2012 wurde die Absicherung von Lebendspendern gesetzlich geregelt. Die damit gesetzlich in §§ 3, 166, 170 SGB VI verankerten Regelungen für Lebendspender von Organen und Geweben nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes zur Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Rentenversicherung, zur Bestimmung der Beitragspflichtigen Einnahmen und zur Beitragstragung sollen mit der im GKV-VSG geplanten Neuregelung gleichermaßen auch für Spender von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes Anwendung finden.

B Stellungnahme

Die Gleichstellung von Spendern, die vom Geltungsbereich des § 9 des Transfusionsgesetzes erfasst werden, hinsichtlich ihrer Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Rentenversicherung, zur Bestimmung der Beitragspflichtigen Einnahmen und zur Beitragstragung ist sachgerecht.

Die in §§ 3, 166, 170 SGB VI vorgesehene Klarstellung stellt dies in geeigneter Weise sicher.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 6 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu Artikel 6 § 4 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG Bereinigung Krankenhausbudgets

A Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Änderung infolge der Neufassung von §§ 140a bis 140d SGB V in § 140a SGB V-neu.

B Stellungnahme

Folgeänderung zur Bündelung der (Selektiv-)Vertragskompetenzen der Krankenkassen in § 140a SGB V.

Gemäß § 64 Abs. 3 SGB V sind Krankenhausbudgets auch für Modellvorhaben nach § 63 SGB V zu bereinigen. In § 3 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3a BPfIV wird auf die Bereinigung für diese Versorgungsformen verwiesen, in § 4 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG scheint dies vergessen worden zu sein. Die redaktionelle Anpassung wäre entsprechend zu ergänzen.

C Änderungsvorschlag

In § 4 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG werden die Wörter „Vergütung nach § 140c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die integrierte Versorgung“ durch die Wörter „Entgelte nach § 63 Fünften Buches Sozialgesetzbuch für Modellvorhaben und § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die integrierte Versorgung“ ersetzt.

Artikel 7 Änderung des Entgeltfortzahlungsgesetzes

Zu Artikel 7 Nr. 1 § 3a EFZG

Leistungsanspruch von Lebendspendern von Blut zur Separation von Blutstammzellen und anderen Blutbestandteilen

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch das Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes (TPGÄndG) vom 21.07.2012 wurde die Absicherung von Lebendspendern mit § 27 Abs. 1a SGB V geregelt. Die damit gesetzlich verankerten Leistungsansprüche für Lebendspender von Organen und Geweben nach dem Transplantationsgesetz sollen mit der geplanten Neuregelung auch für Spender von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes Anwendung finden.

B Stellungnahme

Der Gesetzgeber stellt mit dem Kabinettsbeschluss zum GKV-VSG klar, dass die erweiterten Regelungen des § 3a Entgeltfortzahlungsgesetz zur Absicherung der Lebendspender auch für Spender von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes Anwendung finden. Diese gesetzliche Neuregelung wird unterstützt. Damit wird die bereits bestehende Auffassung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene gesetzlich bestätigt.

Die verwaltungstechnische Umsetzung und Abwicklung der Leistungsansprüche der Spender von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen aus § 3a EntgFG weist dabei gegenüber der Abwicklung bei Lebendspendern von Organen und Geweben Besonderheiten auf, die in den Anpassungsvorschlägen des Kabinettsbeschlusses allerdings noch nicht berücksichtigt wurden.

Zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, dem Zentralen Knochenmarkspenderregister (ZKRD) und den Vertretern der Knochenmarkspenderdateien besteht eine „Vereinbarung über die nationale und internationale Suche nach nichtverwandten Spendern von Blutstammzellen aus Knochenmark oder peripherem Blut“ in Fortführung eines Modellprojekts aus dem Jahr 1993. Zu den Aufgaben der Knochenmarkspenderdateien gehört u.a. die Betreuung der Spender. Im Falle der tatsächlichen Entnahme werden freiwillige Ausgleichszahlungen für anfallende Kosten im Zusammenhang mit der Spende (z. B. für Fahrkosten und Verdienstausschlag) an die Spender geleistet. Darüber hinaus haben der Spender und dessen Arbeitgeber unmittelbare Rechtsansprüche auf Leistungen der Krankenbehandlung bzw. der Erstattung der Entgeltfortzahlung nach § 3a EntgFG gegenüber der Krankenkasse des Empfängers. Im Interesse einer bestmöglichen Wahrung der Anonymität der Spender von Blutstammzellen aus Knochenmark oder peripherem Blut und einer verwaltungseinfachen Umsetzung des Verfahrens erscheint es sinnvoll, weiterhin neben der Erstattung von Fahrtkosten (s. hierzu Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 6) – entsprechend dem sich aus § 60 SGB V ergebenden Umfang – auch die Erstattung des Verdienstausschlages durch Dritte zu ermöglichen. Zwar lässt §

197b SGB V eine Aufgabenerledigung durch Dritte grundsätzlich zu, ein Erlass von Verwaltungsakten, wie er zur Gewährung von Fahrkostenersatz und der Erstattung der Entgeltfortzahlung an Arbeitgeber erforderlich ist, bedarf jedoch aufgrund der Regelung des § 88 Abs. 3 SGB X i.V.m. § 197b Satz 3 SGB V einer gesetzlichen Grundlage.

Es wird vorgeschlagen, hierfür analog der Anpassungsvorschläge in Art 1 Nr. 6 GKV-VSG (§ 27 Abs. 1a SGB V) eine Grundlage im EntgFG zu schaffen. Hierbei handelt es sich um eine sachgerechte Erweiterung des Anspruchs auf Entgeltfortzahlung, die der Klarstellung zur Erweiterung der Leistungsansprüche nach § 27 Abs. 1a SGB V (vgl. Art. 1, Nr. 6) folgt. Es wird vorgeschlagen, hierfür eine Grundlage in § 3a EntgFG zu schaffen.

C Änderungsvorschlag

Artikel 7 wird wie folgt ergänzt:

4. In § 3a Absatz 2 EntgFG werden folgende neue Sätze 2 und 3 eingefügt: "Im Zusammenhang mit der Spende von Knochenmark (§§ 8 und 8a Transplantationsgesetz) oder Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen (§ 9 Transfusionsgesetz) kann die Erstattung nach Satz 1 einschließlich der Befugnis zum Erlass der hierzu erforderlichen Verwaltungsakte auf Dritte übertragen werden. Das Nähere kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den für die nationale und internationale Suche nach nichtverwandten Spendern von Blutstammzellen aus Knochenmark oder peripherem Blut maßgeblichen Organisationen vereinbaren."
5. Die bisherigen Sätze 2 bis 6 werden die Sätze 4 bis 8.

Artikel 9 und 10 Änderung des Kranken- und Altenpflegegesetzes

Zu Artikel 9 und 10 Nr. Nrn.1 bis 2 § 4

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass zum einen der Erwerb der zusätzlichen Kompetenzen zur Berechtigung für die Übernahme heilkundlicher Aufgaben auch an Hochschulen abgeleistet werden kann. Auch wird klargestellt, dass Personen in das Modellvorhaben eingeschlossen werden können, die bereits über eine abgeschlossene Ausbildung zur Alten- oder Gesundheitspflegerin verfügen. Zum anderen wird verdeutlicht, dass die staatliche Prüfung sich auf die erweiterten Kompetenzen erstreckt.

Zur Verschlinkung des bisherigen Verfahrens für die Durchführung von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3 SGB V ist vorgesehen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss die Möglichkeit erhält, für die zusätzliche Ausbildung standardisierte Ausbildungsmodulare unter Beteiligung pflegewissenschaftlichen und pflegepädagogischen Sachverständigen zu entwickeln.

Sie sind einmalig vom BMG und BMFSFJ zu genehmigen.

B Stellungnahme

Es wird begrüßt, dass der Gesetzgeber an dem Modellvorhaben zur Erprobung neuer Formen der Zusammenarbeit von Gesundheitsprofessionen festhält und das Verfahren zum Erwerb der qualifikatorischen Voraussetzungen, bundesweit einheitliche Vorgaben zu den Ausbildungsinhalten über den G-BA festzulegen und einmalig vom BMG und BMFSFJ genehmigen zu lassen, mit der Neuregelung erleichtert. Die Beteiligung pflegewissenschaftlichen und pflegepädagogischen Sachverständigen bei der Erfüllung des G-BA-Auftrages ist sachlich nachvollziehbar und legitimiert das Verfahren, das bereits bei der Umsetzung des gesetzlichen Auftrages zur Erstellung einer Richtlinie für die Heilkundeübertragung durch PfwG implementiert wurde.

Für die Umsetzung der Modellvorhaben bestehen jedoch derzeit Hürden, die mit der Neuregelung nicht nivelliert werden. Zum einen werden neu examinierte Pflegefachkräfte für die Erprobung der Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten zugelassen, ohne dass diese ausreichende praktische Erfahrungen (z.B. in der Patientenbeobachtung, in der Übernahme von delegierfähigen ärztlichen Leistungen) vorweisen. Ob das vor dem Hintergrund der Übernahme fachlicher und rechtlicher Kompetenzen zu verantworten ist, ist weiterhin – auch wenn die zusätzlichen Kompetenzen an Hochschulen erworben werden – zu hinterfragen. Zum anderen werden die Pflegefachkräfte, die bereits eine abgeschlossene Berufsausbildung zum Gesundheits- oder Altenpfleger haben, nur zum Modellvorhaben zugelassen, wenn sie die weiteren Kompetenzen im Rahmen der Ausbildung erwerben. Der Zugang für bereits berufstätige Pflegefachkräfte wird dadurch erheblich erschwert; letztendlich ist dies nicht praxistauglich. Die Möglichkeit, diese Kompetenzen im Rahmen einer Zusatzqualifikation zu erwerben, scheidet derzeit nicht zuletzt an dem Umstand, dass es hierfür keine einheitlichen Rahmenbedingungen, ggf. über ein

Weiterbildungsgesetz analog dem Kranken- und Altenpflegegesetz gibt. Im Rahmen der anstehenden Pflegeberufereform könnte eine Lösung dieses Problems avisiert werden.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 12 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Zu Artikel 12 Nr. 1-3 BPfIV

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Bundespflegesatzverordnung wird dahingehend geändert, dass in § 3 Absatz 2 Satz 3 Nummer 3 Buchstabe b und in § 4 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 Buchstabe c die Wörter „Integrationsverträgen nach § 140b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ durch die Wörter „Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt werden. In der Anlage wird in Abschnitt B1, laufende Nummer 6, und in Abschnitt B2, laufende Nummer 8, jeweils das Wort „Integrationsverträge“ durch die Wörter „integrierte Versorgung“ ersetzt.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Bündelung der Vertragskompetenzen der Krankenkassen in § 140a SGB V.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 13 Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Zu Artikel 13 § 44 RSAV

Aufzubringende Mittel der Krankenkassen für den Innovationsfonds

A Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung sieht vor, dass die Zuweisungen der Krankenkassen nach Zahl ihrer Versicherten pauschal gekürzt werden. Die Summe der Kürzungsbeträge in der GKV muss der Höhe der von den Krankenkassen aufzubringenden Mittel zur Finanzierung des Innovationsfonds im Geschäftsjahr entsprechen. Die Zuweisungskürzung wird dabei im Abschlagsverfahren berücksichtigt und im Jahresausgleich spitzabgerechnet.

B Stellungnahme

Es handelt sich um verwaltungstechnisch einfaches Verfahren zur Aufbringung der Mittel für den Innovationsfonds, die von den Krankenkassen zu tragen sind. Für die grundsätzliche Kritik und mögliche Alternative zu diesem Verfahren wird auf unsere Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 40 verwiesen.

Davon unabhängig ist die Berechnung von versichertenbezogenen Kürzungsbeträgen nicht wettbewerbsneutral. Die mit GKV-FQWG ab 2015 geltenden Regelungen zum Einkommensausgleich sehen vor, dass Zusatzbeiträge nur von Mitgliedern erhoben werden können. Dementsprechend können die Kürzungsbeträge im Sinne des Artikels 13 auch nur von den Mitgliedern finanziert werden. Die von Krankenkasse zu Krankenkassen verschiedenen Anteile der Mitglieder an den Versicherten einer Krankenkasse führen zu unterschiedlich hohen Belastungen der Mitglieder. Die Aufbringung der Finanzmittel der Krankenkassen für den Innovationsfonds muss daher auf der Kalkulationsgrundlage von Mitgliedern erfolgen.

C Änderungsvorschlag

In Artikel 12 ist § 44 Absatz 1 RSAV wie folgt zu fassen:

„Das Bundesversicherungsamt ermittelt für die in § 92a Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Jahre für jede Krankenkasse für das jeweilige Jahr den von dieser zu tragenden Anteil zur Finanzierung des Innovationsfonds, indem es jeweils den sich aus § 92a Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Krankenkassen ergebenden Betrag durch die Zahl der Mitglieder aller Krankenkassen teilt und danach das Ergebnis mit der Zahl der Mitglieder der Krankenkasse vervielfacht.“

Der dritte Absatz der Begründung ist wie folgt zu fassen:

„Für jede Krankenkasse errechnet sich der von ihr zu tragende jährliche Förderbetrag, indem der auf die Krankenkassen insgesamt entfallende Finanzierungsanteil nach § 92a

Absatz 4 SGB V – neu – (in Höhe von 150 Millionen Euro jährlich) durch die Mitglieder aller Krankenkassen geteilt und mit den Mitgliedern der einzelnen Krankenkassen multipliziert wird. Durch die Gewichtung mit den Mitgliedern wird dabei gewährleistet, dass die einzelnen Krankenkassen entsprechend der Anzahl der bei ihnen jeweils versicherten Mitgliedern an der Finanzierung des Innovationsfonds beteiligt werden.“

Artikel 14 Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Zu Artikel 14 Nr. 1 § 24 ZVO Verlegung einer genehmigten Anstellung

A Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 7 der ZVO regelt, dass der Zulassungsausschuss den Antrag eines Vertragsarztes auf Verlegung nur genehmigen darf, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen.

Neu wird folgender Satz angefügt: „Entsprechendes gilt für die Verlegung einer genehmigten Anstellung“.

B Stellungnahme

Die Neuregelung wird begrüßt.

Die Regelung wurde für Verlegungsanträge geschaffen, die angestellte Ärzte in MVZs in gleicher Trägerschaft betreffen. Es sollten gleiche Bedingungen zu niedergelassenen Vertragsärzten bei Sitzverlegung hergestellt werden. Danach ist die Verlegung nur dann zulässig, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Zu Artikel 14 Nr. 2 § 32 Abs. 3 ZVO**Vertreter, Assistenten, angestellte Ärzte und Berufsausübungsgemeinschaft****A Beabsichtigte Neuregelung**

Es geht um die Vergrößerung der Kassenpraxis wg. Weiterbildungsassistenten Allgemeinmedizin.

B Stellungnahme

Die Neuregelung wird nicht abgelehnt. Sie setzt einen wichtigen Anreiz, um die Bereitschaft zur Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten zu erhöhen und setzt darüber hinaus die Neuregelungen aus § 75a SGB V weiter um.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Zu Artikel 14 Nr. 3 § 32 Abs. 6 und 7 ZVO Beschäftigung eines Vertreters für angestellte Ärzte

A Beabsichtigte Neuregelung

Dem § 32b werden die folgenden Absätze 6 und 7 angefügt und damit eine Klarstellung vorgenommen, dass auch die Regelungen zur Vertretung für die angestellte Ärzte gelten.

Im Kabinettsentwurf wird noch ergänzt, dass die Neuregelung auch bei Freistellung eines angestellten Arztes gilt

„(6) Die Beschäftigung eines Vertreters für einen angestellten Arzt ist zulässig; § 32 Absatz 1 und 4 gilt entsprechend. Die Beschäftigung eines Vertreters für einen angestellten Arzt ist für die Dauer von sechs Monaten zulässig, wenn der angestellte Arzt freigestellt ist oder das Anstellungsverhältnis durch Tod, Kündigung oder andere Gründe beendet ist. Hat der angestellte Arzt einen gesetzlichen Anspruch auf Freistellung, ist eine Vertretung für die Dauer der Freistellung zulässig.

(7) Die Regelungen zum Ruhen der Zulassung gem. § 26 gelten entsprechend.

B Stellungnahme

Die Neuregelungen werden nicht abgelehnt.
Die Sicherstellung der Versorgung durch Vertretungsregelungen sind sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Zu Artikel 14 Nr. 4 § 46 ZVO Gebühren

A Beabsichtigte Neuregelung

Dem § 46 wird folgender Absatz 4 angefügt:

In Verfahren, die eine Tätigkeit in Gebieten betreffen, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine drohende oder bestehende Unterversorgung oder einen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat, werden keine Gebühren erhoben. Der Zulassungsausschuss kann von der Erhebung von Gebühren auch absehen oder diese reduzieren, wenn dies aus Versorgungsgründen angezeigt ist.

Ausgenommen sind Einträge eines Arztes in das Arztregister. Bei der Nachbesetzung einer genehmigten Anstellung sind die Gebühren nach den Absätzen 1 und 2 um 50 Prozent zu reduzieren.

B Stellungnahme

Die Neuregelung wird nicht abgelehnt.

Der Trend, für alle Planungsbereich für die drohende oder bestehende Unterversorgung bzw. lokaler Versorgungsbedarf festgestellt wurde Ausnahmen zu schaffen, wird hier weiter fortgesetzt. Es ist sicher richtig, alle Anreize konsequent zu setzen, allerdings ist keine Wirkung von Anreizen dieser Größenordnung (zwischen 100 und 400 Euro) zu erwarten.

Es wäre wünschenswert, wenn mit der gleichen Konsequenz der Abbau von Überversorgung durch vergleichbar viele Eingriffe des Gesetzgebers in das SGB V vorangetrieben werden würde. Insofern kann dieser Wegfall der Gebühren auch entfallen.

Darüber hinaus kann den Bedenken der KBV gefolgt werden, die in ihrer Stellungnahme ein weiteres Konfliktfeld für die Zulassungsausschüsse aufzeigt, falls künftig bei allen Anträgen auf Zulassung entsprechende Versorgungsgründe geltend machen werden.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 15 Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte

Zu Artikel 15 Nr. 1-3 Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte

A Beabsichtigte Neuregelung

1. Die bislang geltende Regelung in § 24 ZVO-Zahnärzte „Der Zulassungsausschuss darf den Antrag eines Vertragszahnarztes auf Verlegung seines Vertragszahnarztsitzes nur genehmigen, wenn Gründe der vertragszahnärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen,“ wird ergänzt um folgende weitere Regelung: „Entsprechendes gilt für die Verlegung einer genehmigten Anstellung“.
2. Den Regelungen in § 32b zur Anstellung eines Vertragszahnarztes und in § 26 zum Ruhenlassen einer Zulassung werden weitere Regelungen in § 32b hinzugefügt, nach denen die Beschäftigung eines Vertreters für einen angestellten Zahnarzt zulässig ist bzw. weiterhin dann für die Dauer von sechs Monaten zulässig ist, wenn der angestellte Arzt freigestellt oder das Anstellungsverhältnis durch Tod, Kündigung oder andere Gründe beendet ist. Bei einem gesetzlichen Anspruch auf Freistellung, ist eine Vertretung für die Dauer der Freistellung zulässig.
3. Der Regelung in § 46 wird der Verzicht auf die Erhebung von Gebühren bei (Zulassungs-)verfahren, die eine Tätigkeit in unterversorgten Gebieten oder bei einem lokalem Versorgungsbedarf betreffen, hinzugefügt. Bei der Nachbesetzung einer genehmigten Anstellung sind die Gebühren nach Abs. 1 und 2 auf 50 Prozent zu reduzieren.

B Stellungnahme

Zustimmung

Mit den Regelungen in 1. und 2. werden gleiche Bedingungen für niedergelassene und angestellte Zahnärzte und eine Flexibilisierung der entsprechenden Zulassungsregelungen hergestellt. Insbesondere wird über die Dauer von 6 Monaten eine Vertretung im Falle eines gesetzlichen Anspruchs auf Freistellung geregelt und somit eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf ermöglicht.

Die Regelung in 3. stellt die gleiche Regelung dar wie bei den Vertragsärzten. Anders als bei diesen kann bei Zahnärzten allerdings nicht von einer Vielzahl von unterversorgten Planungsbereichen bzw. lokalen Versorgungsbedarfen ausgegangen werden. Die Regelung hilft nicht, die Überversorgung in einzelnen Bereichen zugunsten von weniger gut versorgten Bereichen abzubauen und wird kaum Versorgungseffekte auslösen. Sie ist überflüssig. Im Sinne einer Gleichbehandlung von Ärzten und Zahnärzten kann der Regelung allerdings zugestimmt werden.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 16 Änderung der Schiedsamtverordnung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Schiedsamtverordnung wird redaktionell an das Bundesreisekostengesetz angepasst.

B Stellungnahme

Rein redaktionelle Änderung.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 17 Änderung der Schiedsstellenverordnung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Schiedsstellenverordnung wird aufgrund der Änderung in § 129 SGB V Rahmenvertrag zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Deutschen Apothekerverein angepasst. Danach haben die Vertragspartner innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Regelung festzulegen, in welchen Fällen künftig die teilweise oder vollständige Rechnungskürzung durch Krankenkassen ausgeschlossen ist. Im Falle der Nichteinigung entscheidet die Schiedsstelle.

B Stellungnahme

Der gesetzliche Vorschlag in § 129 SGB V geht in der Sache zu weit, zudem bieten sich für die grundsätzliche Zielerreichung andere Lösungen an.

Vor diesem Hintergrund appellieren wir an den Gesetzgeber, den Regelungsauftrag zum einen auf die Verträge nach § 129 Abs. 5 zu verlagern und zum anderen den geplanten Katalog auf Vollabsetzungen zu beschränken.

Eine Anpassung der Schiedsstellenverordnung ist damit nicht notwendig.

C Änderungsvorschlag

Streichung der Neuregelung

Artikel 19 Änderung der Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung

A Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderungen der §§ 106 ff SGB V

B Stellungnahme

entfällt

C Änderungsvorschlag

Keiner

III. Weiterer Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes

Zu Artikel 1 Nr. 35 § 87a SGB V

Überbezirkliche Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung

A Vorgeschlagene Neuregelung

Klarstellung in § 87a Abs. 3a SGB V, dass Leistungen, die im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden, Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind.

B Begründung

Zu der Regelung in § 87a Abs. 3a ist eine Klarstellung erforderlich, da die KVen die Intention dieser gesetzlichen Regelung unterschiedlich interpretieren. Einige KVen vertreten die Auffassung, dass den Krankenkassen bei Abweichungen des Punktwerts zwischen den Ländern nicht die Preisdifferenz von im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen von in Rechnung zu stellen sei, sondern die gesamte Leistungsmenge, bewertet jeweils zu vollem Preis der regionalen Gebührenordnung in der Leistungserbringer-KV.

Dies entspricht jedoch nicht der Zielrichtung von § 87a Abs. 3a. Eine doppelte Finanzierung von Leistungen sowohl im Rahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung als auch über den sog. Fremdkassenzahlungsausgleich wäre nicht gesetzeskonform. Leistungen, die im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung nach § 87a Abs. 3a erbracht werden, sind Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und darin bereits „eingepreist“. Die Krankenkassen sind lediglich verpflichtet, die sich aus der Preisdifferenz ergebenden Mehrkosten zu tragen, oder ihnen sind Minderkosten zu erstatten, wenn in der Leistungserbringer-KV höhere bzw. niedrigere Punktwerte gelten als in der Wohnort-KV. Diese vom Bundesministerium im Oktober 2009 bestätigte Rechtsauffassung ist in die Regelung von § 87a Abs. 3a aufzunehmen.

C Änderungsvorschlag

§ 87a Abs. 3a wird wie folgt ergänzt:

Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Dabei haben die Krankenkassen ausschließlich für Leistungen, die im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort des Versicherten nicht Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind, die sich aus höheren Preisen in der am Ort der Leistungserbringung gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung ergebenden Mehrkosten zu tragen bzw. führen niedrigere Preise zu Erstattungen an die Kassen; bei überbezirklich erbrachten Leistungen, die im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort des Versicherten Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind und für welche am Ort der Leistungserbringung regional vereinbarte Zuschläge oder Abschläge gemäß § 87a Abs. 2 Sätze 2 oder 3 gelten, sind auch diese zu berücksichtigen.“

Zu Artikel 1 Nr. 46 § 106a SGB V bzw. Artikel 2 Nr. 9 § 106d SGB V-neu Abrechnungsprüfung

A Vorgeschlagene Neuregelung

Es wird klargestellt, dass es bei den anlassbezogenen beantragten gezielten Prüfungen nach § 106a Abs. 4 Satz 1 nicht nur um Gemeinschaftsanträge der Kassenverbände geht. Antragsberechtigt sind auch einzelne Krankenkassen.

B Begründung

Gemäß § 106a Abs. 1 prüfen grundsätzlich sowohl die KVen also auch die Krankenkassen die Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnungen der Leistungserbringer in der vertragsärztlichen Versorgung. Nach § 106a Abs. 3 Satz 1 prüfen die Krankenkassen die Abrechnungen der Vertragsärzte insbesondere hinsichtlich der dort aufgeführten Kriterien. Den Krankenkassen stehen zu diesem Zweck die ihnen von den KVen im Rahmen des Datenträgeraustausches (DTA) übermittelten Daten nach § 295 Abs. 2 SGB V zur Verfügung; sie unterrichten die KVen unverzüglich über die Durchführung ihrer Prüfungen und deren Ergebnisse (§ 106a Abs. 3 Satz 2).

Nach § 106a Abs. 4 Satz 1 sind Krankenkassen oder ihre Verbände auch berechtigt, bei den KVen gezielte Prüfungen in dem in Abs. 2 der Vorschrift geregelten Umfang zu beantragen, wenn dazu Veranlassung besteht. Nach den zwischen den jeweiligen KVen und Landesverbänden der Krankenkassen gemäß § 106a Abs. 5 geschlossenen Vereinbarungen zur Durchführung der Abrechnungsprüfung können die Krankenkassen innerhalb von sechs Monaten nach Zugang der gemäß § 295 Abs. 2 Satz 1 übermittelten Daten bei den KVen Anträge auf sachliche und rechnerische Berichtigung stellen. Nach § 106a Abs. 5 Satz 3 ist die nach Abs. 6 der Vorschrift vereinbarte Richtlinie zur Durchführung der Prüfungen Bestandteil der auf Landesebene getroffenen Vereinbarung. Danach prüfen die Krankenkassen die Abrechnung von Amts wegen (§ 14 der Richtlinie); in Anknüpfung an die gesetzliche Regelung nach § 20 Abs. 1 der Richtlinie wird eine Abrechnung in der vertragsärztlichen Versorgung auch gezielt geprüft, wenn ausreichende und konkrete Hinweise auf Abrechnungsauffälligkeiten bestehen. Deckt die sachliche und rechnerische Prüfung der Honoraranforderungen der Vertragsärzte auch im Zusammenspiel mit der von einer Krankenkasse durchgeführten anlassbezogenen gezielten Prüfung fehlerhafte Abrechnungen auf, sind die jeweiligen KVen gemäß § 106a Abs. 1 und 2 i.V.m. § 45 Abs. 4 Bundesmantelvertrag Ärzte berechtigt, die angeforderte Vergütung der Vertragsärzte zu korrigieren.

Krankenkassen haben das Problem, dass sie zwar anlassbezogene gezielte Prüfungen gemäß § 106a Abs. 4 Satz 1 (sog. Einzelanträge bzw. Prüfanträge) durchführen und den jeweiligen KVen zur Prüfung übermitteln; diese Anträge werden von letzteren entsprechend bearbeitet, die sich dabei ergebenden Gutschriften betreffen dann auch ausschließlich die jeweils beantragende(n) Krankenkasse(n). Allerdings ist es so, dass sich das Bundesversicherungsamt auf den Standpunkt stellt, dass von einzelnen Krankenkassen anlassbezogen beauftragte gezielte Prüfungen nicht zulässig seien, da die Kassen gemäß § 106a Abs. 5 Satz 1 immer nur gemeinsam und einheitlich ihre jeweiligen

Prüfungen durchführen dürften. Aus Wettbewerbsgründen wird dies aber als nicht sinnvoll erachtet.

§ 106a Abs. 5 Satz 1 sollte klarstellen, dass es bei den anlassbezogen beantragten gezielten Prüfungen nach § 106a Abs. 4 Satz 1 auch um Einzelanträge einer Krankenkasse geht und nicht immer um Gemeinschaftsanträge.

C Änderungsvorschlag

§ 106a Abs. 5 Satz 1 sollte klarstellen, dass es bei den anlassbezogen beantragten gezielten Prüfungen nach § 106a Abs. 4 Satz 1 auch um Einzelanträge einer Krankenkasse geht und nicht immer um Gemeinschaftsanträge.

Formulierungsvorschlag

In Abs. 5 Satz 1 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt: „; zu den Inhalten der Prüfungen nach Abs. 3 können auch die Krankenkassen oder ihre Verbände, die Vertragspartner der Verträge nach § 83 sind, einzeln Vereinbarungen schließen oder Prüfungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen durchführen.“

Nach Abs. 5 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt: „§ 295 Abs. 2 und 3 gilt entsprechend.“

Begründung:

Die Übermittlung von Abrechnungsunterlagen der ambulanten ärztlichen Versorgung ist in § 295 geregelt und wird von den Vertragsparteien nach § 295 Abs. 3 näher vereinbart. Die Ergänzung stellt klar, dass diese Regelungen auch für die hier genannten Datenübermittlungen maßgeblich sind.

Zu Artikel 1 Nr. 50 § 115 SGBV Änderung von § 115c Fortsetzung der Arzneimitteltherapie nach Krankenhausbehandlung

A Vorgeschlagene Neuregelung

Der AOK-Bundesverband schlägt eine Änderung des bestehenden § 115c SGB V vor. Ziel ist es, die Schnittstelle zwischen Krankenhaus und weiterbehandelndem Arzt zu optimieren und Therapieabbrüche und Unwirtschaftlichkeit zu vermeiden.

B Begründung

Mit dem so genannten Beitragssatzsicherungsgesetz wurde der § 115c ins SGB V eingefügt; dieser wurde in 2006 mit dem AVWG erneut ergänzt. Die Regelungen waren Teil des gesetzgeberisch gewünschten Abbaus von Schnittstellenproblemen an den Sektorengrenzen und sollten dafür sorgen, dass sowohl die Krankenhausentlassungsmedikation wirtschaftlich ist, als auch Therapieabbrüche durch Bedenken des nachverordnenden Vertragsarztes in Bezug auf § 73 Abs. 8 und § 84 SGB V vermieden werden.

In der Praxis hat sich jedoch gezeigt, dass die gesetzgeberische Intention nicht erreicht werden konnte: Entlassbriefe sind trotz vieler ambitionierter Projekte der GKV und des MDK nach wie vor sehr heterogen und enthalten wichtige Angaben nicht, die für Qualität und Wirtschaftlichkeit der ambulanten Folgetherapie notwendig sind. Appelle in dieser Thematik waren bislang erfolglos. Ziel der vorgeschlagenen Veränderungen ist die zeitnahe Information der weiterbehandelnden Vertragsärzte durch die Krankenhäuser über Veränderungen der Arzneimitteltherapie der von ihnen behandelten Versicherten inklusive deren Rationale. Fälle wie das nicht notwendige Weiterführen von Akutmedikation deutlich über den Krankenhausaufenthalt hinaus oder das unberechtigte Absetzen von neuer Dauermedikation durch den Vertragsarzt würde vermieden, wenn von den Krankenhäusern Therapiedauer und Begründungen zu den Verordnungen angegeben würden. Auch sind bestimmte Regelungen im Zeitalter der Rabattverträge nicht mehr zeitgemäß, wie z.B. die (ohnehin nicht durch die Kliniken umgesetzte) Pflicht, (brutto) preisgünstige Alternativmedikamente mit Handelsnamen anzugeben.

Es existieren bereits Arzneimittelmodule für Klinikinformationssysteme, die die Anforderungen an § 73 Abs.8 SGB V erfüllen; diese werden bislang lediglich mangels Verpflichtung nicht genutzt. Mit einem verbindlichen Einsatz könnte effektiv über die in der ambulanten Versorgung gültigen Regelungen zur wirtschaftlichen Verordnung nach §§ 84 und 92 SGB V sowie nach §§ 130b und c informiert werden.

Zur Stärkung der Umsetzung ist zudem ein Sanktionsmechanismus aufzunehmen.

C Änderungsvorschlag

Neufassung von § 115c:

„(1) Ist im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung die Verordnung von Arzneimitteln erforderlich, hat das Krankenhaus dem weiterbehandelnden Vertragsarzt die Therapie-vorschläge unverzüglich und schriftlich unter Verwendung der Wirkstoffbezeichnungen mitzuteilen. Soweit sinnvoll, ist je Wirkstoff das Datum anzugeben, bis zu dem die jeweilige Medikation fortgeführt werden soll. Absetzungen und Neueinstellungen während der stationären Behandlung, die ambulant beibehalten werden sollten, sind zu begründen.

(2) Ist im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung die Fortsetzung der im Krankenhaus begonnenen Arzneimitteltherapie in der vertragsärztlichen Versorgung für einen längeren Zeitraum notwendig, soll das Krankenhaus bei der Entlassung Arzneimittel anwenden, die auch bei Verordnung in der vertragsärztlichen Versorgung zweckmäßig und wirtschaftlich sind, soweit dies ohne eine Beeinträchtigung der Behandlung im Einzelfall oder ohne eine Verlängerung der Verweildauer möglich ist. Hierzu ist im Krankenhaus ein Softwaresystem einzusetzen, welches den Vorgaben des § 73 Abs. 8 SGB V entspricht.

(3) Nachweisliche Verstöße gegen Abs. 1 werden durch Regelungen in den Vereinbarungen nach § 112 SGB V geahndet werden.

Zu Artikel 1 Nr. 52 § 116b Abs. 7 SGB V Wirtschaftlichkeitsprüfung von Arzneimitteln im Rahmen der ASV

A Vorgeschlagene Neuregelung

Der AOK-Bundesverband schlägt eine Erweiterung des § 116b Abs. 7 SGB V im Hinblick auf die Geltung der Wirtschaftlichkeitsprüfung in diesem Bereich vor.

B Begründung

Die Geltung der Wirtschaftlichkeitsprüfung für Arzneimittel in der ASV ist konkreter zu fassen.

C Änderungsvorschlag

In § 116b Abs. 7 SGB V wird Satz 7 neu wie folgt gefasst:

„Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit erfolgt nach § 106 gegen Kostenersatz, soweit die Krankenkasse mit dem Leistungserbringer nach Absatz 2 nichts anderes vereinbart hat.“

Zu Artikel 1 Nr. 85 § 295 SGB V Abrechnung ärztlicher Leistungen

A Vorgeschlagene Neuregelung

Zur verbesserten Umsetzung des DTA-Verfahrens soll eine klarstellende Ergänzung des § 295 Abs. 2 und Abs. 3 SGB V erfolgen, nämlich dass das DTA-Verfahren auch Bezug auf den Austausch von Korrekturen der Abrechnungsinformationen anzuwenden ist und dass die Vertragspartner verpflichtet werden, auch das Nähere zu Korrekturverfahren zu vereinbaren.

B Begründung

Die Informationen und Verfahren zur Abrechnung ambulanter ärztlicher Leistungen sind durch § 295 SGB V vorgegeben. Dabei enthält § 295 Abs. 3 SGB V die Vorgabe an die Vertragspartner, das Nähere zum Verfahren gemeinsam zu vereinbaren. Die elektronische Übermittlung von Abrechnungsunterlagen wurde auf der Grundlage dieser Vorgaben umgesetzt und wird seit vielen Jahren bundesweit durchgeführt. Soweit Korrekturen der Abrechnungsdaten erforderlich sind, werden diese ebenfalls auf der Grundlage des § 295 SGB V durchgeführt. Allerdings sind hierzu die vertraglichen Regelungen noch immer vergleichsweise wenig entwickelt. Dies führt einerseits zu Unsicherheiten im Abrechnungsverfahren und andererseits zu Mehraufwand durch nicht ausreichend koordinierte Vorgehensweisen. Um die Effizienz der Korrekturverfahren zu erhöhen und damit den Aufwand für die beteiligten Leistungserbringer und Krankenkassen zu reduzieren, ist es zielführend, § 295 SGB V klarstellend in Bezug auf die Korrekturen von Abrechnungsdaten zu ergänzen (siehe auch unter Zu Artikel 1 Nr. 35).

C Änderungsvorschlag

1. § 295 Abs. 2 wird vor Satz 2 um folgenden Satz ergänzt:

„Bei Korrekturen der Daten nach Satz 1 übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen die korrigierten Daten an die Krankenkassen.“

Begründung:

Die Ergänzung dient der Klarstellung der seit Jahren in der Praxis gängigen Verfahren der Vertragspartner sowie der Weiterentwicklung und konkreten Ausgestaltung der Korrekturverfahren im Rahmen von § 295 SGB V. Korrekturen von Abrechnungsdaten nach § 295 SGB V sind – wie die Erfahrungen der letzten Jahre gezeigt haben – auf verschiedene Anlässe zurückzuführen. Dazu zählen u.a. technische Fehler, Unvollständigkeits und Ergebnisse von Prüffeststellungen i. V. m. §§ 106 bis 106b SGB V (bzw. ab dem 01.01.2017 den §§ 106 bis 106d SGB V). Es wird klargestellt, dass sofern den Krankenkassen fehlerhafte oder unvollständige Daten übermittelt wurden, diese durch die Kassenärztlichen Vereinigungen in korrigierter oder ergänzter Form erneut und ebenfalls nach den Vorgaben des § 295 SGB V an die Krankenkassen zu übermitteln sind; dies gilt auch in den Fällen, in denen die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Prüfungen nach den §§ 106 bis 106b (bzw. ab dem 01.01.2017 den §§ 106 bis 106d SGB V) davon Kenntnis erlangen, dass Daten durch die Vertragsärzte oder die Kassenärztlichen Vereinigungen fehlerhaft oder unvollständig übermittelt wurden. Durch die Klarstellung wird erreicht, dass die Korrek-

turverfahren einheitlich ausgestaltet werden und die Effizienz der elektronischen Datenübermittlungsverfahren für ambulante ärztliche Abrechnungsinformationen gesteigert wird.

2. § 295 Abs. 3 Nr. 4 wird ergänzt. Nach dem Wort „Abrechnungsunterlagen“ werden die Worte „und deren Korrekturen“ eingefügt.

Begründung:

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 1, mit der klargestellt wird, dass auch das Verfahren zur Korrektur der ambulanten ärztlichen Abrechnungsunterlagen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Verträge nach § 295 Abs. 3 SGB V auszuarbeiten ist. Hierdurch wird die Effizienz der elektronischen Datenübermittlungsverfahren gesteigert, da einheitliche Regelungen auch für Korrekturverfahren formuliert werden.

§§ 73 Abs. 7 Satz 2 und 136a SGB V

Vermeidung problematischer Zielvereinbarungen für Verträge zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern

A Vorgeschlagene Neuregelung

Der Bundesrat hat im aktuellen GKV-VSG-Gesetzgebungsverfahren vorgeschlagen, den § 136a SGB V dahingehend zu ändern, dass die Regelung zur Vermeidung problematischer Zielvereinbarungen in Verträgen mit leitenden Ärzten im Krankenhaus verschärft werden (s. Änderungsvorschlag 66 zu Artikel 1 Nummer 62 a -neu- (§ 136a Satz 2 SGB V); BR-DR 641/14).

Die Bundesregierung hält in ihrer Antwort den Vorschlag „dem Grunde nach nachvollziehbar und gerechtfertigt“ (siehe Gegenäußerung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates vom 6. Februar 2015 zu Nummer 66).

B Begründung

Die Regelungen des § 136a Satz 2 SGB V sollten gleichermaßen für Verträge zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern (z. B. im Kontext ambulante OPs oder Einsatz als „Stationsarzt“) gelten. In der Praxis sehen die Krankenkassen häufig entsprechende Nebentätigkeits- oder Honorararztverträge. Diese Verstoßen dem Grunde nach gegen § 73 Abs. 7 SGB V.

Bisher ist es nicht möglich, sich in diesen Zulassungsfragen auf § 136a Satz 2 SGB V zu beziehen, da es sich – aus Sicht der KV - zum einen um „Krankenhausrecht“ handelt. Zum anderen ist der Rechtsbegriff „leitende Ärzte“ unbestimmt.

C Änderungsvorschlag

In § 136a Satz 2 SGB V wird das Wort „leitende“ gestrichen.

In § 73 Abs. 7 Satz 2 SGB V werden nach der Angabe „Satz 3“ die Wörter „und § 136 a Sätze 2 und 3“ eingefügt und das Wort „gilt“ durch das Wort „gelten“ ersetzt.

§ 81 SGB V KV-Satzungen

A Vorgeschlagene Neuregelung

Flankierend zur Klarstellung im Hinblick auf die Sicherstellung des Notdienstes durch die KVen auch im Falle von Selektivverträgen (siehe Artikel 1 Nr. 27 bzw. auch eigene Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 69) sollte zu den in den KV-Satzungen nach § 81 Abs. 1 SGB V enthaltenen Bestimmungen zur Mittelaufbringung auch gesetzlich klargestellt werden, dass diese auch über kopfbezogene Umlagen oder eine verursacherbezogene Gebührenerhebung erfolgen kann.

B Begründung

KVen bringen die zur Finanzierung ihrer gesetzlichen Aufgaben notwendigen Mittel heute regelmäßig als Prozentsatz auf das Abrechnungsvolumen (Umsatz) auf. Mit der gesetzlichen Klarstellung, dass die Sicherstellung des Notdienstes auch im Falle von Selektivverträgen von vornherein bei den KVen liegt, werden die KVen allerdings auch weiterhin von Kassen mit Selektivvertrag Aufwandsersatz für die verwaltungsmäßige Organisation und Durchführung des Notdienstes – im Sinne eines Ersatzes „entgangener“ Kollektivvertragsumsätze – fordern (wollen). Allerdings haben KVen die ihnen übertragenen Aufgaben selbst zu finanzieren und sollten dementsprechend die Aufbringung der notwendigen Mittel auch flexibel regeln können, um einer (möglichen) Verringerung des Kollektivvertragsumsatzes als Bezugsgröße Rechnung zu tragen. Hinsichtlich der in den KV-Satzungen nach § 81 Abs. 1 SGB V enthaltenen Bestimmungen zur Mittelaufbringung für ihnen gesetzlich übertragene Aufgaben sollte deshalb gesetzlich klargestellt werden, dass eine flexible Ausgestaltung der Mittelaufbringung bspw. auch kopfbezogene Umlagen oder eine verursacherbezogene Gebührenerhebung umfasst.

C Änderungsvorschlag

§ 81 Abs. 1 Nr. 5 SGB V wird um folgenden Halbsatz ergänzt:

„; dabei können Aufgaben auch über kopfbezogene Umlagen und verursacherbezogene Gebühren finanziert werden,“

§ 293 SGB V Übermittlung von Leistungsdaten

A Vorgeschlagene Neuregelung

Erweiterung der in der gesetzlichen Grundlage des § 293 Abs. 4 Satz 1 aufgeführten Informationen, damit die den Krankenkassen von den Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigungen (KBV bzw. KZBV) zu übermittelnden Verzeichnisse der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Institutionen vollständig und korrekt sind.

B Begründung

Die Krankenkassen erhalten zur Erfüllung ihrer Aufgaben, insbesondere im Bereich der Gewährleistung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung sowie der Aufbereitung der dafür erforderlichen Datengrundlage, von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sowie der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) monatlich unentgeltlich ein Verzeichnis der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Zahnärzte und Einrichtungen.

Es bedarf der Erweiterung der in der gesetzlichen Grundlage des § 293 Abs. 4 Satz 1 aufgeführten Informationen, um die nach § 95 Abs. 1 SGB V an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Institutionen vollständig in den an die Krankenkassen zu übermittelnden Verzeichnissen abbilden zu können. Neben den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten in Einzel- oder Gemeinschaftspraxen sind dies auch weitere Einrichtungen wie bspw. Medizinische Versorgungszentren oder Kindernotfallambulanzen.

Da der Gesetzgeber eine Übermittlung der Information nach § 293 Abs. 1 Satz 1 SGB V im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenträger vorgesehen hat, ist eine zwischen Absender und Empfänger der Daten zu vereinbarende Konkretisierung zu technischen Details notwendig, wie sie in allen Verfahren elektronischen Datenaustauschs existiert. Derzeit gibt es diese zwischen den Vertragspartnern abgestimmten Konventionen nicht. Dies führt zu erheblichen Qualitätsmängeln in den an die Krankenkassen gelieferten Daten, weshalb wiederum eine Vielzahl gemeldeter Datensätze nicht ordnungsgemäß verarbeitet werden können. Infolgedessen sind bei den Krankenkassen aufwändige manuelle Nach- oder Neuerfassungen erforderlich.

Im Moment führen viele Krankenkassen zur Erfüllung der durch den Gesetzgeber übertragenen Aufgaben (Bsp. Bearbeitung von Arbeitsunfähigkeitsfällen, Disease Management Programme, Bereinigung der Gesamtvergütung um Vergütungsanteile aus selektivvertraglichen Regelungen) eigene Verzeichnisse der Vertragspartner aus dem ärztlichen Bereich.

Ziel der Änderung/Anpassung ist die Implementierung eines effizienten Prozesses der Bereitstellung der notwendigen Informationen bei den Krankenkassen, um dort die effektive Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben zu gewährleisten. Die Notwendigkeit, diese Verzeichnisse der Vertragspartner manuell zu führen und zu pflegen, soll entfallen (Bürokratieabbau).

C Änderungsvorschlag

In § 293 Abs. 4 Satz 6 werden die Wörter „bis zum 31. März 2004“ durch die Wörter „monatlich oder in kürzeren Abständen unentgeltlich“ ersetzt; der 2. Halbsatz wird wie folgt gefasst: „; das Nähere über Form und Inhalt des Verzeichnisses vereinbaren die Vertragspartner nach § 82 Abs. 1 und § 87 Abs. 1.“

§ 197 c SGB V (neu) **Beauftragung externer Hilfsmittelberater**

A Vorgeschlagene Neuregelung

Klarstellung in § 197 c SGB V, dass die Krankenkassen insbesondere zur Klärung technischer Fragen bei der Hilfsmittelversorgung auch externe Hilfsmittelberater einbinden können.

B Begründung

Nach § 275 Absatz 3 Nr. 1 SGB V können die Krankenkassen in geeigneten Fällen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) überprüfen lassen, ob das Hilfsmittel (§ 33 SGB V) aus medizinischer Sicht erforderlich ist. Die Genehmigung von Hilfsmittelversorgungen durch die Krankenkassen erfordert neben der Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit durch den MDK auch eine Prüfung dahingehend, ob die angebotene Versorgung zweckmäßig, bedarfsgerecht und wirtschaftlich ist, d. h., ob diese im häuslichen Umfeld des Versicherten bedarfsgerecht umsetzbar ist bzw. ob kostengünstigere Versorgungsalternativen das gleiche Ergebnis erzielen. Für diese (leistungsrechtliche) Prüfung, muss das Personal über spezifische Fachexpertisen verfügen.

Im Sinne einer ausreichenden, zweckmäßigen, funktionsgerechten und wirtschaftlichen Hilfsmittelversorgung ist die einzelfallbezogene – und in Ergänzung zur sozialmedizinischen Bewertung durch den MDK erfolgende – Beauftragung externer Hilfsmittelberater sinnvoll und notwendig. Externe Hilfsmittelberater werden insbesondere im Rahmen von komplexen orthopädie-, reha- und medizintechnischen Versorgungen sowie im Bereich der Versorgung mit Hörhilfen und Sehhilfen in Anspruch genommen.

Externe Hilfsmittelberater prüfen aus technischer Sicht die Erforderlichkeit und Geeignetheit der beantragten Versorgung unter Berücksichtigung der konkreten Lebensumstände des Versicherten und beraten diesen auch. Gegenüber den Versorgungsvorschlägen der Leistungserbringer werden dabei in der Praxis sowohl Über- als auch Unterversorgungen identifiziert. Die Beauftragung erfolgt bedarfsweise in Ergänzung zur sozialmedizinischen Stellungnahme des MDK und endet mit einer Empfehlung an die Krankenkasse.

Die Leistungsentscheidung über Art und Umfang der Hilfsmittelversorgung verbleibt uneingeschränkt bei der beauftragenden Krankenkasse; sie ist – nach den Regelungen des Zehnten Sozialgesetzbuches (SGB X) – „Herrin des Verfahrens“, so dass eine direkte Beauftragung nur durch die Krankenkassen erfolgen kann.

Angesichts der unterschiedlichen Rechtsauslegungen, der Intervention des BVA und des Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit ist es erforderlich, die Einbindung von externen Hilfsmittelberatern gesetzlich klarzustellen.

Das sieht auch der Bundesrat so, und hat am 06.02.2015 in seiner Stellungnahme zum GKV-VSG einen Regelungsvorschlag zur Beauftragung externer Hilfsmittelberater vorge-

legt. Der AOK-Bundesverband unterstützt die Zielsetzung des Bundesrats ausdrücklich und begrüßt, dass die Bundesregierung die Umsetzung des Vorschlags mit dem Ziel, bestehende Rechtsunsicherheiten bei der Beauftragung externer Hilfsmittelberater zu beseitigen, prüfen wird.

C Änderungsvorschlag

Nach § 197b wird folgender § 197c eingefügt:

§ 197c Beauftragung externer Hilfsmittelberater

(1) Die Krankenkassen können ergänzend zur Erfüllung der in § 275 Absatz 3 Nummer 1 genannten Aufgabe, insbesondere zur Klärung technischer Fragen, auch externe Hilfsmittelberater mit der Prüfung beauftragen, durch welche Hilfsmittel unter Berücksichtigung der Versorgungsziele nach § 33 Absatz 1 Satz 1 und der individuellen Verhältnisse des Versicherten eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung gewährleistet wird. Die Aufgaben des MDK gemäß § 275 bleiben hiervon unberührt. § 276 Absatz 1 gilt entsprechend.

(2) Wenn es für die Prüfung nach Absatz 1 und die Beratung des Versicherten erforderlich ist, können die von den Krankenkassen beauftragten externen Hilfsmittelberater diese Tätigkeiten auch im Wohnbereich des Versicherten vornehmen.

(3) Die von den Krankenkassen beauftragten externen Hilfsmittelberater sind berechtigt, Sozialdaten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, soweit dies für die Prüfung und Beratung nach Absatz 1 und 2 erforderlich ist. Die Daten sind vertraulich zu behandeln. Durch technische und organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, dass die Daten nur den Personen zugänglich sind, die sie zur Erfüllung des dem Hilfsmittelberater von der Krankenkasse erteilten Auftrags benötigen. Die Sozialdaten sind nach fünf Jahren zu löschen; § 304 Absatz 1 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

(4) Der externe Hilfsmittelberater hat der beauftragenden Krankenkasse das Ergebnis seiner Prüfung und Beratung nach Absatz 1 und 2 zu übermitteln und dabei eine am Versorgungsbedarf des Versicherten orientierte Empfehlung auszusprechen, soweit dies zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse erforderlich ist; § 35 SGB I gilt entsprechend. Dabei ist sicherzustellen, dass das Ergebnis der Prüfung und Beratung sowie die Versorgungsempfehlung nur den Personen zugänglich gemacht werden, die sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen.

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erlässt bis zum tt.mm.jj. Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den externen Hilfsmittelberatern. Die Richtlinien regeln insbesondere Folgendes:

1. das Nähere zu den Aufgaben der externen Hilfsmittelberater nach Absatz 1 und 2,
2. die Anforderungen an die Qualifikation und die Neutralität der externen Hilfsmittelberater einschließlich des Verfahrens zum Nachweis der Anforderungen und
3. die Sicherstellung der Dienstleistungsorientierung im Prüfungs- und Beratungsverfahren.

(6) Die Richtlinien bedürfen der Zustimmung des BMG. Sie sind für die Krankenkassen verbindlich.

§ 284 wird wie folgt geändert:

In Absatz 1 Nummer 7 werden vor dem Komma die Wörter "und der externen Hilfsmittelberater (§ 197c)" eingefügt.

Beitragssschulden: Sozial gerechte und zukunftssichere Entlastung von Beitragszahlern in finanzieller Not

Vorgeschlagene Neuregelung

Durch das Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung wurde vielen noch nicht versicherten Personen Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung bei gleichzeitigem Erlass der rückwirkend zu zahlenden Beiträge ermöglicht. Nicht berücksichtigt wurden hierbei die Situation, dass nach wie vor viele Mitglieder der GKV nicht in der Lage sind, die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung zu zahlen. Insbesondere bei vorliegender Hilfebedürftigkeit entstehen regelmäßig Beitragsrückstände.

Begründung

Für den einzelnen Versicherten entstehen Beitragsschulden insbesondere dann, wenn das Erwerbseinkommen durch Verlust des Arbeitsplatzes oder Scheitern des selbstständigen Gewerbes entfällt und kein die Versicherungspflicht auslösendes Transfereinkommen (z. B. Arbeitslosengeld) gezahlt wird. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass selbst langjährig Beschäftigte in der Regel nur noch für zwölf Monate Arbeitslosengeld beziehen können.

Bei Ende der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung führt die zum 01.08.2013 eingeführte Regelung des § 188 Abs. 4 SGB V („obligatorische Anschlussversicherung“) grundsätzlich zur freiwilligen Versicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V, es sei denn, es besteht eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall (z. B. Familienversicherung, nachgehender Anspruch nach § 19 SGB V, PKV-Schutz etc.). Die von der Versicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V erfassten Personen stehen damit in der Regel ohne Einkommen da, haben jedoch Beiträge aus einem fiktiven Mindesteinkommen von (in 2014) monatlich 921,67 EUR zu tragen. Während bei Beschäftigten und Rentnern Arbeitgeber bzw. Rentenversicherungsträger den Beitrag nahezu hälftig mittragen und bei Leistungsbeziehern nach dem SGB II oder SGB III die Bundesagentur für Arbeit die Beiträge vollständig trägt, haben diese Personen die gesamte Beitragslast zu tragen. Menschen mit Erwerbs- oder Transfereinkommen werden somit bei der Beitragsaufbringung unterstützt, während einkommenslose Menschen den vollen Beitrag alleine aufbringen müssen.

Änderungsvorschlag

Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens sind u.a. die nachfolgenden gesetzlichen Regelungen zu ergänzen bzw. zu ändern:

1. In Fällen der finanziellen Überforderung muss die Beitragsübernahme einschließlich bis dahin aufgelaufener Kosten durch den Sozialhilfeträger bzw. den Leistungsträger nach dem SGB II – auch vergangenheitsbezogen – verpflichtend werden; das Ver-

- fahren zur Feststellung der Unpfändbarkeit durch die Krankenkasse ist zu entbürokratisieren:
- a. Änderung des § 32 SGB XII (Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung)
 - b. Ergänzung des § 26 SGB II (Zuschuss zu Versicherungsbeiträgen)
 - c. Änderung des § 5 VwVG (Anzuwendende Vollstreckungsvorschriften)
2. In Fällen der finanziellen Überforderung mit Beitragsübernahme durch den Sozialhilfeträger bzw. den Leistungsträger nach dem SGB II sollen zwecks Entlastung der Träger – auch rückwirkend – nur „Mindestbeiträge“ erhoben werden:
- d. Ergänzung des § 24 SGB IV (Säumniszuschlag)
3. In Fällen der finanziellen Überforderung mit Beitragsübernahme durch den Sozialhilfeträger bzw. den Leistungsträger nach dem SGB II dürfen keine Säumniszuschläge erhoben werden:
- e. Ergänzung des § 24 SGB IV (Säumniszuschlag)
4. In Fällen der finanziellen Überforderung darf es nicht zum Ruhen der Leistungen kommen; im Gegenzug werden die Sanktionen bei Leistungsmissbrauch geschärft:
- f. Ergänzung des § 15 SGB V (Ärztliche Behandlung, Krankenversichertenkarte)
 - g. Ergänzung des § 16 SGB V (Ruhens des Anspruchs)
 - h. Ergänzung des § 291 SGB V (Krankenversichertenkarte)

Konkrete Formulierungsvorschläge hierzu können kurzfristig für das Gesetzgebungsverfahren bereitgestellt werden.