



Spitzenverband

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0139(3.2)
gel. VB zur öAnhörung am 04.11.
15_eHealth
03.11.2015

Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 02.11.2015

**zum Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommu-
nikation und Anwendungen im Gesundheitswesen;
hier: Änderungsanträge lt. Ausschussdrucksache
18(14)0136.1**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Stellungnahme zu den Änderungsanträgen.....	3
Änderungsantrag 1	3
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	3
§§ 5, 8, 10, 189, 225, 237, 249a – Einführung einer gesonderten Versicherungspflicht für Waisenrentner	3
Änderungsantrag 2	9
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	9
§ 20i – Primäre Prävention durch Schutzimpfungen	9
Änderungsantrag 3	11
Artikel 1 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch)	11
§ 37 – Häusliche Krankenpflege	11
Änderungsantrag 4	15
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	15
§ 129 – Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung	15
Änderungsantrag 5	16
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	16
§ 130b – Vereinbarungen zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmern über Erstattungsbeträge für Arzneimittel.....	16
Änderungsantrag 6	19
Artikel 1c (Änderung der Verordnung über die Schiedsstelle für Arzneimittelversorgung und die Arzneimittelabrechnung)	19
§ 6 – Einleitung des Schiedsverfahrens, Fristen.....	19
Änderungsantrag 7	20
Artikel 1 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch)	20
§ 132a – Versorgung mit häuslicher Krankenpflege	20
Änderungsantrag 8	22
Artikel 1 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch)	22
§140 Abs. 2 – Patientenbeteiligung im G-BA	22
Artikel 4 (Änderung Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde)	24
§3a neu – Einführung von Modellstudiengängen	24

I. Stellungnahme zu den Änderungsanträgen

Änderungsantrag 1

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nrn. 1 und 2

§§ 5, 8, 10, 189, 225, 237, 249a – Einführung einer gesonderten Versicherungspflicht für Waisenrentner

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bezieher einer Halb- oder Vollwaisenrente der gesetzlichen Rentenversicherung sind in der gesetzlichen Krankenversicherung bisher entweder in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) pflichtversichert (bei Erfüllung der Vorversicherungszeit), über einen Elternteil, die Großeltern oder die Pflegeeltern innerhalb der Einkommensgrenze und der Altersgrenzen für Kinder familienversichert oder freiwillig versichert. Während für die Familienversicherung keine Beiträge zu zahlen sind, wird die Waisenrente im Fall der Versicherungspflicht oder der freiwilligen Versicherung mit Beiträgen belegt. Bei einer freiwilligen Versicherung kann für die betroffene Person zudem aufgrund der Mindestbeitragsbemessungsgrenze eine überproportionale Beitragsbelastung entstehen.

Versicherungspflichtige Halb- und Vollwaisenrentner können aufgrund des Vorrangs der Versicherungspflicht nicht beitragsfrei familienversichert sein, selbst wenn der Zahlbetrag der Rente die allgemeine Einkommensgrenze in der Familienversicherung nicht übersteigt. Die damit einhergehende beitragsmäßige Belastung der Waisenrentner wird in dieser besonderen Lebens- und Einkommenssituation als nicht weiter hinnehmbar angesehen. Der Zweck der Waisenrente besteht primär darin, den durch den Tod eines Elternteils oder beider Elternteile entfallenden Unterhalt zu ersetzen. Die Unterhaltsverpflichtung der Eltern gegenüber ihren Kindern ist wiederum der wesentliche Grund für die beitragsfreie Familienversicherung von Kindern. Vor diesem Hintergrund sollen Waisenrentner ohne Berücksichtigung von Vorversicherungszeiten in Form einer gesonderten Versicherungspflicht in den Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen und in dieser Versicherungspflicht innerhalb der Altersgrenzen für die Familienversicherung von Kindern beitragsfrei gestellt werden. Ungeachtet dessen soll der die Waisenrente zahlende Rentenversicherungsträger den Beitragsanteil tragen, wie er ohne die Beitragsfreiheit zu tragen wäre. In die Beitragsfreiheit werden im Übrigen Waisenrenten nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte, die ansonsten

als Versorgungsbezüge beitragspflichtig wären, einbezogen, die Zahlung eines Trägerbeitragsanteils kommt in diesem Fall nicht in Frage.

Für Personen, die vor der Stellung des Rentenantrags privat krankenversichert waren, ist die Versicherungspflicht ausgeschlossen, mit der Folge, dass sie weiterhin dem System der privaten Krankenversicherung zugeordnet bleiben. Dies ist jedoch dann nicht der Fall, wenn sie die Voraussetzungen für eine Familienversicherung oder für die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V (unter Berücksichtigung der Vorversicherungszeit für die KVdR) erfüllen.

In der Krankenversicherung der Landwirte und in der sozialen Pflegeversicherung werden die Änderungen nachvollzogen, jedoch mit der Abweichung dass in der Pflegeversicherung die Zahlung eines Trägerbeitragsanteils entfällt.

Als Zeitpunkt des Inkrafttretens ist der 1. Januar 2016 vorgesehen.

B) Stellungnahme

Unter Maßgabe der sozialpolitischen Zielsetzung der Bundesregierung, Bezieher von Waisenrenten der gesetzlichen Rentenversicherung sowie aus der Alterssicherung der Landwirte von einer Beitragsbelastung freizustellen, bestehen seitens des GKV-Spitzenverbandes keine grundsätzlichen Bedenken, dies über das Konstrukt einer generellen Versicherungspflicht dieses Personenkreises bei gleichzeitiger Beitragsbefreiung im Rahmen der Altersgrenzen in der Familienversicherung zu erreichen. Allerdings weisen wir darauf hin, dass die Regelungen ungeachtet der nachvollziehbaren politischen Intention zu Beitragsmindereinnahmen der GKV führen werden, die keine Kompensation erfahren.

In folgenden Punkten wird jedoch Änderungsbedarf gesehen:

1. In § 5 Abs. 7 Satz 1 SGB V ist vorgesehen, dass sich das Vorrangversicherungsverhältnis zwischen der KVdR und der Krankenversicherung der Studenten (KVdS) nach Erreichen der Altersgrenze des § 10 Abs. 2 Nr. 3 SGB V, also ab Vollendung des 25. Lebensjahres bis längstens zur Vollendung des 27. Lebensjahres, umkehrt und dann die Versicherungspflicht in der KVdS vorrangig ist. Wenngleich damit eine versicherungsrechtliche Gleichstellung mit den Studenten erreicht werden soll, die ohne Anspruch auf eine Waisenrente von der Familienversicherung in die Versicherungspflicht in der KVdS übergehen (sofern noch nicht das 14. Fachsemester erreicht ist), ist dieser Systembruch bei Waisenrentnern nicht zielführend. Einerseits dürfte dies in der Regel durch die dann höheren beitragspflichtigen Einnahmen zu einer finanziellen Schlechterstellung der betroffenen Personen

gegenüber dem heutigen Rechtszustand führen (die angesichts der Zielstellung der gesetzlichen Änderungen kontraproduktiv wäre); andererseits wäre damit insbesondere wegen der Regelung des § 236 Abs. 2 Satz 2 SGB V ein höherer Verwaltungsaufwand für die Krankenkassen verbunden. Um diese ungewünschten Wirkungen zu verhindern, halten wir es für geeigneter, wenn für die gesamte Dauer der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11b SGB V eine Vorrangigkeit gegenüber der KVdS besteht. Auf die geplante Umkehrung des ansonsten üblichen Vor- und Nachrangigkeitsverhältnisses für Kinder zwischen dem 25. und 27. Lebensjahr sollte daher verzichtet werden.

2. Nach der Formulierung in § 237 Satz 2 (neu) SGB V würde die Freistellung der Waisenrente von der Beitragspflicht in den Fällen des § 10 Abs. 2 Nr. 3 SGB V nicht generell mit Vollendung des 25. Lebensjahres enden, sondern es wäre in jedem Einzelfall zu berücksichtigen, ob und mit welcher Dauer einer der in dieser Vorschrift genannten Verlängerungstatbestände, z. B. ein Bundesfreiwilligendienst, zu berücksichtigen ist, der zu einer entsprechenden Verlängerung der Beitragsfreiheit führt. Um eine derartige aufwendige Feststellung einer individuellen Altersgrenze zu vermeiden, bietet es sich an, in typisierender Betrachtungsweise generell auf die Vollendung des 25. Lebensjahres abzustellen. Bei den Waisenrentnern, die wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außer Stande sind, sich selbst zu unterhalten und für die in der Familienversicherung keine Altersgrenze vorgesehen ist, bliebe die Waisenrente bis zu deren Anspruchsende, also bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres, beitragsfrei.
3. Die für Rentenantragsteller bis zum Beginn der Rente angeordnete Beitragsfreiheit nach § 225 Satz 1 Nr. 2 SGB V erscheint hinsichtlich der altersmäßigen Begrenzung (Antragstellung vor Vollendung des 18. Lebensjahres) mit der sozialpolitischen Zielsetzung, die mit dem Gesetzesvorhaben verfolgt wird, nicht vereinbar. Der GKV-Spitzenverband schlägt daher vor, die Kopplung der Beitragsfreiheit für die Zeit der Rentenantragstellung an die Vollendung des 18. Lebensjahres fallen zu lassen. Damit bedarf es dann im Übrigen keiner Ergänzung des § 225 Satz 1 Nr. 3 SGB V um § 5 Abs. 1 Nr. 11b SGB V, da sämtliche Waisenrentenantragsteller bereits von § 225 Satz 1 Nr. 2 SGB V erfasst werden.
4. Der 1. Januar 2016 für das Inkrafttreten der Änderungen kann insbesondere wegen der erforderlichen Anpassungen im elektronischen Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen und den Rentenversicherungsträgern und der IT-Systeme bei den Krankenkassen nicht eingehalten werden. Unter der Maßgabe einer reibungslosen Umsetzung der Änderungen, insbesondere bei den Bestandsfällen, ist eine Verschiebung des Inkrafttretens mindestens auf den 1. Juli 2016 unabdingbar.

5. In Ergänzung der bisherigen Ausführungen möchten wir darauf hinweisen, dass in ihrer Funktion gleichartige Waisenrenten bzw. -versorgungen aus anderen Systemen der Alters- und Hinterbliebenenversorgung, z. B. aus der Beamtenversorgung, berufsständischen Versorgung oder betrieblichen Altersversorgung, von den vorgesehenen gesetzlichen Änderungen nicht erfasst werden, und zwar auch dann nicht, wenn diese neben einer Waisenrente der gesetzlichen Rentenversicherung oder aus der Alterssicherung der Landwirte gewährt werden. Ob es sozialpolitisch gewollt und gerechtfertigt ist, auch für derartige Waisenversorgungen eine beitragsrechtliche Privilegierung vorzusehen bzw. von einer beitragsrechtlichen Privilegierung abzusehen, bleibt der politischen Willensbildung vorbehalten.

C) Änderungsvorschlag

1. Nr. 1 Buchstabe c wird wie folgt gefasst:

In Absatz 7 Satz 1 wird die Angabe „11 oder 12“ durch die Angabe „11 bis 12“ ersetzt.

2. Nummer 6g wird wie folgt gefasst:

Nach § 237 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Bei Kindern, die Waisenrente nach § 48 des Sechsten Buches oder nach § 15 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte beziehen, sind diese Waisenrenten bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, in den Fällen des § 48 Abs. 4 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe d des Sechsten Buches bis zum Ende des Anspruchs auf die Rente, beitragsfrei.“

3. Nummer 6f wird wie folgt gefasst:

§ 225 Satz 1 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. als Waise die Voraussetzungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 b erfüllt oder“

4. In Artikel 4 Absatz 2 wird als Zeitpunkt für das Inkrafttreten frühestens der 1. Juli 2016 vorgesehen. Der Zeitpunkt 1. Januar 2016 für das Inkrafttreten des Artikel 1 Nr. 1 Buchstabe b (Änderung des § 5 Abs. 5a SGB V) ist jedoch in einem gesonderten Regelungsbe-
fehl beizubehalten.

Änderungsantrag 1

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 5 Absatz 5a – Folgeänderung zum GKV-FQWG

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) wurde der Vorrang der Familienversicherung vor der Versicherungspflicht für Bezieher von Arbeitslosengeld II ab 1. Januar 2016 aufgehoben. Damit sind grundsätzlich alle Bezieher von Arbeitslosengeld II ab diesem Zeitpunkt versicherungspflichtig nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V, sofern sie nicht aufgrund einer zuletzt bestandenen privaten Krankenversicherung nach § 5 Abs. 5a SGB V weiterhin dem System der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind. Die Bezieher von Arbeitslosengeld II, die vor Beginn des Leistungsbezugs zuletzt privat krankenversichert waren, sind zwar von der Versicherungspflicht nicht erfasst, können jedoch ungeachtet der vorgenannten gesetzlichen Änderung weiterhin über den gesetzlich krankenversicherten Ehegatten/Lebenspartner oder ein gesetzlich krankenversichertes Elternteil familienversichert sein.

Mit der Anfügung des neuen Satzes 3 in § 5 Abs. 5a SGB V wird erreicht, dass in den Fällen einer zuletzt bestandenen privaten Krankenversicherung eine Familienversicherung ebenfalls ausgeschlossen ist. Für die entsprechenden Bestandsfälle am 31. Dezember 2015 regelt der neue Satz 4, dass diese Personen zum 1. Januar 2016 in die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V überführt werden.

B) Stellungnahme

Die neue Regelung, die unter den Voraussetzungen des § 5 Abs. 5a Satz 1 SGB V auch eine Familienversicherung ausschließt und in Bestandsfällen eine Beibehaltung des gesetzlichen Krankenversicherungsschutzes im Status der Versicherungspflicht anordnet, wird begrüßt. Damit wird einerseits eine lückenlose Systemabgrenzung der Bezieher von Arbeitslosengeld II zwischen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung erreicht und andererseits eine Familienversicherung dieses Personenkreises ausnahmslos abgeschafft. Letzteres führt zu einer weiteren Verminderung des Verwaltungsaufwandes seitens der Jobcenter sowie der Krankenkassen und wird damit der mit dem GKV-FQWG verfolgten Zielsetzung hinsichtlich des Personenkreises der Bezieher von Arbeitslosengeld II gerecht.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 02.11.2015
zum Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen; hier: Änderungsanträge lt. Ausschussdrucksache 18(14)0136.1
Seite 8 von 25

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 2

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1a

§ 20i – Primäre Prävention durch Schutzimpfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach der derzeit geltenden Regelung sind Schutzimpfungen nach § 2 Nr. 9 des Infektionsschutzgesetzes, die aufgrund eines Auslandsaufenthaltes indiziert sind, nur erfasst, wenn der Auslandsaufenthalt beruflich bedingt ist oder generell ein besonderes Interesse zum Schutz der öffentlichen Gesundheit daran besteht, der Einschleppung einer übertragbaren Krankheit vorzubeugen.

Mit der Neuregelung soll ein Leistungsanspruch nun auch auf Auslandsaufenthalte, die im Rahmen einer Ausbildung erfolgen, ausgeweitet werden – sofern dieser Aufenthalt vorgeschrieben ist. Durch die Neuregelung soll Unsicherheit hinsichtlich des Leistungsanspruchs in diesen Fällen beseitigen.

B) Stellungnahme

Vor dem Hintergrund der Gleichstellung von beruflich bedingten und im Rahmen der Ausbildung verpflichtend in der Studien- und Prüfungsordnung vorgeschriebenen Auslandsaufenthalten – diese sind klar von freiwilligen Auslandssemestern und -aufenthalten abzugrenzen – handelt es sich hierbei um eine gesetzliche Klarstellung des im beruflichen oder ausbildungsbedingten Kontext bestehenden Leistungsanspruches.

Der GKV-Spitzenverband gibt jedoch zu bedenken, dass durch eine solche Regelung finanzielle Lasten für die Solidargemeinschaft der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler entstehen können. Die Ursachen für diese zusätzlichen Lasten liegen in Entscheidungen der Ausbildungsstätte oder in individuellen Entscheidungen für einen Aufenthalt in bestimmten Gebieten. Es ist nicht sachgerecht wenn diese zu Mehrausgaben für die Solidargemeinschaft führen.

Der GKV-Spitzenverband sieht keinen Änderungsbedarf hinsichtlich der Klarstellung zu verpflichtenden Auslandsaufenthalten während der Ausbildung, regt aber an, den Leistungsanspruch bei beruflich bedingten Auslandsaufenthalten insgesamt in Richtung des Verursacherprinzips zu überdenken.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 02.11.2015
zum Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen; hier: Änderungsanträge lt. Ausschussdrucksache 18(14)0136.1
Seite 10 von 25

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 3

Artikel 1 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2a neu

§ 37 – Häusliche Krankenpflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 37 Abs. 6 Satz 2 SGB V soll ein neuer Satz 3 eingefügt werden, wonach als Orte für die Leistungserbringung der Häuslichen Krankenpflege (HKP) im Einzelfall auch Einrichtungen in Betracht kommen, die insbesondere im Hinblick auf die räumlichen Verhältnisse und hygienischen Voraussetzungen in besonderer Weise zur Leistungserbringung geeignet und bestimmt sind.

B) Stellungnahme

Nach § 37 Abs. 6 SGB V legt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in seiner Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen der HKP auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können. Diese Regelung steht im Zusammenhang mit den Regelungen in § 37 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V, wonach HKP auch an anderen Orten als im Haushalt des Versicherten erbracht werden kann. Durch diese im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) zum 01.04.2007 vorgenommene „vorsichtige“ Erweiterung des Haushaltsbegriffs sollten ausweislich der Gesetzesbegründung neue Wohnformen, Wohngemeinschaften und betreutes Wohnen hinsichtlich der Erbringung von HKP gegenüber konventionellen Haushalten nicht benachteiligt werden. Der G-BA hat die gesetzlichen Vorgaben insoweit umgesetzt, dass nach § 1 Abs. 2 der HKP-Richtlinie der Anspruch auf HKP auch an sonstigen geeigneten Orten besteht, an denen sich die oder der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält und an denen

- die verordnete Maßnahme zuverlässig durchgeführt werden kann
- und für die Erbringung der einzelnen Maßnahmen geeignete räumliche Verhältnisse vorliegen (z. B. im Hinblick auf hygienische Voraussetzungen, Wahrung der Intimsphäre, Beleuchtung),

wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist. Orte in diesem Sinne können insbesondere Schulen, Kindergärten, betreute Wohnformen oder Arbeitsstätten sein.

Die nun beabsichtigte Änderung, wonach im Einzelfall auch Einrichtungen als geeignete Orte in Betracht kommen, die insbesondere im Hinblick auf die räumlichen Verhältnisse und hygienischen Voraussetzungen in besonderer Weise zur Leistungserbringung geeignet und bestimmt sind, ist aus den nachfolgend dargestellten Gründen problematisch und wird daher abgelehnt.

Wie bereits ausgeführt, dient die Festlegung der für die Erbringung der HKP geeigneten Orte durch den G-BA der Konkretisierung, an welchen Orten außerhalb des Haushalts, an denen sich die oder der Versicherte – nicht mit dem Ziel der Inanspruchnahme von HKP-Leistungen – aufhält, notwendige HKP-Leistungen durch einen HKP-Leistungserbringer nach § 132a Abs. 2 SGB V erbracht werden können. Hintergrund dieser im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) zum 01.04.2007 geänderten gesetzlichen Regelung waren Rechtsunsicherheiten in Bezug auf die Frage, ob HKP-Leistungserbringer zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung etwa in Schulen, Kindergärten oder betreuten Wohnformen HKP erbringen können. Vor diesem Hintergrund hat die Festlegung dieser für die Leistungserbringung geeigneten Orte durch den G-BA jedoch nicht zur Konsequenz, dass damit z. B. Kindergärten oder Schulen die notwendigen HKP-Leistungen als HKP-Leistungserbringer selbstständig erbringen, sondern dass ein Pflegedienst diese Örtlichkeiten aufsucht und die pflegerischen Maßnahmen erbringt.

Nach der Begründung des vorliegenden Änderungsantrags soll mit der vorgesehenen Ergänzung in § 37 Abs. 6 SGB V hingegen erreicht werden, dass insbesondere nicht näher bestimmte Spezialeinrichtungen zur Versorgung von chronischen Wunden (sog. Wundzentren) sowohl als Leistungsort in Frage kommen als auch als Leistungserbringer im Sinne des § 132a Abs. 2 SGB V zu berücksichtigen sind. Zur Regelung der Leistungserbringereigenschaft von „Wundzentren“ ist die vorgesehene gesetzliche Änderung in § 37 Abs. 6 SGB V aus folgenden Gründen nicht geeignet:

- Es fehlt zum einen an der notwendigen Bestimmtheit des Einrichtungsbegriffs. Weder der Gesetzeswortlaut noch die Ausführungen in der Gesetzesbegründung lassen ausreichend erkennen, um welche Art von Einrichtungen es sich handeln soll (insbesondere ambulant oder stationär? unter ärztlicher Leitung stehend oder Pflegeeinrichtung? Anforderungen an die Einrichtungsstruktur?) und in welchem Verhältnis die Leistungsansprüche nach diesen Regelungen zu anderen Anspruchsgrundlagen stehen. Die einzig im Gesetz genannten Anforderungen im Hinblick auf die räumlichen und hygienischen Voraussetzungen zur Leistungserbringung sind in keiner Weise geeignet, die maßgeblichen Einrichtungen und die Leistungsansprüche in der gebotenen Art und Weise zu bestimmen. So könnten beispielsweise auch Vertragsärzte zukünftig, sofern diese Pflegekräfte anstellen, Leistungen der häuslichen Krankenpflege erbringen. Es besteht die Ge-

fahr, dass die vorgenommene Öffnung präjudizierenden Charakter hat und die grundsätzliche Ausrichtung und Konzeption auch in Bezug auf andere Leistungen der HKP in Frage gestellt wird. Letztendlich könnten durch die Unbestimmtheit der Formulierung zu allen Leistungen der HKP Spezialzentren geschaffen werden. Auf der Grundlage der bisher aufsuchenden Leistung der HKP könnten somit neue Einrichtungsstrukturen aufgebaut werden, die in Konkurrenz zu den bestehenden Strukturen Leistungen anbieten, ohne dass sich daraus auch aus der Patientenperspektive Vorteile für die Versorgung ergeben.

- Ferner würden die bestehenden Instrumente zur Qualitätsprüfung auf der Grundlage der aktuellen gesetzlichen Vorgaben in sog. Spezialzentren zur Erbringung von HKP keine Anwendung finden. Vertragsschließende Pflegedienste nach § 132a Abs. 2 SGB V haben in der Regel auch einen Vertrag nach § 72 SGB XI. Dadurch ist sichergestellt, dass Leistungen der HKP im Rahmen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 und 114a SGB XI geprüft werden. Diese Qualitätsprüfungen würden bei Leistungen in Spezialzentren nicht stattfinden, da sich der Auftrag zur Durchführung von Qualitätsprüfungen ausweislich der gesetzlichen Regelungen auf Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen nach § 71 SGB XI bezieht. Somit kann die Qualität der Versorgung nicht gewährleistet werden.
- Zum anderen ist die vorgesehene Ergänzung in § 37 Abs. 6 SGB V und damit im 3. Kapitel des SGB V (Leistungen der Krankenversicherung) auch nicht geeignet, die Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern, die im 4. Kapitel des SGB V geregelt sind, zu regeln.

Im Ergebnis bleibt festzustellen, dass mit der vorgesehenen gesetzlichen Änderung die in der Begründung des vorliegenden Änderungsantrags erkennbare Zielsetzung, quasi eine lex specialis-Regelung für sog. Wundzentren zu schaffen, nicht erreicht wird. Wie dargestellt, sind die Auswirkungen aufgrund der weitgehenden Unbestimmtheit der geplanten Regelung nicht absehbar, sodass erhebliche Rechtsunsicherheit eintreten würde. Von daher wird dringend von einer solchen gesetzlichen Änderung abgeraten.

Ungeachtet dessen wird die Zielsetzung geteilt, für Versicherte mit chronischen Wunden eine dem aktuellen Stand der Erkenntnisse und individuell angepasste Wundversorgung sicherzustellen. Probleme in der Versorgung von komplexen (chronischen Wunden) – insbesondere in ländlichen Regionen – können jedoch nicht durch Wundzentren behoben werden, welche sich – wie vorliegende Erfahrungen bereits zeigen – vorwiegend in Ballungsgebieten etablieren werden. Daher bedarf es nicht der Schaffung eines neuen Einrichtungstyps oder anderweitiger gesetzlicher Änderungen, da die bestehenden Regelungen insbesondere zur HKP, zur ärztlichen Versorgung und zu den Verträgen über eine besondere Versorgung nach § 140a

SGB V insoweit ausreichende Grundlagen darstellen. Diese sollten auf der Grundlage aktueller medizinischer und pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse weiterentwickelt werden. Dies ist u. a. im Rahmen des bestehenden Evaluationsauftrags des G-BA sicherzustellen, ohne dass es hierzu eines neuen gesetzlichen Auftrags bedarf. Unbeschadet der Neuregelung besteht bereits heute die Möglichkeit, sich als Pflegedienst nach § 132a zusätzlich auf die Wundversorgung zu spezialisieren oder die Wundversorgung durch Vernetzung und Kooperation (über §§ 73b, 140a SGB V) anzubieten.

C) Änderungsvorschlag

Dem Änderungsantrag sollte nicht gefolgt werden.

Änderungsantrag 4

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6a

§ 129 – Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Sofern sich die Vertragsparteien nicht auf die unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle zur Arzneimittelversorgung und Arzneimittelabrechnung nach § 129 Abs. 8 SGB V einigen können, findet – analog zur Besetzung des Schiedsamtes nach § 89 SGB V – ein Losentscheid zur Ermittlung der unparteiischen Mitglieder statt. In § 89 SGB V ist weiterhin geregelt, dass im Falle eines Losentscheids für die unparteiischen Mitglieder eine verkürzte Amtszeit von einem Jahr gilt. Der Gesetzgeber möchte nun durch eine Anpassung klarstellen, dass bei einer Besetzung der Schiedsstelle nach § 129 Abs. 8 SGB V per Losentscheid – in entsprechender Anwendung zu § 89 Abs. 3 SGB V – ebenfalls eine verkürzte Amtszeit von einem Jahr gilt.

B) Stellungnahme

Der Verweis greift die bereits bestehende Regelung in § 89 Abs. 3 SGB V zur Besetzung des Schiedsamtes auf und erscheint aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes konsequent.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 5

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6b

§ 130b – Vereinbarungen zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmern über Erstattungsbeträge für Arzneimittel

A) Geplante Neuregelung

a) Absatz 4 Satz 7

Mit Gesetz vom 27.03.2014 (14. SGB V-Änderungsgesetz) sollen § 130b Abs. 1 Satz 2 neu gefasst sowie die Sätze 3 bis 5 gestrichen werden. Die bisherigen Sätze 6 bis 9 sollen die Sätze 3 bis 6 werden, der bisherige Satz 10 soll dann Satz 7 werden.

b) Absatz 5 Satz 5

Sofern sich die beiden Parteien nicht auf die unparteiischen Mitglieder der gemeinsamen Schiedsstelle nach § 130 Abs. 5 SGB V einigen können, findet – analog zur Besetzung des Schiedsamtes nach § 89 Abs. 3 SGB V – ein Losentscheid zur Ermittlung der unparteiischen Mitglieder statt. In § 89 Abs. 3 SGB V ist weiterhin geregelt, dass im Falle eines Losentscheids für die unparteiischen Mitglieder eine verkürzte Amtszeit von einem Jahr gilt. Durch die Anpassung des § 130b Abs. 5 Satz 5 SGB V wird klargestellt, dass bei einer Besetzung der Schiedsstelle nach § 130b Abs. 5 SGB V per Losentscheid – in entsprechender Anwendung zu § 89 Abs. 3 SGB V – ebenfalls eine verkürzte Amtszeit von einem Jahr gilt.

c) Absatz 9

Mit der Neuregelung in § 130b Abs. 9 SGB V soll klargestellt werden, dass auch bei Entscheidungen der unparteiischen Mitglieder im Zusammenhang mit der Festsetzung der Rahmenvereinbarung ein Vorverfahren nicht stattfindet.

Mit einer weiteren Neuregelung soll dem Bundesministerium für Gesundheit die Möglichkeit eingeräumt werden, den Vertragspartnern eine Frist zum Abschluss einer Rahmenvereinbarung zu setzen. Nach Ablauf dieser Frist sollen die unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle den Inhalt der Rahmenvereinbarung dann auch ohne Antrag einer Vertragspartei festsetzen. Eine letzte Änderung soll ein redaktionelles Versehen (siehe Änderung a) Absatz 4 Satz 7) korrigieren.

B) Stellungnahme

Zu a)

Mit der angedachten Änderung des Verweises in § 130b Abs. 4 Satz 7 SGB V wird lediglich ein damaliges redaktionelles Versehen korrigiert.

Zu b)

Der Verweis in § 130b Abs. 9 SGB V greift die bereits bestehende Regelung in § 89 Abs. 3 SGB V zur Besetzung des Schiedsamts auf und erscheint aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes konsequent.

Zu c)

Der Vorschlag zur Änderung des § 130b Abs. 9 SGB V orientiert sich an der Regelung in § 130b Abs. 4 Satz 6 SGB V; dort ist festgelegt, dass bei Klagen gegen die Entscheidung der Schiedsstelle ein Vorverfahren nicht stattfindet. Bislang war jedoch streitig, ob bei Klagen gegen eine Einzelfallentscheidung der unparteiischen Mitglieder mit Verwaltungsaktcharakter ein Vorverfahren analog § 130b Abs. 4 Satz 6 SGB V ausgeschlossen werden kann. Die geplante Neuregelung legt einen solchen Ausschluss nunmehr fest und folgt somit der grundsätzlichen Ausrichtung des § 130b SGB V zu Entscheidungen der Schiedsstelle und denen der unparteiischen Mitglieder. Auch aus prozessökonomischen Gründen scheint die Neuregelung sinnvoll.

Die Regelung, dem Bundesministerium für Gesundheit die Möglichkeit einer Fristsetzung zum Abschluss einer Rahmenvereinbarung einzuräumen stellt einen unnötigen Eingriff in die Kompetenzen der Rahmenvereinbarungspartner dar. Der GKV-Spitzenverband erkennt die Notwendigkeit der Neuregelung nicht.

C) Änderungsbedarf

Zu a)

Keiner.

Zu b)

Keiner.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 02.11.2015
zum Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen; hier: Änderungsanträge lt. Ausschussdrucksache 18(14)0136.1
Seite 18 von 25

Zu c)

Aus Gründen der Normenklarheit sollten in Abs. 9 Satz 7 (neu) vor den Wörtern „der Schiedsstelle“ noch die Wörter „der unparteiischen Mitglieder“ ergänzt werden.

Die Regelung zur Fristsetzung durch das Ministerium ist zu streichen.

Änderungsantrag 6

Artikel 1c (Änderung der Verordnung über die Schiedsstelle für Arzneimittelversorgung und die Arzneimittelabrechnung)

§ 6 – Einleitung des Schiedsverfahrens, Fristen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen § 130b Abs. 9 Satz 6 (Nummer 6b, Änderungsantrag 5) soll dem Bundesministerium für Gesundheit die Möglichkeit eingeräumt werden, den Vertragspartnern eine Frist zum Abschluss einer Rahmenvereinbarung zu setzen. Die Regelung zu Einleitung des Schiedsverfahrens soll entsprechend angepasst werden.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nr. 6b (Änderungsantrag 5), die vom GKV-Spitzenverband nicht befürwortet wird.

C) Änderungsvorschlag

Dem Änderungsantrag sollte nicht gefolgt werden.

Änderungsantrag 7

Artikel 1 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6c neu Buchstabe a)

§ 132a – Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V sollen Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tarifröhne oder Arbeitsentgelte beinhalten. Die Rahmenempfehlungen sind innerhalb einer Frist von sechs Monaten abzugeben.

B) Stellungnahme

Die Schaffung von Transparenzvorgaben hinsichtlich tatsächlich gezahlter Arbeitsentgelte wird grundsätzlich begrüßt. Mit der vorgesehenen Ergänzung in § 132a Abs. 1 SGB V, wonach sich die Partner der Rahmenempfehlungen auf Bundesebene auf Transparenzvorgaben hinsichtlich der tatsächlich gezahlten Tarifröhne und Arbeitsentgelte verständigen sollen, soll ausweislich der Begründung zum Änderungsantrag eine einheitliche Vorgabe für die Vertragspartner der Vergütungsvereinbarungen erreicht werden. Da die Partner der Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V – mit Ausnahme von Regelungen bezüglich der Abrechnung von Leistungen (s. § 302 Abs. 4 SGB V) – lediglich Empfehlungen aussprechen können, lässt sich die Zielsetzung einer bundesweit einheitlichen Festlegung von Transparenzvorgaben auf diese Weise nicht erreichen. Vielmehr bedarf es einer gesetzlichen Regelung, wonach der Leistungserbringer auf Verlangen einer Vertragspartei die tatsächlich gezahlten Arbeitsentgelte nachzuweisen hat.

C) Änderungsvorschlag

Dem Änderungsantrag sollte nicht gefolgt werden. Stattdessen sollten in § 132a Abs. 2 nach Satz 1 folgende Sätze eingefügt werden: „Im Falle einer Vereinbarung der Preise auf Grundlage der Bezahlung der Beschäftigten sind tatsächlich gezahlte Arbeitsentgelte durch den Leistungserbringer auf Verlangen einer Vertragspartei nachzuweisen. Personenbezogene Daten sind dabei zu anonymisieren.“

Änderungsantrag 7

Artikel 1 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6c neu Buchstabe b

§ 132a – Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der § 132a Abs. 2 Satz 6 SGB V soll insoweit geändert werden, dass im Falle der Nichteinigung der Vertragspartner der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt wird. Darüber hinaus soll klargestellt werden, dass im Falle der Nichteinigung auf eine Schiedsperson diese von der für die vertragsschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung der Schiedsperson notwendigen Informationen bestimmt wird.

B) Stellungnahme

Nach der aktuellen Gesetzeslage besteht bereits die Verpflichtung, in den Verträgen Regelungen über die Bestimmung einer unabhängigen Schiedsperson für den Fall der Nichteinigung vorzusehen sowie die explizite gesetzliche Regelung, dass für den Fall der Nichteinigung auf eine Schiedsperson diese durch die Aufsichtsbehörde festgelegt wird. Diese sind ausreichend. Eine Fristsetzung führt nicht zur Steigerung der Effizienz bei der Durchführung von Schiedsverfahren. Etwaige Vergütungserhöhungen können auch unter geltender Rechtslage rückwirkend vergütet werden.

C) Änderungsvorschlag

Dem Änderungsantrag sollte nicht gefolgt werden.

Änderungsantrag 8

Artikel 1 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6d neu

§140 Abs. 2 – Patientenbeteiligung im G-BA

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung wird den Patientenvertreterinnen und -vertretern im G-BA auf der Ebene der Unterausschüsse die Möglichkeit eines Vetorechts bei der Entscheidung über die Einrichtung von Arbeitsgruppen und die Hinzuziehung von Sachverständigen eingeräumt, sofern sie ein einheitliches Votum abgeben.

B) Stellungnahme

Der aktuelle Umfang der Patientenbeteiligung im G-BA (auf der Grundlage von §140f Abs.2 und der Patientenbeteiligungsverordnung):

- Beteiligung an Anhörungs- und Stellungnahmeverfahren
- Mitberatungsrecht auf allen Arbeitsebenen des G-BA
- Recht zur Anwesenheit bei Beschlussfassung
- Antragsrecht bei definierten Beschlüssen des G-BA
- Regelmäßige Abfrage zur Positionierung vor Beschlussfassung im Plenum des G-BA

räumt der Patientenvertretung umfangreiche Einflussmöglichkeiten ein. Die Wahrnehmung der Patientenbeteiligung in den Beratungen auf Arbeitsebene und im Plenum bewertet der GKV-Spitzenverband positiv.

Das geltende Mitberatungsrecht schließt auch das Vorschlags- und Antragsrecht für die Benennung von Sachverständigen und bei der Einrichtung von Arbeitsgruppen ein.

Die nun mit der Änderung des § 140 f Abs. 2 SGB V vorgesehene Weiterentwicklung der Patientenbeteiligung im G-BA kommt in diesen Verfahrensfragen durch die Einführung eines erforderlichen Einvernehmens mit den Patientenvertreterinnen und -vertretern einem Vetorecht gleich. Diese „Mitbestimmung“ der Patientenvertretung in einer Verfahrensfrage ist nicht im Einklang mit der Patientenbeteiligungsverordnung, nach der die sachkundigen Personen ein Mitberatungsrecht, aber kein Stimmrecht haben. Die vorgeschlagene Neuregelung würde der Patientenvertretung eine stärkere Position geben als den Trägern des G-BA. Die beabsichtigte Neuregelung wird deshalb abgelehnt und sollte gestrichen werden.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 02.11.2015
zum Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen; hier: Änderungsanträge lt. Ausschussdrucksache 18(14)0136.1
Seite 23 von 25

C) Änderungsvorschlag

Dem Änderungsantrag sollte nicht gefolgt werden.

Artikel 4 (Änderung Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde)

§3a neu – Einführung von Modellstudiengängen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung bezweckt die Einführung einer Modellklausel auch in das Zahnmedizinstudium. Damit können die nach Landesrecht zuständigen Stellen Modellstudiengänge einrichten, die von der durch die Approbationsordnung für Zahnärzte festgelegten Regelausbildung in vorgegebenen Punkten abweichen. Unter anderem soll ein Verzicht auf das Ablegen der naturwissenschaftlichen Vorprüfung („Vorphysikum“) und der zahnärztlichen Vorprüfung („Physikum“) ermöglicht werden. Der Fokus soll weg von einer stark auf Zahnersatz hin zu einer auf Prävention und Restauration ausgerichteten Zahnheilkunde gelenkt werden. Die starre Trennung zwischen vorklinischer und klinischer Ausbildung wird aufgehoben. Die spätere Patientenbehandlung wird eher auf den Gesamtfall ausgerichtet als auf die Behandlung isolierter Krankheitsbilder.

B) Stellungnahme

Der GKV-SV befürwortet das Vorhaben, eine Modellklausel in das Zahnmedizinstudium einzufügen, weil dadurch sowohl an Standorten mit als auch an solchen ohne humanmedizinische Modellstudiengänge die Übernahme verbesserter zahnmedizinischer Studieninhalte und -methoden ermöglicht wird.

Änderungen der Approbationsordnung müssen aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung dem Ziel dienen, sich positiv auf die Qualität der Patientenbehandlung auszuwirken. Solange keine gesicherten Erkenntnisse zum Zusammenhang zwischen zahnmedizinischer Ausbildungsqualität und Qualität der Patientenbehandlung vorliegen, ist ein Orientieren an nationalen wie internationalen Standards und Best-Practice-Modellen zahnmedizinischer Ausbildung sinnvoll.

Für das Erreichen des Ziels sollten die Bundesländer die notwendigen Ressourcen zur Verfügung stellen, um ihrem Auftrag zur guten wissenschaftlichen und praktischen Ausbildung der Zahnärztinnen und Zahnärzte nachzukommen.

Auf europäischer Ebene wird es nicht als Standard angesehen, das zahnmedizinische Studium rein mechanistisch und nur hinsichtlich vorklinischer Studieninhalte an die strukturellen Vorgaben des humanmedizinischen Studiums anzugleichen. Vielmehr sollten gezielt die Kennt-

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 02.11.2015
zum Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen; hier: Änderungsanträge lt. Ausschussdrucksache 18(14)0136.1
Seite 25 von 25

nisse und Fähigkeiten vermittelt werden, die für die zahnärztliche Behandlung der Patientinnen und Patienten erforderlich sind.¹

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

¹ Association for Dental Education in Europe (ADEE), Task Force II: Curriculum Structure, Content, Learning and Assessment in European Undergraduate Dental Education. Update 2010. www.adee.org