

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
18(14)0091(23)  
gel. VB zur öAnhörung am 25.03.  
15\_GKV-VSG  
20.03.2015



**BKK Dachverband e.V.**

Mauerstraße 85  
10117 Berlin

TEL (030) 2700406-0

FAX (030) 2700406-222

politik@bkk-dv.de

www.bkk-dachverband.de

## Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V.

vom 25. März 2015

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Ver-  
sorgung in der gesetzlichen Krankenversiche-  
rung  
(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)

---

### Inhaltsverzeichnis

- |                               |             |
|-------------------------------|-------------|
| I. Vorbemerkung               | (Seite 2)   |
| II. Detailkommentierung       | (Seite 5)   |
| III. Weiterer Änderungsbedarf | (Seite 106) |
-

## I. Vorbemerkung

Mit dem Gesetzentwurf zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz –GKV-VSG) ist ein weiterer Schritt getan, die Versorgung an die sich wandelnden Anforderungen an das Gesundheitssystem anzupassen. Der Abbau von Hürden für sektorübergreifende Angebote, neue Möglichkeiten, Behandlungsstrukturen und -prozesse weiter zu entwickeln, sowie Lösungsansätze für die unterschiedlichen Versorgungssituationen in Ballungsgebieten und ländlichen Räumen sollen Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte, flächendeckende medizinische Versorgung sichern. Der BKK Dachverband begrüßt die Zielsetzung des Gesetzentwurfs und sieht darin eine deutliche Verbesserung des Versorgungsangebots für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung.

Folgende Einzelvorhaben sind aus Sicht der Betriebskrankenkassen besonders zu betrachten (siehe ausführliche und dezidierte Bewertung des GKV-VSG ab Seite 5).

### **Innovationsfonds: Innovationsausschuss und Finanzierung**

Einen Schub für die Weiterentwicklung von innovativen sektorübergreifenden Versorgungsprojekten kann die Errichtung des Innovationsfonds geben. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass bei der Erarbeitung der Förderkriterien und den Entscheidungen über die Förderfähigkeit im Innovationsausschuss auch diejenigen beteiligt werden, die den Innovationsfonds finanzieren und über praktisches Knowhow zum Management von Innovationen verfügen. Hierfür kommen nur die Krankenkassen in Frage, die Versorgungsprojekte von der Ausschreibung bis hin zur Vertragsumsetzung konzipieren, koordinieren, umsetzen und evaluieren. Damit würden anspruchsvolle, gleichzeitig aber auch realistisch erreichbare Anforderungen definiert bzw. auf den (Regel-)Versorgungsalltag umsetzbare Projekte bewilligt werden können.

Sollte aus politischen Gründen der Innovationsausschuss nicht auch mit Vertretern von Einzelkassen besetzt werden, ist deren Beteiligung zumindest im Expertenbeirat gesetzlich vorzusehen. Der Innovationsausschuss sollte zudem eine Abweichung von der Empfehlung des Expertenbeirates schriftlich begründen müssen.

Die Finanzierung des Innovationsfonds bzw. Fonds für Versorgungsforschung ist von der bisher vorgesehenen versichertenbezogenen auf eine mitgliederbezogene Mittelherhebung umzustellen. Eine Erhebung je Versicherten ist systematisch unüblich und nicht sachgerecht: Schließlich erfolgt die Finanzierung in der GKV grundsätzlich durch die Beiträge der Mitglieder.

### **Besondere Versorgung: Flexibilisierung und Rechtsverletzung**

Die betriebliche Krankenversicherung begrüßt, dass mit der Neuformulierung des Paragraphen 140 a „Besondere Versorgung“ selektivvertragliche Regelungen sinnvoll gebündelt und flexiblere Gestaltungsspielräume für innovative Versorgungsansätze geschaffen werden. Die vorgesehene Streichung der Vorlagepflicht von neuen Versorgungsvorhaben bei den Aufsichtsbehörden wird die Geschwindigkeit bezüglich der Umsetzung von Selektivverträgen zu Gunsten der Versicherten deutlich erhöhen.

Kritisch sieht der BKK Dachverband die erweiterten Befugnisse der Aufsichtsbehörden, ein Zwangsgeld bis zu einer Höhe von 10 Millionen Euro verhängen zu können, falls die Aufsichtsbehörden eine erhebliche Rechtsverletzung feststellen. Die bisherigen Aufsichtsrechte reichen vollständig im Falle von Rechtsverletzungen aus (vgl. § 89 SGB IV) und vermeiden, dass eine ungewisse Auslegung eines „erheblichen Rechtsverstoßes“ zu Rechtsunsicherheiten führt. Dies könnte den Anreiz zum Abschließen neuer, evtl. bisher unerprobter Versorgungsansätze deut-

lich senken. Damit würde das Gegenteil von dem erreicht, was der Gesetzgeber durch den Abbau von Hürden und Hemmnisse im selektivvertraglichen Bereich intendiert.

#### **Krankengeld: Rechtsklarheit und-sicherheit sowie Bürokratie und Wirtschaftlichkeitsgebot**

Der Anspruch eines Versicherten auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse ist zu begrüßen. Diese Unterstützung leisten viele Krankenkassen bereits seit geraumer Zeit und setzen mit ihren Maßnahmen konkret bei den einzelnen Versicherten und ihrer jeweiligen individuellen Bedarfssituation an. Dabei stehen sie häufig in Bezug auf die Datenerhebungsbefugnis im Konflikt mit der Beauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit. Die nun beabsichtigte gesetzgeberische Klarstellung zum Anspruch der Versicherten auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen und zur damit einhergehenden Befugnis zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung entsprechender Daten wirft jedoch – auch datenschutzrechtlich – mehr Fragen auf, als sie löst und sollte daher durch eine einfachere Lösung ersetzt werden.

Sollte der Gesetzgeber jedoch an der geplanten Regelung festhalten, ist von der vorgesehenen Schriftformerfordernis zur Einwilligung im Hinblick auf die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten abzusehen. Auch moderne Kommunikationsmittel und Wege der Einwilligung und ihrer Dokumentation sollten – zur Beschleunigung der Prozesse – genutzt werden können.

#### **Entlassmanagement: Institutionalisierung und Arzneimittelabgabe**

Der BKK Dachverband begrüßt die Anpassung der Rahmenbedingungen des Entlassmanagements. Hierdurch wird den Patientinnen und Patienten der Übergang von der stationären Versorgung in den ambulanten Bereich erleichtert. Nach Auffassung der betrieblichen Krankenversicherung ist es jedoch erforderlich, diese Leistung stärker zu institutionalisieren und gleichzeitig die Qualität des Entlassmanagements insgesamt zu verbessern. Entsprechend ist der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung zu beauftragen, Grundsätze zum Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a (neu) zu regeln. Darüber hinaus sollte bei der Versorgung mit Arzneimitteln ergänzend vorgesehen werden, dass das Krankenhaus Patienten die zur Überbrückung benötigte Menge an Arzneimitteln abzugeben hat, wenn im unmittelbaren Anschluss an die Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt. Damit würden Versorgungsprobleme an solchen Tagen ausgeschlossen.

#### **Ambulante spezialfachärztliche Versorgung: Entfristung von „Alt-Zulassungen“**

Bei der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach §116b SGB V sieht der Gesetzentwurf eine Entfristung des Bestandsschutzes für diejenigen Krankenhäuser vor, die gemäß § 116b Absatz 1 Satz 1 (idF bis 31.12.2011) zur ambulanten Behandlung bestimmt worden waren. Diese Regelung sieht der BKK Dachverband äußerst kritisch. Sie widerspricht der Intention des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes, sektorenübergreifend einheitliche Rahmenbedingungen für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung zu schaffen. Einheitliche Rahmenbedingungen wiederum sind zwingende Voraussetzung für einen fairen Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung. Dies gilt insbesondere auch mit Blick auf die Anforderungen an die Qualität, die für alle Leistungserbringer gleichermaßen hoch sein sollten.

#### **Hebammen: Regressverzicht**

Mit der Regelung zum Regressverzicht der Kranken- und Pflegeversicherung gegenüber freiberuflichen Hebammen lässt sich das Ziel, Haftpflichtprämien zu senken und den Versicherungsmarkt wieder zu beleben, dauerhaft nicht erreichen. Hier sind grundlegende Reformen nötig. Darüber hinaus bewirkt die Regelung eine Ungleichbehandlung von angestellten und freiberuf-

lichen Hebammen in der klinischen Entbindung und wirft damit erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken auf. Für Krankenhäuser besteht sogar ein Anreiz, angestellte Hebammen aus Kostengründen in die Freiberuflichkeit zu drängen.

#### **Konvergenz der ärztlichen Vergütung:**

Die geplante Konvergenz der ärztlichen Vergütung „nach oben“ ist abzulehnen. Es ist zu befürchten, dass die gesetzliche Krankenversicherung deutliche Mehrausgaben finanzieren muss, ohne dass sich Versorgungsstrukturen oder die Versorgungsqualität verbessern. Gleichzeitig ist bisher keine Überprüfung der Vergütung oberhalb des bisherigen Vergütungsdurchschnitts geplant.

#### **MDK: Vertreter der Pflegeberufe sowie der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen**

Die Einbeziehung von Vertretern der Pflegeberufe in die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste der Kranken- und Pflegekassen (MDK) lehnt der BKK Dachverband ab. Auch in Zukunft sollte der sozialmedizinische Dienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung unabhängig – ohne Einfluss von Leistungserbringern – die Kassen bei der Beurteilung medizinischer Sachverhalte unterstützen und bei der Entscheidungsfindung beraten. Darüber hinaus sind sie bereits auf Bundesebene ausreichend bei der Richtlinienerarbeitung eingebunden. Die Einbeziehung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen sollte an geeigneter Stelle, z.B. in Form eines Beirates erfolgen. Der Verwaltungsrat ist hingegen das falsche Gremium. Hier werden in der Regel keine Entscheidungen, die die Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen direkt betreffen, gefällt.

#### **Morbi-RSA: Kodierrichtlinien**

Seit Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) spielt die dokumentierte Morbidität der Versicherten eine tragende Rolle bei der Ermittlung der Zuweisungen an die Krankenkassen. Daher kommt der korrekten und einheitlichen Dokumentation der vorliegenden Erkrankungen über stationäre und ambulante Diagnosen sowie Arzneimittelverordnungen eine zentrale Rolle zu. Im Gegensatz zum stationären Bereich existieren allerdings für den ambulanten Sektor keine verbindlichen Kodierrichtlinien zur Dokumentation von Diagnosen. Daher sollte im GKV-VSG die notwendige Verankerung vorgenommen werden.

## **II. Detailkommentierung**

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

#### **Nr. 2**

#### **§ 11 (Leistungsarten)**

*§ 11 wird wie folgt geändert:*

- a) *In Absatz 4 Satz 6 werden die Wörter „nach den §§ 140a bis 140d“ durch die Angabe „nach § 140a“ ersetzt.*
- b) *In Absatz 6 Satz 1 werden nach der Angabe „(§ 27a),“ die Wörter „zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung (§ 27b)“ eingefügt.*

*§ 11 wird wie folgt geändert:*

#### **a) Gewünschte Änderung**

keine

#### **b) Begründung**

zu b) Die Ergänzung ist zu begrüßen, weil damit auch die bereits bestehenden und bewährten Zweitmeinungsverfahren der Betriebskrankenkassen mit den bereits aufgebauten Angebotsstrukturen – verankert als Satzungsleistung – weiter fortgeführt und auch über den vom Gemeinsamen Bundesausschuss definierten Zweitmeinungsanspruch hinaus entsprechend der Versichertenbedarfe Zweitmeinungsverfahren eingeführt werden können. Damit können die Versicherten von der hier bereits verbesserten Indikations- und Versorgungsqualität weiter profitieren.

#### **Nr. 4**

### **§22a neu (Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen)**

*nach § 22 wird folgender § 22a eingefügt:*

„§ 22a

*Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen*

*(1) Versicherte, die einer Pflegestufe nach § 15 des Elften Buches zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 des Zwölften Buches erhalten oder dauerhaft erheblich in ihrer Alltagskompetenz nach § 45a des Elften Buches eingeschränkt sind, haben Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen. Die Leistungen umfassen insbesondere die Erhebung eines Mundgesundheitsstatus, die Aufklärung über die Bedeutung der Mundhygiene und über Maßnahmen zu deren Erhaltung, die Erstellung eines Planes zur individuellen Mund- bzw. Prothesenpflege sowie die Entfernung harter Zahnbeläge. Pflegepersonen des Versicherten sollen in die Aufklärung und Planerstellung nach Satz 2 einbezogen werden.*

*(2) Das Nähere über Art und Umfang der Leistungen regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92.“*

#### **a) Gewünschte Änderung**

Streichung und ggf. Anpassung im Sinne der folgenden Begründung.

#### **b) Begründung**

Mit der Neufassung eines § 22a SGB V soll eine neue Leistung zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen, Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und Menschen mit Behinderungen geschaffen werden. Dieser neue Leistungsbereich soll der zahnmedizinischen Prävention und hier der Individualprophylaxe in Anlehnung an den § 22 SGB V zugeordnet werden. Diese Herangehensweise ist aufgrund fehlender Evidenz grundsätzlich kritisch zu hinterfragen und deshalb in der Form abzulehnen.

Um etwaigen gesonderten Bedarfen der genannten Zielgruppen dennoch gerecht zu werden, könnten die aufgezeigten Maßnahmen gegebenenfalls in die gruppenprophylaktischen Strukturen des § 21 SGB V (Verhütung von Zahnerkrankungen - Gruppenprophylaxe) eingebettet werden. Damit würden die Maßnahmen in den Kontext einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe gerückt und außerdem könnten so alle Akteure auf Landesebene bei der Leistungserfüllung und Finanzierung eingebunden werden, wie etwa Zahnärztekammer, Kassenzahnärztliche Vereinigung, ÖGD, Krankenkassen, ambulante Pflegedienste, (teil-) stationäre Pflegeeinrichtungen und die Versorgung vernetzt angeboten werden. Zu beachten gilt dabei, dass eine strikte Abgrenzung zu den Leistungskomplexen der Pflegeversicherung (SGB XI) erfolgt.

Darüber hinaus ist zu klären, inwieweit sich mit den speziellen Maßnahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) und dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) – welche u.a. der Schaffung von Anreizen für die aufsuchende Versorgung durch Vertragszahnärztedienste – Leistungsüberschneidungen ergeben, denn es bleibt festzuhalten, dass durch Einfügen des § 87 Abs. 2i SGB V auf Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss des Bundestages) mit Wirkung zum 01.01.2012 im Einheitlichen Bewertungsmaßstab

für zahnärztliche Leistungen (BEMA) eine neue Leistung geschaffen wurde, mit der dem Vertragszahnarzt das erforderliche Aufsuchen von den Versicherten bereits vergütet wird, die einer Pflegestufe nach dem SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach dem SGB XII erhalten und die wegen ihrer Pflegebedürftigkeit oder Behinderung die Zahnarztpraxis nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können. Durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) ist § 87 Abs. 2i Satz 1 SGB V, bezogen auf die für den Versicherten geltenden Voraussetzungen, mit Wirkung zum 30.10.2012 um den Sachverhalt erweitert worden, dass ein Versicherter dauerhaft erheblich in seiner Alltagskompetenz nach § 45 SGB XI eingeschränkt ist, so dass aufgrund der Pflegebedürftigkeit, Behinderung oder Einschränkung das Aufsuchen der Zahnarztpraxis nicht oder nur mit hohem Aufwand möglich ist. Die Vergütung wird neben dem Wegegeld gezahlt und soll dem erhöhten personellen, instrumentellen und zeitlichen Aufwand der Vertragszahnärzte für das Aufsuchen dieser Patienten ausreichend Rechnung tragen.

Mit der Einfügung des § 87 Abs. 2j SGB V zum 30.10.2012 ist die mit § 87 Abs. 2i SGB V begonnene Verbesserung des Ausbaus der vertragszahnärztlichen Versorgung auf die Bewohner in stationären Pflegeheimen fortgesetzt worden. Dafür wurde im BEMA eine zusätzliche, in der Bewertung über § 87 Abs. 2i Satz 1 SGB V hinausgehende Leistung vorgesehen, wenn die in der Vereinbarung nach § 119b SGB V festgelegten Anforderungen eingehalten werden. Diese Anforderungen sind ebenfalls mit dem PNG in § 119b Abs. 2 SGB V mit Wirkung zum 30.10.2012 inhaltlich bestimmt worden. Danach sollten auf Bundes- und Landesebene bis spätestens 30.09.2013 Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität der Versorgung sowie die Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen vereinbart werden. Unter ärztliche Versorgung ist auch die zahnärztliche Versorgung zu verstehen, so dass der Vertragszahnarzt einen Vergütungszuschlag nach § 87 Abs. 2j SGB V erhält, wenn er die auf der Bundesebene vereinbarten Maßnahmen an die Versorgungsqualität der Heimbewohner erfüllt.

Der Rahmenvereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V ist unter § 4 zu entnehmen, dass die dort aufgeführten Leistungen weitestgehend mit den Leistungen korrespondieren, welche der vorliegende Gesetzentwurf benennt. Insofern scheint auch die Möglichkeit gegeben, die gesetzlichen Regelungen im § 87 Abs. 2i und 2j SGB V so zu ergänzen bzw. anzupassen, dass sie der Intention des Gesetzgebers zur vorgeschlagenen Neufassung des § 22a SGB V genügen. Auszuschließen ist dabei allerdings, die vorgesehene Leistung "Entfernung harter Zahnbeläge", da diese bereits Bestandteil der Leistung nach BEMA-Nr. 107 ist und allen Versicherten zusteht.

## **Nr. 5**

### **§ 24i (Mutterschaftsgeld)**

*§ 24i wird wie folgt geändert:*

a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

*„Mutterschaftsgeld erhalten auch Frauen*

- 1. deren Arbeitsverhältnis unmittelbar vor Beginn der Schutzfrist nach § 3 Absatz 2 des Mutterschutzgesetzes endet, wenn sie am letzten Tag des Arbeitsverhältnisses Mitglied einer Krankenkasse waren oder*
- 2. die zu Beginn der Schutzfrist nach § 3 Absatz 2 des Mutterschutzgesetzes die Voraussetzungen nach Satz 1 nicht erfüllen, weil ihr Anspruch auf Arbeitslosengeld nach den §§ 157 oder 159 des Dritten Buches ruht.“*

b) In Absatz 4 Satz 1 wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Arbeitseinkommen“ die Wörter „oder Urlaubsabgeltung“ eingefügt.

#### **a) Gewünschte Änderung**

zu a) Nr. 1 Streichung

#### **b) Begründung**

Die Regelung ist abzulehnen, weil der Versicherungsfall (hier: Beginn der Schutzfrist nach § 3 Abs. 2 MuSchG) zu einem Zeitpunkt entsteht, zu dem eine Mitgliedschaft mit Anspruch auf Krankengeld oder das Arbeitsverhältnis nicht (mehr) besteht. Das anspruchsbegründende Versicherungsverhältnis und der leistungsauslösende Tatbestand sind zeitlich nicht kongruent. Hierzu gibt es auch bereits eine gesicherte und eindeutige Rechtsprechung des BSG vom 29. 4. 1971 – 3 RK 3/71 – (USK 7175): „Versicherungsfall für die Zahlung von Mutterschaftsgeld ist nicht die Entbindung, sondern der Beginn der Schutzfrist nach § 3 Abs. 2 MuSchG.“

Erklärt sich eine Arbeitslose während der Schutzfrist von § 3 Abs. 2 MuSchG ausdrücklich zur Arbeitsleistung bereit, steht sie allerdings der Arbeitsvermittlung zur Verfügung. Der dadurch entstehende Anspruch auf Arbeitslosengeld löst Versicherungspflicht aus, so dass hieraus ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld grundsätzlich entstehen kann und somit auch der weitere Versicherungsschutz und die finanzielle Absicherung gewährleistet sind.

Auf Seiten der Arbeitgeber besteht die Möglichkeit, dass Arbeitsverhältnisse, gerade wegen der Kenntnis über eine vorliegende Schwangerschaft, zielgerichtet bis einen Tag vor Beginn der Schutzfrist befristet werden könnten. Sie sind dann nicht verpflichtet, die Differenz zwischen dem zu zahlenden Mutterschaftsgeld und dem entgangenen Nettolohn als Mutterschutzlohn zu zahlen und entziehen sich somit ihren Fürsorgepflichten.

## **Nr. 7**

### **§27b (Zweitmeinung)**

*Nach § 27a wird folgender § 27b eingefügt:*

*(1) Versicherte, bei denen die Indikation zu einem planbaren Eingriff gestellt wird, bei dem insbesondere im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung seiner Durchführung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist, haben Anspruch darauf, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung bei einem Arzt oder einer Einrichtung nach Absatz 3 einzuholen. Die Zweitmeinung kann nicht bei einem Arzt oder einer Einrichtung eingeholt werden, durch den oder durch die der Eingriff durchgeführt werden soll.*

#### **a) Gewünschte Änderung**

Satz 1: Austausch der Worte „zu einem planbaren Eingriff“ durch die Worte „zu einer planbaren operativen oder diagnostischen Intervention“.

#### **b) Begründung**

Nicht nur für operative Eingriffe, sondern auch für diagnostische Verfahren besteht die Gefahr medizinisch nicht begründbarer Mengenausweitung. Insbesondere bei diagnostischen Verfahren, die komplex, aufwendig oder besonders risikobehaftet sind und bei denen ein großer Entscheidungs- und Ermessensspielraum besteht, ist es notwendig, die Indikationsstellung abzusichern. Hier sollte daher ebenfalls die Möglichkeit bestehen, eine zweite ärztliche Meinung einzuholen, um die Chancen und Risiken der Intervention sorgfältig abwägen zu können.

*(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seinen Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 für welche planbaren Eingriffe nach Absatz 1 Satz 1 der Anspruch auf Einholung der Zweitmeinung im Einzelnen besteht. Er legt, soweit erforderlich, eingriffsbezogenen Anforderungen an die Abgabe der Zweitmeinung und an die Leistungserbringer nach Absatz 3 fest, die für die Abgabe einer Zweitmeinung geeignet sind. Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die Festlegungen nach den Sätzen 1 und 2 erstmals bis zum 31. Dezember 2015. Zusätzliche Zweitmeinungsangebote der Krankenkassen auf Grund von Satzungsbestimmungen müssen die Anforderungen nach Satz 2 erfüllen, die der Gemeinsame Bundesausschuss für eine Indikation festgelegt hat.*

#### **a) Gewünschte Änderung**

aa) Satz 1: Austausch der Worte „für welche planbaren Eingriffe“ durch die Worte „für welche planbaren operativen und diagnostischen Interventionen“.

ab) Satz 2: Austausch durch „Er legt für jede planbare operative oder diagnostische Intervention mit Anspruch auf Zweitmeinung standardisierte, verbindliche Anforderungen an die Abgabe einer Zweitmeinung und an die berechtigten Leistungserbringer nach Absatz 3 einschließlich der von diesen einbezogenen nichtärztlichen Leistungserbringer fest.“ Ergänzung eines zusätzlichen Satzes: „Zu den Anforderungen zählt für jede der Interventionen eine evidenzbasierte und laienverständliche Patienteninformation als für den Arzt verbindliche Handreichung für die Patienten, die Auskunft gibt über Nutzen und Risiko der verfügbaren Handlungsalternativen.“

ac) Satz 3: Austausch der Zeitvorgabe „31. Dezember 2015“ durch „30. Juni 2016“ und Ergänzung um den Satz: „Bis zu diesem Zeitpunkt hat der G-BA die Anforderungen für mindestens

eine Indikation zu beschließen.“

ad) Satz 4: Streichung der Wörter „auf Grund von Satzungsbestimmungen“

#### **b) Begründung**

zu aa) Folgeänderung zur vorgeschlagenen Änderung von Absatz 1

zu ab) Für sämtliche Zweitmeinungsverfahren sind zwingend Anforderungen an die Leistungserbringer im Hinblick auf Struktur und Prozesse der Leistungserbringung einschließlich des Aufklärungsgesprächs festzulegen. Einheitliche Standards verhindern „Zweitmeinungsverfahren light“ ohne angemessene Qualitätssicherung. Für ein qualitätsgesichertes Zweitmeinungsverfahren wird der aktive Einbezug nichtärztlicher Leistungserbringer eher die Regel als die Ausnahme sein. Auch für diese sind entsprechende Standards vorzugeben.

zu ac) Wenn Zweitmeinungsverfahren den Anspruch erfüllen sollen, die Indikationsqualität zu verbessern, sind diese sorgfältig vorzubereiten, insbesondere im Hinblick auf die Qualitätsanforderungen. Die Einfügung ermöglicht ein schrittweises Vorgehen Indikation für Indikation. Die Vorgabe, bereits ein halbes Jahr nach Inkrafttreten Anforderungen für alle Indikationen festgelegt zu haben, würde diesem Anspruch nicht gerecht werden. Sorgfalt ist hier für den Patienten deutlich wichtiger als Schnelligkeit.

zu ad) Es ist richtig, die vom G-BA zu bestimmenden Anforderungen auch auf entsprechende kassenindividuelle Zweitmeinungsangebote zu beziehen. Mit der vorgeschlagenen Änderung werden diese Anforderungen auch auf die Zweitmeinungsverfahren bezogen, die nicht auf Satzungsbestimmungen beruhen und damit Wettbewerbsverzerrungen vermieden.

*(3) Zur Erbringung einer Zweitmeinung sind berechtigt:*

- 1. zugelassene Ärzte,*
  - 2. zugelassene medizinische Versorgungszentren,*
  - 3. ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen sowie*
  - 4. zugelassene Krankenhäuser,*
- soweit sie die Anforderungen nach Absatz 2 Satz 2 erfüllen.*

#### **a) Gewünschte Änderung**

Satz 1 Nr. 4: streichen

#### **b) Begründung**

Eine pauschale Berechtigung ganzer Krankenhäuser zur Zweitmeinungserbringung würde es ermöglichen, die in Absatz 2 genannten Qualifikationsanforderungen zu unterlaufen. Denn zumindest ein Teil der Anforderungen kann sich naturgemäß immer nur auf die einzelnen Leistungserbringer und ihre Qualifikation beziehen, nicht aber auf die Gesamtheit aller Ärzte/Leistungserbringer eines Krankenhauses. Im Sinne der Patientensicherheit ist es aber notwendig sicherzustellen, etwa über eine entsprechende Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung, dass alle in das Zweitmeinungsverfahren aktiv einbezogenen Leistungserbringer die Anforderungen erfüllen.

*(4) „Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausgesellschaften informieren inhaltlich abgestimmt über Leistungserbringer, die unter Berücksichtigung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Absatz 2 Satz 2 festgelegten Anforderungen zur Erbringung*

*einer unabhängigen Zweitmeinung geeignet und bereit sind .*

*(5) Der Arzt, der die Indikation für einen Eingriff nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 stellt, muss den Versicherten über das Recht, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung einholen zu können, aufklären und ihn auf die Informationsangebote über geeignete Leistungserbringer nach Absatz 4 hinweisen. Die Aufklärung muss mündlich erfolgen; ergänzend kann auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Versicherte in Textform erhält. Der Arzt hat dafür Sorge zu tragen, dass die Aufklärung in der Regel mindestens zehn Tage vor dem geplanten Eingriff erfolgt. In jedem Fall hat die Aufklärung so rechtzeitig zu erfolgen, dass der Versicherte seine Entscheidung über die Einholung einer Zweitmeinung wohlüberlegt treffen kann.*

#### **a) Gewünschte Änderung**

aa) Änderung von Satz 2: Die Aufklärung muss mündlich erfolgen; ergänzend ist dem Patienten evidenzbasiertes und laienverständliches Informationsmaterial auszuhändigen.

ab) Ergänzung eines Satzes 5 am Ende des Absatzes: „Der Arzt hat unmittelbar nach der Aufklärung des Patienten über dessen Zweitmeinungsanspruch die jeweilige Krankenkasse in geeigneter Weise und Umfang zu informieren.“

ac) Ergänzung eines neuen Absatzes 6: Die Krankenkasse darf ihre Versicherten im begründeten Bedarfsfall sowie nach Information gemäß § 27b Absatz 5 SGB V gezielt über Zweitmeinungsangebote informieren.

#### **b) Begründung**

zu aa) Das Arzt-Patient-Gespräch ist typischerweise geprägt von einem deutlichen Informationsgefälle sowie von Informationsverlusten, die wiederum dem besonderen Charakter des Gesprächsanlasses geschuldet sind. Um allen Patienten unabhängig von deren Bildungs- und Informationsstand die Bedeutung einer zweiten ärztlichen Meinung vermitteln zu können, ist verständliches Textmaterial als Handreichung unverzichtbar.

zu ab und ac) Um Versicherte im Bedarfsfall über geeignete eigene Zweitmeinungsangebote informieren zu können, benötigt die Krankenkasse eine zügige Information durch den erstbehandelnden bzw. erstaufklärenden Arzt.

Die aktive Information des versicherten Patienten durch die Krankenkasse braucht eine explizite Rechtsgrundlage.

## Nr. 9

### § 39 (Krankenhausbehandlung – Entlassmanagement)

§ 39 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 4 bis 6 wird aufgehoben.
- b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

*„(1a) Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. § 11 Absatz 4 Satz 4 gilt. Das Krankenhaus kann mit Leistungserbringern nach § 95 Absatz 1 Satz 1 vereinbaren, dass diese Aufgaben des Entlassmanagements wahrnehmen. Der Versicherte hat gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements nach Satz 1. Soweit dies für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist, können die Krankenhäuser die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 genannten Leistungen verordnen und die Arbeitsunfähigkeit feststellen; hierfür gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. Bei der Verordnung von Arzneimitteln können Krankenhäuser die jeweils kleinste Packung gemäß der Packungsgrößenverordnung verordnen; im Übrigen können die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 genannten Leistungen für die Versorgung in einem Zeitraum von bis zu sieben Tagen verordnet und die Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden (§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7). Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und 7 die weitere Ausgestaltung des Ordnungsrechts nach Satz 5. Die weiteren Einzelheiten zu den Sätzen 1 bis 5, insbesondere zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den Krankenkassen regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft unter Berücksichtigung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bis zum 31. Dezember 2015 in einem Rahmenvertrag; § 118a Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend; kommt eine Vereinbarung nicht zustande, kann auch das Bundesministerium für Gesundheit das Schiedsamt anrufen. Vor Abschluss des Rahmenvertrages ist der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Information, Einwilligung und Widerruf bedürfen der Schriftform.“*

#### a) Gewünschte Änderungen

aa) Nach Satz 4 wird eingefügt: „Bei der Entlassung von Patienten nach stationärer oder ambulanter Behandlung im Krankenhaus ist die zur Überbrückung benötigte Menge an Arzneimitteln abzugeben, wenn im unmittelbaren Anschluss an die Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt.“

ab) Ergänzung in Satz 7:

„[...] Das Nähere zu den Sätzen 1 bis 5, insbesondere zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer, zur Übermittlung der Ergebnisse des Assessments des Krankenhauses an die Krankenkasse rechtzeitig vor der Entlassung des Patienten und zur Ausgestaltung des Ordnungsrechts nach den Sätzen 4 und 5, regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft bis zum 31. Dezember 2015

in einem Rahmenvertrag; § 118a Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend; kommt eine Vereinbarung nicht zustande, kann auch das Bundesministerium für Gesundheit das Schiedsamt anrufen. [...]“

ac) Änderung des § 137 Absatz 3 SGB V: Einfügen einer neuen Nr. 4.  
Die bisherige Nr. 4 wird dadurch zu Nr. 5; das Wort „und“ am Ende von Nr. 3 ist zu streichen.

„4. Grundsätze für ein Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a“

ad) Ergänzung in § 137 Abs. 3 Nummer 5 (neu) SGB V

„5. Inhalt, Umfang und Datenformat eines jährlich zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser, in dem der Stand der Qualitätssicherung insbesondere unter Berücksichtigung der Anforderungen nach Absatz 1 und 1a sowie der Umsetzung der Regelungen nach den Nummern 1, 2 und 4 dargestellt wird. [...]“

### **b) Begründung**

Die bessere Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Sektor und die lückenlose Versorgung der Versicherten beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung durch Anpassung der Rahmenbedingungen des Krankenhausentlassmanagements sind zu begrüßen. Ebenfalls zu begrüßen ist, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und 7 die weitere Ausgestaltung des Ordnungsrechts bestimmt.

Die Berechtigung der Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen durch die Krankenhausärzte für längstens sieben Tage ist ebenfalls zu befürworten. Bisher mussten sich Patienten unmittelbar an eine Krankenhausbehandlung bei ihrem weiterbehandelnden Arzt oder Hausarzt vorstellen, um eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zu erhalten. Die vorgesehene Änderung bedeutet damit für sie eine Verbesserung. Die Krankenhausärzte sind ohnehin für den Entlassbrief sowie für eine etwaige Weiterbetreuung zuständig, sodass eine Beurteilung der Arbeits(-un)fähigkeit durch den Krankenhausarzt sinnvoll ist und damit Ressourcen im ambulanten Bereich geschont werden.

zu aa)

Die Krankenhäuser sollen gemäß § 39 Abs. 1a S. 5 im Rahmen des Entlassmanagement Arzneimittel-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, Krankenhausbehandlung, häusliche Krankenpflege und Sozialtherapie verordnen können. Hierfür sollen die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung gelten. Bei der Verordnung von Arzneimitteln können Krankenhäuser die jeweils kleinste Packung gemäß der Packungsgrößenverordnung verordnen. Die Verordnung von Arzneimitteln im Rahmen des Entlassmanagements unterliegt damit den ambulanten Rahmenbedingungen. Die hierfür erforderlichen Voraussetzungen, die Vergabe von Arztnummern und die Verwendung des Musters 16, sind in einem Rahmenvertrag zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft bis zum 31. Dezember 2015 zu schaffen.

Die Verwendung des Musters 16 für die Arzneimittelverordnungen führt zu einer Belieferung durch die öffentliche Apotheke. Dieses kann wiederum Versorgungsprobleme hervorrufen, wenn die Entlassung des Patienten im Zusammenhang mit Feiertagen oder Wochenenden steht. Nicht in jedem Fall wäre eine unmittelbare Versorgung des Patienten gewährleistet. Um dieses mögliche Versorgungsproblem zu umgehen, ist im Apothekengesetz bereits eine weitgefaste Regelung zur Überbrückung von Wochenenden und Feiertagen durch die Mitgabe

von Arzneimitteln durch das Krankenhaus vorgesehen. In § 14 Abs. 7 S. 3 Apothekengesetz heißt es: „Bei der Entlassung von Patienten nach stationärer oder ambulanter Behandlung im Krankenhaus darf an diese die zur Überbrückung benötigte Menge an Arzneimitteln nur abgegeben werden, wenn im unmittelbaren Anschluss an die Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt.“ Diese „Kann-Bestimmung“ sollte in eine verpflichtende Regelung umgewandelt werden. Dieses würde ergänzend zu der Verordnung von Arzneimitteln mit der kleinsten Packungsgröße in § 39 Abs. 1a S. 5 gelten und damit ein professionelles unmittelbares Arzneimittel-Entlassmanagement gewährleisten.

zu ab)

Die Krankenkassen erhalten derzeit lediglich eine Anzeige, dass der Patient ins Krankenhaus aufgenommen wurde. Um den Patienten im Rahmen des Entlassmanagements adäquat beraten und unterstützen zu können, benötigt die Krankenkasse jedoch zeitnah und vor der Entlassung die zur weiteren Behandlung erforderlichen Informationen, insbesondere die Ergebnisse des durch das Krankenhaus durchgeführten Assessments.

zu ac)

Nach Auffassung der Betriebskrankenkassen ist es erforderlich, das Entlassmanagement stärker zu institutionalisieren, und gleichzeitig die Qualität des Entlassmanagements insgesamt zu verbessern.

Dem Gemeinsamen Bundesausschuss wird daher aufgegeben, im Rahmen der Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung Grundsätze zum Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a (neu) zu regeln. Hierzu gehören insbesondere:

- Definition von Entlassmanagement,
- Mindestanforderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.
- Vorgaben zum durch das Krankenhaus durchzuführenden Assessment, in dem festzustellen ist, welche Maßnahmen im konkreten Fall im Rahmen des Entlassmanagements zu ergreifen sind.

Darüber hinaus kann dem G-BA die Möglichkeit gegeben werden, zusätzliche Anforderungen für besonders vulnerable Patientengruppen zu definieren.

zu ad)

Als wichtiges Entscheidungskriterium für die Wahl der stationären Einrichtung ist das angebotene Entlass- bzw. Fallmanagement der Krankenhäuser in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser in seiner konkreten Ausführung (z.B. Qualifikation des eingesetzten Personals) transparent und laienverständlich darzulegen.

## **Nr. 10**

### **§ 40 (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation)**

*wird wie folgt geändert:*

*a) In Absatz 1 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „dies schließt mobile Rehabilitationsleistungen durch wohnortnahe Einrichtungen ein“ eingefügt.*

*b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:*

*aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:*

*„Wählt der Versicherte eine andere zertifizierte Einrichtung, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen; dies gilt nicht für solche Mehrkosten, die im Hinblick auf die Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 9 des Neunten Buches angemessen sind.“*

*bb) Folgender Satz wird angefügt:*

*„§ 39 Absatz 1a gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass bei dem Rahmenvertrag entsprechend § 39 Absatz 1a die für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene zu beteiligen sind.“*

#### **a) Gewünschte Änderung**

aa) Streichung des zweiten Halbsatzes hinter dem Semikolon.

bb) Streichung

#### **b) Begründung**

aa) Mit der Änderung des Satzes 2 möchte der Gesetzgeber die Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten ausweiten. Künftig soll es ihnen (wieder) möglich sein, eine andere zertifizierte und medizinisch geeignete stationäre Rehabilitationseinrichtung, als die von der Krankenkasse vorgeschlagene zu wählen – unabhängig davon, ob die Einrichtung einen Versorgungsvertrag nach § 111 hat oder nicht. Derzeit besteht diese Wahlmöglichkeit nur unter zertifizierten Einrichtungen ohne Versorgungsvertrag. Die Versicherten müssen in diesen Fällen die dadurch entstehenden Mehrkosten grundsätzlich selbst tragen. Dies soll auch für die neue Regelung gelten, es sei denn, die Mehrkosten sind im Hinblick auf die Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 9 des Neunten Buches angemessen, dann soll eine Sonderregelung zum Tragen kommen.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die Ausweitung der Wahlmöglichkeiten auf alle zertifizierten und medizinisch geeigneten stationären Rehabilitationseinrichtungen mit dem weiterhin geltenden Grundsatz der Mehrkostentragung durch die Versicherten. Die Sonderregelung bewerten die Betriebskrankenkassen hingegen kritisch. Mit der Formulierung werden in der Praxis vermeintlich „angemessene“ Wünsche der Versicherten auf das Wirtschaftlichkeitsgebot der Krankenkassen treffen und für unnötige Streitfälle sorgen. Sie sollten von vorneherein verhindert werden.

Bereits heute berücksichtigen die Betriebskrankenkassen das Wunsch- und Wahlrecht gemäß § 9 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch und übernehmen in Einzelfällen vertretbare Mehrkosten für ihre Versicherten. Für die Entscheidung, ob Mehrkosten selbst zu tragen sind, kommt der "Angemessenheit" des Wunsches stets zentrale Bedeutung zu. Wünsche müssen "ange-

messen" sein. Sie sind es nicht, wenn sie unvertretbare Mehrkosten verursachen, das Wirtschaftlichkeitsgebot hat Vorrang und wird auch durch die Regelungen des SGB IX nicht erweitert. Das Bundessozialgericht äußerte sich dazu eindeutig in seinem Urteil vom 7. Mai 2013. Daher sollte eine Formulierung, die in der Praxis voraussichtlich keine wesentlichen Änderungen – abgesehen von Unsicherheiten bei allen Beteiligten – zur Folge haben wird, gestrichen werden.

bb) Die umfassende Beteiligung der für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene am zu vereinbarenden Rahmenvertrag für ein Krankenhausentlassmanagement gemäß § 39 Absatz 1a (neu) sehen die Betriebskrankenkassen als nicht erforderlich an und bewerten sie zum Teil auch problematisch. So lässt die Regelung – um nur einen Aspekt zu benennen - die unterschiedlichen Versorgungsstrukturen in den Bundesländern an der Nahtstelle Krankenhaus/Rehabilitationseinrichtung, z.B. im Bereich der Neurologie Phase B weitgehend unberücksichtigt, was sich wiederum problematisch auf die Rahmenvertragsgestaltung auswirken könnte. Deutlich wird das an der Krankenhausplanung in den Ländern, wo zum Teil Begehrlichkeiten von Seiten der Rehabilitationseinrichtungen offensichtlich werden, beispielsweise durch Antrag auf Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 108 SGB V, zusätzlich zum bereits bestehenden Vertrag nach § 111 SGB V. Ob dabei immer versorgungspolitische Aspekte eine Hauptrolle spielen, darf hinterfragt werden. Solange es an bundeseinheitlichen Abgrenzungskriterien für den Bereich fehlt (Wo endet § 39 und wo beginnt § 40 SGB V?), ist eine gemeinsame Position der Beteiligten nicht zu erwarten.

Im Ergebnis vertreten die Betriebskrankenkassen die Auffassung, dass ein Entlassmanagement der Rehabilitationseinrichtungen rehabilitationsspezifische Anforderungen enthalten sollte und demnach eigenständig mit den Beteiligten in einem (Rahmen-)Vertrag zu vereinbaren wäre.

c) *In Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort „Einzelfalls“ die Wörter „unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten nach § 9 des Neunten Buches“ eingefügt.*

## Nr. 13

### § 44 (Krankengeld)

*Dem § 44 wird folgender Absatz 4 angefügt:*

*„(4) Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind. Maßnahmen nach Satz 1 und die dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten erfolgen. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach Satz 1 an die in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen übertragen.“*

#### a) Gewünschte Änderung

Anstelle der vorgesehenen Ergänzung des § 44 Abs. 4 SGB V (neu) werden nachfolgende Änderungsvorschläge unterbreitet:

1.) Erweiterung des § 11 SGB V um einen Abs. 5:

„(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.

2.) § 275 Abs. 1a Satz 4 SGB V wird wie folgt ergänzt:

„Die Krankenkasse kann von einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes absehen, wenn sich die medizinischen Voraussetzungen der Arbeitsunfähigkeit eindeutig aus den der Krankenkasse vorliegenden oder von ihr angeforderten ärztlichen Unterlagen ergeben.“

3.) § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 SGB V wird wie folgt gefasst:

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

4.) 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.

5.) 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).“

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

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

## **b) Begründung**

Der Anspruch eines Versicherten auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse ist grundsätzlich zu begrüßen. Diese Unterstützung leisten viele Krankenkassen bereits seit geraumer Zeit und setzen mit ihren Maßnahmen konkret bei den einzelnen Versicherten und ihrer jeweiligen individuellen Bedarfssituation an.

Die mit dieser Aufgabenstellung einhergehende Datenerhebungsbefugnis der Krankenkassen wird von Seiten der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) bereits seit längerer Zeit in Frage gestellt. Vor diesem Hintergrund wird die beabsichtigte gesetzgeberische Klarstellung zum Anspruch der Versicherten auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen und zur damit einhergehenden Befugnis zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung entsprechender Daten grundsätzlich begrüßt.

Die vorgesehene Regelung, wonach die erforderlichen personenbezogenen Daten nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten erhoben, verarbeitet und genutzt werden dürfen, wirft jedoch neue datenschutzrechtliche Fragestellungen auf, so dass die notwendige Rechtsklarheit zur Vermeidung unterschiedlicher Rechtsinterpretationen nicht erreicht wird. Dies betrifft zum einen die zukünftig erforderliche Abgrenzung zwischen Datenerhebungen zur Prüfung des Anspruchs auf Krankengeld im Sinne des § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V und Datenerhebungen zur Beratung und Hilfestellung im Sinne des § 44 Abs. 4 SGB V (neu). Da letztere nur mit schriftlicher Einwilligung und vorheriger schriftlicher Information des Versicherten zulässig ist, sich die relevanten Daten in Bezug auf die unterschiedlichen Aufgabenstellungen der Krankenkassen jedoch weitgehend überschneiden dürften, sind weitere Auseinandersetzungen vorprogrammiert.

Die durch die beabsichtigte Neuregelung entstehende Inkonsistenz wird auch durch die Ausführungen in der Gesetzesbegründung deutlich. Die hier sachgerecht beschriebenen Aufgabenstellung und Zielbestimmung können die Krankenkassen mit den nun vorgesehenen Einschränkungen zur Datenerhebungsbefugnis jedoch nicht gerecht werden.

Dies gilt in gleicher Weise für die in der Gesetzesbegründung dargestellte Abgrenzung der Aufgabenstellung der Krankenkassen von der Aufgabenstellung der Medizinischen Dienste, die weder dem Wortlaut des § 275 Abs. 1 SGB V noch dem Gebot der Zusammenarbeit von Krankenkassen und Medizinischen Diensten nach § 276 Abs. 1 SGB V entspricht. § 275 Abs. 1 SGB V sieht eine Verpflichtung zur Einholung einer gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes – im Unterschied zur Regelung des § 275 Abs. 2 SGB V - nicht generell, sondern nur dann vor, wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf zur Beurteilung der in § 275 Abs. 1 SGB V im Weiteren genannten Sachverhalte erforderlich ist. Des Weiteren verpflichtet § 276 Abs. 1 SGB V die Krankenkassen, dem Medizinischen Dienst die für die Beratung und Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Die zur Beurteilung der Erforderlichkeit der einzelfallbezogenen Einschaltung des Medizinischen Dienstes sowie die zur Vorlage der erforderlichen Unterlagen notwendigen Vorprüfungen und -ermittlungen der Krankenkassen werden demnach durch die Datenerhebungsbefugnis des Medizinischen Dienstes nach § 276 Abs. 2 SGB V nicht in dem Maße beschränkt, wie es in der Gesetzesbegründung dargestellt ist.

Dieser Auffassung folgt zum Teil auch die Stellungnahme des Bundesrates zum Entwurf des Versorgungsstärkungsgesetz (BR-Drs. 641/14, Seite 102). Der Bundesrat schlägt eine gesetzliche Klarstellung in § 275 Abs. 1a SGB V dahingehend vor, dass Krankenkassen ohne vorherige

Information und Einwilligung des Versicherten zusätzlich befugt sein sollen, die für die Prüfung der Notwendigkeit einer gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes erforderlichen Daten zu erheben. Durch diese Klarstellung solle gewährleistet werden, dass die Krankenkassen den Medizinischen Dienst erst nach einer internen Prüfung mit der Begutachtung beauftragen und auch Verzögerungen im Verfahren vermieden werden.

Darüber hinaus führt die Systematik, dass in Rechtsvorschriften des SGB V (so z.B. auch in § 11 Abs. 4 SGB V) vermehrt eine Datenerhebung von der Einwilligung des Versicherten abhängig gemacht wird, zu unterschiedlichen Rechtsinterpretationen. Nach bekannter Einschätzung der BfDI drückt dies den Willen des Gesetzgebers aus, dass eine Einwilligung des Versicherten nach §§ 67a ff. SGB X im Rechtsbereich des SGB V nur dann eine ausreichende Grundlage zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung durch die Krankenkassen darstellt, wenn dies ausdrücklich im SGB V vorgesehen ist. Für einen solchen „Ausschluss“ eines Rückgriffs auf die allgemeinen Vorgaben des Sozialdatenschutzes im Zehnten Buch (SGB X) im Rechtsbereich des SGB V gibt es keinerlei Grundlage. Darauf sollte in geeigneter Weise in der Gesetzesbegründung hingewiesen werden.

Der neue Absatz erzeugt außerdem einen Konflikt zwischen § 60 ff. SGB I und § 44 Abs. 4 SGB V (neu): Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 SGB I nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Ohne Mitwirkung des Versicherten (u.a. Angaben von Tatsachen, Untersuchungen) erscheint eine Leistungsausweitung auf Kosten der Solidargemeinschaft nun mit § 44 Abs. 4 SGB V (neu) möglich. Dies konterkariert jedoch den in § 1 SGB V verankerten Grundsatz der solidarischen Krankenversicherung auf Gesunderhaltung, Wiederherstellung bzw. Verbesserung der Gesundheit der Versicherten in Kombination mit der ihnen gleichzeitig übertragenen Eigenverantwortung und Pflicht zur Mitwirkung daran – und das auch ohne schriftliche Einwilligung des Versicherten.

Die beabsichtigte gesetzliche Regelung greift darüber hinaus mit der ausschließlichen Ausrichtung auf Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu kurz. Nach § 27 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst neben dem Krankengeld auch die ärztliche und zahnärztliche Behandlung, die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe, Krankenhausbehandlung und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen. Auch mit den Leistungsansprüchen, die über Fallgestaltungen bei vorliegender Arbeitsunfähigkeit hinausgehen, sind für die Krankenkassen verschiedene Prüf-, Nachweis- und Leistungspflichten sowie Beratungsaufgaben und Hilfestellungen verbunden, die zur Sicherung des Behandlungserfolgs beitragen können. Auch insoweit sollten die Aufgabenstellungen der Krankenkassen sowie die diesbezüglichen Datenerhebungs-, -verarbeitungs- und -nutzungs Kompetenzen gesetzlich präzisiert werden.

Neben den angeführten Rechtsfragen bedürfen auch die datenschutzrechtlichen Befugnisse der Krankenkassen im Rahmen ihrer Aufgabenstellungen als Rehabilitationsträger nach dem SGB IX dringend einer gesetzlichen Klarstellung bzw. Präzisierung.

### **ab) Hilfsweise gewünschte Änderungen**

Für den Fall, dass der Gesetzgeber dennoch an der Erweiterung des § 44 Abs. 4 festhalten will, werden nachfolgende Änderungsvorschläge unterbreitet:

*Dem § 44 wird folgender Absatz 4 angefügt:*

*„(4) Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind. Maßnahmen nach Satz 1 und die dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach Satz 1 an die in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen übertragen.“*

Satz 2 und 3: jeweils Streichung des Wortes „schriftlicher“

Satz 4: Streichung

Klarstellung „jeweilige Maßnahme“ in der Begründung

### **bb) Begründung**

Mit Blick auf die in § 44 Abs. 4 SGB V (neu) geregelte Einwilligung des Versicherten ist auf die Regelung, wie sie im Referentenentwurf vorgesehen war, zurückzukehren. Eine Schriftformerfordernis wurde an dieser Stelle zu Recht nicht gesehen: Die Unterstützung bei der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit liegt in erster Linie im Interesse des Versicherten. Es gibt also keine Notwendigkeit, ihn durch Einführung eines Schriftformerfordernisses in besonderer Weise vor diesem neu eingeführten Leistungsanspruch zu schützen. Dies umso mehr, als gesetzliche Krankenkassen umfangreichen aufsichtsrechtlichen Prüfungen durch das Bundesversicherungsamt und die Landesaufsichten sowie durch die Bundesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit und den Landesdatenschutz unterliegen. Im Rahmen dieser Prüfungen muss unabhängig vom Schriftformerfordernis die ausreichende Information und Einwilligung des Versicherten nachgewiesen werden können. Diese Systematik findet auch in § 11 Abs. 4 SGB V Niederschlag.

Der Gesetzgeber hat hier bereits den modernen Kommunikationsmitteln und der Tatsache, dass gerade im Bereich der Versorgung der Versicherten eine Beratung schnell und unbürokratisch vonstattengehen muss, Rechnung getragen.

Der letzte Satz des Absatzes 4 ist ebenfalls zu streichen. Er war zutreffenderweise auch im Referentenentwurf nicht enthalten. Die Aufgabenerledigung durch Dritte ist bereits in § 197b SGB V gesetzlich geregelt. Demnach ist eine Aufgabenwahrnehmung durch Dritte möglich, wenn die Aufgabenwahrnehmung wirtschaftlicher ist, im wohlverstandenen Interesse der Betroffenen liegt und die Rechte der Versicherten nicht beeinträchtigt werden. Die Regelung des letzten Satzes ist daher obsolet. Dies auch vor dem Hintergrund, dass der Ausschluss von privaten Dritten von der Aufgabenwahrnehmung gerade im Rahmen des Krankengeldfallmanagements wenig zielführend ist: die Praxis zeigt, dass beispielsweise eine Ernährungsberatung oder psychologische Beratung gerade im Krankengeldfallmanagement für den Versicherten hilfreich und unterstützend sein kann. Diese Beratung erfolgt aber in der Regel von freiberuflichen Fachexperten und nicht von Stellen nach § 35 Satz 1 SGB I.

Darüber hinaus muss in der Begründung klargelegt werden, dass mit der Formulierung „Die für die Durchführung der jeweiligen Maßnahme erforderlichen personenbezogenen Daten ...“

der gesamte Krankengeldfall gemeint ist und darunter nicht nur die notwendigen, einzelnen Handlungen einer Kasse verstanden werden. Eine andere Interpretation der „jeweiligen Maßnahme“ würde zu einer immensen Ausweitung der bürokratischen Handlungsabläufe der Krankenkassen, einer ausufernden Datensammlung an schriftlichen Einwilligungen und Widerrufen sowie zu einer allgemeinen Steigerung der Verwaltungskostenausgaben führen. Dies würde nicht nur die Intention des § 13 Abs. 3a SGB V in Frage stellen, wird doch hier die Krankenkasse innerhalb enger Fristen verpflichtet, die Leistung zu ermöglichen. Es widerspräche auch dem Wirtschaftlichkeitsgebot, dem die Krankenkassen laut § 4 Abs. 4 SGB V unterliegen. Gleichzeitig würde es der betroffene Versicherte kaum nachvollziehen und akzeptieren, würde er permanent von seiner Kassen mit der Bitte um Einwilligung zu jeder einzelnen, notwendigen Maßnahme kontaktiert. Im Rahmen der Beratung und Unterstützung durch die Krankenkasse müssen zudem auch in Zukunft Hinweise auf passgenaue Leistungsangebote für ihre Versicherten möglich sein, um u.a. damit den Anstieg von Krankengeldbezugszeiten zu vermeiden.

## **Nr. 15**

### **§ 46 (Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld)**

*§ 46 wird wie folgt geändert:*

*a) Satz 1 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:*

*„2. im Übrigen von dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit an.“*

*b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:*

*„Der Anspruch auf Krankengeld bleibt bestehen, wenn nach dem Ende der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit deren Fortdauer wegen derselben Krankheit am nächsten Arbeitstag, der ein Werktag ist, ärztlich festgestellt wird.“*

#### **a) Gewünschte Änderung**

zu b) Dem nach Satz 1 einzufügenden Satz ist ein zweiter Satz anzufügen:

*„Als Werktag gilt jeder Kalendertag, der nicht ein Sonntag, ein staatlich anerkannter allgemeiner Feiertag oder ein Sonnabend ist.“*

#### **b) Begründung**

Es ist eindeutig zu definieren, was in diesem Zusammenhang ein „Werktag“ ist. Nach z.B. dem Bundesurlaubsgesetz gelten Samstage als Werktage. Sollte ein Arbeitnehmer vertraglich verpflichtet sein, an einem Samstag zu arbeiten und seine Arbeitsunfähigkeit wurde zuletzt ärztlich bis zu einem Freitag attestiert, so hätte das zur Konsequenz, dass die weitere Feststellung der Arbeitsunfähigkeit an einem Samstag zu treffen wäre. Dies ist in ländlichen Regionen kaum vorstellbar, da die Ärzte auch in der Regel von montags bis freitags arbeiten. Dem Versicherten kann in dieser Situation nicht zugemutet werden, einen Arzt aufzusuchen, der an einem Samstag seine Praxis geöffnet hat. Dies dürfte auch in der Regel nur in Ballungsgebieten oder Großstädten der Fall sein. Die wieder entstehende Lücke kann mit der zusätzlichen Definition geschlossen werden.

## **Nr. 20**

### **§ 57 (Beziehung zu Zahnärzten und Zahntechnikern)**

*§ 57 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:*

*„(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen vereinbaren jeweils zum 30. September eines Kalenderjahres die Veränderung der erstmalig für das Jahr 2005 ermittelten bundeseinheitlichen durchschnittlichen Preise. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren mit den Innungsverbänden der Zahntechniker-Innungen die Höchstpreise für die zahntechnischen Leistungen bei den Regelversorgungen nach § 56 Absatz 2 Satz 2; sie dürfen die für das jeweilige Kalenderjahr nach Satz 1 festgesetzten bundeseinheitlichen Preise um bis zu 5 Prozent unter- oder überschreiten. Für die Vereinbarungen nach Satz 2 gilt § 71 nicht. Die für die Festlegung der Festzuschüsse nach § 55 Absatz 1 Satz 2 maßgeblichen Beträge für die zahntechnischen Leistungen bei den Regelversorgungen, die nicht von Zahnärzten erbracht werden, ergeben sich als Summe der bundeseinheitlichen Preise nach Satz 1 für die nach § 56 Absatz 2 Satz 10 aufgelisteten zahntechnischen Leistungen. Die Höchstpreise nach Satz 3 und die Beträge nach Satz 5 vermindern sich um 5 Prozent für zahntechnische Leistungen, die von Zahnärzten erbracht werden. Die Vertragspartner nach Satz 1 informieren den Gemeinsamen Bundesausschuss über die Beträge für die zahntechnischen Leistungen bei Regelversorgungen. § 89 Absatz 7 gilt mit der Maßgabe, dass die Festsetzungsfristen nach § 89 Absatz 1 Satz 1 und 3 und Absatz 1a Satz 2 für die Festsetzungen nach Satz 1 jeweils einen Monat betragen.“*

#### **a) Gewünschte Änderung**

aa) Änderung von Satz 4: Austausch der Worte „nach Satz 2“ durch die Worte „nach Satz 3“.

ab) Änderung von Satz 4: Austausch der Worte „nicht“ durch die Worte „Absatz 1 bis 3“.

#### **b) Begründung**

zu aa) Redaktionelle Anpassung. Satz 2 normiert die Beitragssatzstabilität gemäß § 71 Absätze 1 bis 3 für die bundeseinheitlichen durchschnittlichen Preise (Bundesmittelpreise). Der Regelungsgehalt des neuen Satz 4 bezieht sich auf Vereinbarungen der Höchstpreise für die zahntechnischen Leistungen bei den Regelversorgungen nach § 56 Absatz 2 Satz 2, welche auf Länderebene geschlossen werden. Folgerichtig ist hier der Bezug zu Satz 3 herzustellen.

zu ab) Auf die Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität bei den Vereinbarungen der Höchstpreise für zahntechnische Leistungen bei der Regelversorgung nach § 56 Absatz 2 Satz 2 SGB V auf Länderebene darf nicht verzichtet werden. Diese neue Regelung wird ausdrücklich abgelehnt; dies widerspricht dem Wirtschaftlichkeitsgebot, dem die Krankenkassen qua Gesetz unterliegen.

Zudem führt die Neuregelung aufgrund der Aufgabe der Beitragssatzstabilität nach § 71 Absätze 1 bis 3 SGB V auf Länderebene zu einer doppelten Belastung der Versicherten im Bereich der zahntechnischen Leistungen: Durch die nun freie Preisbildung der zahntechnischen Leistungen für die Bereiche Kieferorthopädie, Kieferbruch und Kiefergelenkerkrankungen steigen die Ausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung, die beitragspflichtige Versicherte mit erhöhten Zusatzbeiträgen finanzieren müssen. Bei Leistungen für Zahnersatz gilt hingegen das Festzuschusssystem; die Krankenkasse übernimmt für Zahnersatz anteilig einen befundbezo-

genen Festzuschuss auf Grundlage der vom G-BA ermittelten Festzuschussbeträge. Hier bleiben die Festzuschüsse zwar bestehen, die steigenden Preise auf Landesebene fängt der Versicherte jedoch durch eine Erhöhung der Eigenanteile alleine auf. Folglich kommt es zu unmittelbaren Mehrausgaben sowohl für die Versicherten im Hinblick auf ihre Eigenanteile und Beiträge als auch für die gesetzliche Krankenversicherung.

Es sei angemerkt, dass die Einführung des Preiskorridors durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) und die darauffolgenden Modifizierungen sowie die in diesem Zuge hergestellte Bindung an die Beitragssatzstabilität eine Angleichung der Vergütungen zwischen Ost und West nicht zum Ziel hatte.

Die systematische Neuordnung der Regelung zur besseren Übersicht wird begrüßt. Die Streichung der differenzierten Regelung zum Verfahren der erstmaligen Ermittlung der Bundesmitelpreise zahntechnischer Leistungen bei Zahnersatz ist aufgrund der Erledigung durch Zeitablauf angezeigt.

## **Nr. 24**

### **§ 71 (Beitragssatzstabilität)**

*a) Absatz 4 Satz 2 und 4 wird aufgehoben.*

#### **a) Gewünschte Änderung**

keine Änderung

#### **b) Begründung**

Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt.

*b) In Absatz 5 wird die Angabe „§§ 73b, 73c und 140a bis 140d“ durch die Angabe „§§ 73b und 140a“ ersetzt und wird das Wort „vorzulegen“ durch die Wörter „zu übermitteln, soweit diese nicht die Aufsicht über die vertragsschließende Krankenkasse führen“ ersetzt.*

#### **a) Gewünschte Änderung**

keine Änderung

#### **b) Begründung**

Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt.

*c) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:*

*„(6) Wird durch einen der in den §§ 73b und 140a genannten Verträge das Recht erheblich verletzt, kann die Aufsichtsbehörde abweichend von § 89 Absatz 1 Satz 1 und 2 des Vierten Buches alle Anordnungen treffen, die für eine sofortige Behebung der Rechtsverletzung geeignet und erforderlich sind. Sie kann gegenüber der Krankenkasse insbesondere anordnen, den Vertrag dafür zu ändern oder aufzuheben. Die Krankenkasse kann bei einer solchen Anordnung den Vertrag auch außerordentlich kündigen. Besteht die Gefahr eines schweren, nicht wieder gutzumachenden Schadens insbesondere für die Belange der Versicherten, kann die Aufsichtsbehörde einstweilige Maßnahmen anordnen. Ein Zwangsgeld kann bis zu einer Höhe von 10 Millionen Euro zugunsten des Gesundheitsfonds nach § 271 festgesetzt werden. Die Aufsichtsbehörde kann eine erhebliche Rechtsverletzung auch feststellen, nachdem diese beendet ist, sofern ein berechtigtes Interesse an der Feststellung besteht. Rechtsbehelfe gegen Anordnungen nach den Sätzen 1 bis 4 haben keine aufschiebende Wirkung.“*

#### **a) Gewünschte Änderung**

Streichung der Sätze 4 bis 6.

#### **b) Begründung**

Die bisherigen Rechte des Aufsichtshandelns reichen vollständig im Falle von Rechtsverletzungen aus. Darüber hinaus besteht Rechtsunsicherheit aufgrund der unbestimmten Rechtsbegriffe eines „erheblichen Rechtsverstoßes“ und bei dem „nicht wieder gut zumachenden Schaden für die Belange der Versicherten“. Diese Rechtsunsicherheit wird zukünftig nicht die Implementierung von innovativen selektiven Versorgungsformen fördern.

Zudem besteht eine Wettbewerbsverzerrung durch die de facto unterschiedliche Aufsichtspraxis von Bundes- und Landesaufsichten. Des Weiteren bleibt gemäß § 71 Abs. 4 die allgemein staatliche Aufsicht über die Krankenkassen nach §§ 87ff. SGB IV unberührt. Die Sanktionsmög-

lichkeiten sind entsprechend der jetzt schon bestehenden rechtlichen Möglichkeiten der Aufsichten ausreichend. Darüber hinaus gehende Regelungen sind überflüssig.

## **Nr. 25**

### **§ 73 (Kassenärztliche Versorgung)**

*§ 73 wird wie folgt geändert:*

*a) „Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:*

*aa) In Nummer 12 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.*

*bb) Folgende Nummer 13 wird angefügt: „13. Zweitmeinung nach § 27b.“*

*b) Dem Absatz 8 werden die folgenden Sätze angefügt:*

*„Für die Verordnung von Heilmitteln dürfen Vertragsärzte ab dem 1. Januar 2017 nur solche elektronischen Programme nutzen, die die Informationen der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 in Verbindung mit § 92 Absatz 6 und über besondere Versorgungsbedarfe nach § 106b Absatz 2 Satz 4 enthalten und von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen sind. Das Nähere ist in den Verträgen nach § 82 Absatz 1 bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu vereinbaren.“*

#### **a) Gewünschte Änderung**

In der Ergänzung des Absatz 8 wird die Passage „und über besondere Versorgungsbedarfe nach § 106b Absatz 2 Satz 4“ wird gestrichen.

#### **b) Begründung**

Für Heilmittel sollen Vertragsärzte ab dem 1. August 2016 für die Verordnung von Heilmitteln nur solche elektronischen Programme nutzen dürfen, die die Informationen der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 in Verbindung mit § 92 Absatz 6 enthalten.

Das ist zu begrüßen, allerdings ist die Erstreckung der elektronischen Programme auf besondere Versorgungsbedarfe abzulehnen. Dies kann dazu führen, dass die Software das Verordnungsverhalten des Arztes in Richtung der besonderen Versorgungsbedarfe beeinflusst.

## **Nr. 27**

### **§73b (Hausarztzentrierte Versorgung)**

*§ 73b wird wie folgt geändert:*

*Absatz 3 wird wie folgt geändert:*

*aa) In Satz 7 werden die Wörter „ihren Satzungen“ durch die Wörter „den Teilnahmeerklärungen“ ersetzt.*

#### **a) Gewünschte Änderung**

Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt.

#### **b) Begründung**

Die Krankenkassen sind mit diesem Änderungsvorschlag nicht mehr verpflichtet, nähere Angaben zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten an der Hausarztzentrierten Versorgung, zu weiteren Ausnahmen von dem Überweisungsgebot und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten in ihren Satzungen zu regeln. Es reicht zukünftig aus, diese Regularien in den Teilnahmeerklärungen zu erläutern und zu regeln, was für die Krankenkassen verwaltungswirtschaftlich eine Erleichterung darstellt. Zukünftig müssen bei entsprechenden Änderungen des Vertrages keine Anpassungen in den Satzungen mehr vorgenommen werden.

*bb) In Satz 8 werden nach dem Wort „Satzung“ die Wörter „der Krankenkasse“ eingefügt und wird das Wort „auch“ gestrichen.*

#### **a) Gewünschte Änderung**

keine

#### **b) Begründung**

Folgeregelung zu aa) Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt.

*a) Absatz 4 Satz 7 wird wie folgt gefasst:*

*„Satz 6 gilt nicht für die Organisation der vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten.“*

#### **a) Gewünschte Änderung**

keine

#### **b) Begründung**

Dieser Änderungsvorschlag wird ausdrücklich begrüßt, weil hier noch mal klargestellt wird, dass der vertragsärztliche Notdienst kein Bestandteil der Hausarztzentrierten Versorgung ist.

*b) Absatz 5 Satz 3 wird wie folgt gefasst:*

*„Die Verträge können auch Abweichendes von den im Dritten Kapitel benannten Leistungen beinhalten, soweit sie die in § 11 Absatz 6 genannten Leistungen, Leistungen nach den §§ 20d, 25, 26, 37a und 37b sowie ärztliche Leistungen einschließlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden betreffen, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91*

*im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.“*

**a) Gewünschte Änderung**

Die Leistungserweiterung in § 73b, Absatz 5, Satz 3 ist zu streichen und nach Satz 3 folgender Halbsatz eingefügt „es dürfen auch Vereinbarungen, die allein die Organisation der Versorgung betreffen, getroffen werden.“ eingefügt.

**b) Begründung**

Die im Kommentar angeführte Begründung für die Leistungsausweitung, nämlich wettbewerbliche Leistungsausweitung, steht im Widerspruch zu der Verpflichtung der Kassen, diese Verträge abschließen zu müssen. Zudem stellt sich die Frage der Refinanzierung der zusätzlichen Leistungen, da es sich um keine Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung handelt und diese sich somit nicht über eine entsprechende Bereinigung der Morbiditätsorientierten Gesamtvergütung refinanzieren lassen. Daneben sollte es den Kassen ermöglicht werden, Hausarztverträge abschließen zu können, die einen reinen Steuerungs- und Prozessansatz haben.

*c) Absatz 7 wird wie folgt gefasst:*

*„(7) Die Vertragspartner der Gesamtverträge haben den Behandlungsbedarf nach § 87a Absatz 3 Satz 2 zu bereinigen. Die Bereinigung erfolgt rechtzeitig zu dem Kalendervierteljahr, für welches die Gesamtvergütung bereinigt werden soll, entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der für dieses Kalendervierteljahr eingeschriebenen Versicherten sowie dem vertraglich vereinbarten Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach § 87a Absatz 5 Satz 7. Dabei können die Bereinigungsbeträge unter Beachtung von Satz 1 auch pauschaliert ermittelt werden. Kommt eine rechtzeitige Einigung über die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nicht zustande, können auch die Vertragspartner der Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung das Schiedsamt nach § 89 anrufen. Die für die Bereinigungsverfahren erforderlichen arzt- und versichertenbezogenen Daten übermitteln die Krankenkassen den zuständigen Gesamtvertragspartnern bis spätestens drei Wochen vor dem Kalendervierteljahr, für welches die Gesamtvergütung für die in diesem Kalendervierteljahr eingeschriebenen Versicherten bereinigt werden soll. Die Krankenkasse kann, falls eine rechtzeitige Bereinigung nicht festgesetzt worden ist, den Behandlungsbedarf unter Beachtung der Maßgaben nach Satz 2 vorläufig bereinigen. Sie kann auch die Anerkennung und Umsetzung des geltenden Bereinigungsverfahrens für die Bereinigung der Gesamtvergütung für an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmende Versicherte mit Wohnort im Bezirk anderer Kassenärztlichen Vereinigungen von diesen Kassenärztlichen Vereinigungen verlangen. Für die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach Satz 7 sowie für den Fall der Rückführung von Bereinigungsbeträgen bei Beendigung der Teilnahme eines Versicherten sind die Verfahren gemäß § 87a Absatz 5 Satz 9 anzuwenden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die zur Bereinigung erforderlichen Vorgaben im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben umzusetzen.“*

**a) Gewünschte Änderung**

da) Nach Satz 2 wird folgender Satz 3 eingefügt:

„Die Bereinigung hat nach einem bundesweit einheitlichen Verfahren zu erfolgen und ist bundesweit einheitlich anzuwenden.“

db) Im neuen Satz 4 wird nach dem Wort „Satz“ die Zahl „1“ durch die Zahl „3“ ersetzt.

dc) Änderung des Satzes 5:

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

**b) Begründung**

da) Um den bürokratischen Aufwand der Bereinigungsverfahren weiter zu minimieren, wird ein bundesweit verbindliches einheitliches Verfahren der Bereinigung vorgeschlagen. Bisher ist es auf Landesebene gemäß der entsprechenden Beschlüsse des Bewertungsausschusses möglich, von den jeweiligen Beschlüssen des Bewertungsausschusses abzuweichen. Diese Möglichkeit führt dazu, dass die Bereinigungsverfahren in den 17 KV-Bezirken unterschiedlich umgesetzt werden. Mit einer verbindlichen Vorgabe des Bewertungsausschusses werden somit administrative Kosten eingespart.

db) Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung (falscher Verweis).

dc) Die Anrufungsmöglichkeit des Schiedsamtes auch durch die Leistungserbringer ist nicht sachgerecht und ordnungspolitisch falsch. Die Bereinigung betrifft ausschließlich das Vertragsverhältnis zwischen Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung und sollte von diesen umgesetzt werden.

Die Klarstellung, dass die Durchführung der Bereinigung des Behandlungsbedarfs zur gesetzlichen Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung zählt und damit kein zusätzlicher Aufwandsersatz gegenüber den Krankenkassen und teilnehmenden Leistungserbringern erhoben werden darf, wird ausdrücklich begrüßt.

d) *Absatz 9 wird wie folgt gefasst:*

*„(9) Die Einhaltung der nach Absatz 5 Satz 1 vereinbarten Wirtschaftlichkeitskriterien muss spätestens vier Jahre nach dem Wirksamwerden der zugrunde liegenden Verträge nachweisbar sein; § 88 Absatz 2 des Vierten Buches gilt entsprechend.“*

## **Nr. 29**

### **§ 75 (Inhalt und Umfang der Sicherstellung)**

*§ 75 wird wie folgt geändert:*

*a) Absatz 1 Satz 2 bis 4 wird aufgehoben.*

*b) Nach Absatz 1 werden die folgenden Absätze 1a und 1b eingefügt:*

*„(1a) Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung. Hierzu haben die Kassenärztlichen Vereinigungen bis zum ... [einsetzen: Datum 6 Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 20 Absatz 1] Terminservicestellen einzurichten; die Terminservicestellen können in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen betrieben werden. Die Terminservicestelle hat Versicherten bei Vorliegen einer Überweisung zu einem Facharzt innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 zu vermitteln; einer Überweisung bedarf es nicht, wenn ein Behandlungstermin bei einem Augenarzt oder einem Frauenarzt zu vermitteln ist. Die Wartezeit auf den zu vermittelnden Behandlungstermin darf vier Wochen nicht überschreiten. Die Entfernung zwischen Wohnort des Versicherten und dem vermittelten Facharzt muss zumutbar sein. Kann die Terminservicestelle keinen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 innerhalb der Frist nach Satz 4 vermitteln, hat sie einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten; die Sätze 3 bis 5 gelten entsprechend. Satz 6 gilt nicht bei verschiebbaren Routineuntersuchungen und in Fällen von Bagatellerkrankungen sowie bei weiteren vergleichbaren Fällen. Für die ambulante Behandlung im Krankenhaus gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. In den Fällen von Satz 7 hat die Terminservicestelle einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 in einer angemessenen Frist zu vermitteln. Im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 sind bis zum ... [einsetzen: Datum 3 Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 20 Absatz 1] insbesondere Regelungen zu treffen*

- 1. zum Nachweis des Vorliegens einer Überweisung,*
- 2. zur zumutbaren Entfernung nach Satz 5, differenziert nach Arztgruppen,*
- 3. über das Nähere zu den Fällen nach Satz 7,*
- 4. zur Notwendigkeit weiterer Behandlungen nach § 76 Absatz 1a Satz 2.*

*Im Bundesmantelvertrag können zudem ergänzende Regelungen insbesondere zu weiteren Ausnahmen von der Notwendigkeit des Vorliegens einer Überweisung getroffen werden. Die Sätze 2 bis 11 gelten nicht für Behandlungen nach § 28 Absatz 2 und 3 und § 29.*

#### **a) Gewünschte Änderung**

Absatz 1a, Satz 2 ist folgendermaßen zu ändern: Im zweiten Halbsatz werden die Wörter: „die Terminservicestellen können in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen betrieben werden.“ gestrichen.

#### **b) Begründung**

Eine Übertragung der Terminvermittlung an die Kassenärztlichen Vereinigungen ist sachgerecht, da diese den Sicherstellungsauftrag innehaben. Die eröffnete Möglichkeit der Koopera-

tion mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen hingegen ist nicht sachgerecht. Die Landesverbände besitzen selbst keinen direkten Versichertenkontakt. Die Beteiligung an Aufbau und Betrieb einer Terminservicestelle würde daher den Aufbau entsprechender Strukturen und Personal nach sich ziehen. Da der Betrieb der Servicestellen zum Umfang des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen gehört, ist klarzustellen, dass keine gesonderte finanzielle Beteiligung der Krankenkassen als konkrete Ausgestaltung der Kooperationsmöglichkeit von den Kassenärztlichen Vereinigungen eingefordert werden kann.

*(1b) Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst), nicht jedoch die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen den Notdienst auch durch Kooperation und eine organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern sicherstellen. Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende zugelassene Krankenhäuser und Ärzte, die aufgrund einer Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung in den Notdienst einbezogen sind, sind zur Leistungserbringung im Rahmen des Notdienstes berechtigt und nehmen zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen mit den Landesapothekerkammern in einen Informationsaustausch über die Organisation des Notdienstes treten, um die Versorgung der Versicherten im Notdienst zu verbessern; die Ergebnisse aus diesem Informationsaustausch sind in die Kooperationen nach Satz 2 einzubeziehen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen mit den Rettungsleitstellen der Länder kooperieren.“*

**a) Gewünschte Änderung**

keine

**b) Begründung**

Um Versicherten, die außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten den vertragsärztlichen Notdienstes in Anspruch nehmen müssen, die Besorgung eventuell erforderlicher Arzneimittel zu erleichtern, wird mit dem neuen Satz 4 ein Informationsaustausch zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den für die Einteilung der Apotheken zur Dienstbereitschaft im Notdienst zuständigen Behörden (Landesapothekerkammern) vorgesehen. Hierdurch soll die Versorgung der Patientinnen und Patienten im Notdienst weiter verbessert werden. Die Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen der ambulanten Notfallversorgung wird begrüßt.

## **Nr. 30**

### **§ 75a neu (Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin)**

*Nach § 75 wird folgender § 75a eingefügt:*

#### *§ 75a*

#### *Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin*

- (1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen sind zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung verpflichtet, die allgemeinmedizinische Weiterbildung in den Praxen zugelassener Ärzte und zugelassener medizinischer Versorgungszentren zu fördern. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen tragen die Kosten der Förderung für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin im ambulanten Bereich je zur Hälfte. Die Zuschüsse der Krankenkassen werden außerhalb der Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung gewährt. Die Förderung ist von der Weiterbildungsstelle auf die im Krankenhaus übliche Vergütung anzuheben und an den Weiterzubildenden in voller Höhe auszus zahlen.*
- (2) Die Krankenkassen sind zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung auch verpflichtet, die allgemeinmedizinische Weiterbildung in zugelassenen Krankenhäusern und in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, zu fördern. Die Zuschüsse der Krankenkassen werden außerhalb der mit den Krankenhäusern vereinbarten Budgets gewährt.*
- (3) Die Anzahl der zu fördernden Stellen soll bundesweit insgesamt mindestens 7 500 betragen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen dürfen die Anzahl der zu fördernden Weiterbildungsstellen nicht begrenzen.*
- (4) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbart mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft bis zum ... [einsetzen: Datum drei Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 20 Absatz 1] das Nähere über den Umfang und die Durchführung der finanziellen Förderung nach den Absätzen 1 bis 3. Sie haben insbesondere Vereinbarungen zu treffen über*
  - 1. die Höhe der finanziellen Förderung,*
  - 2. die Sicherstellung einer durchgängigen Förderung auch bei einem Wechsel in eine andere Weiterbildungsstelle in einem Bezirk einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung,*
  - 3. die Verteilung der zu fördernden Stellen auf die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie*
  - 4. ein finanzielles Ausgleichverfahren, wenn in einem Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung mehr oder weniger Weiterbildungsstellen gefördert werden, als nach Nummer 3 vorgesehen sind.*

*Mit der Bundesärztekammer ist das Benehmen herzustellen.*

- (5) Die Höhe der finanziellen Beteiligung der Krankenkassen an den Kosten der Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung vermindert sich um den von den privaten Krankenversicherungsunternehmen gezahlten Betrag. Über die Verträge nach Absatz 4 ist das Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung anzustreben.*

ben.

- (6) *Die nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 zu vereinbarende Höhe der finanziellen Förderung ist so zu bemessen, dass die Weiterzubildenden in allen Weiterbildungseinrichtungen nach den Absätzen 1 und 2 eine angemessene Vergütung erhalten. In Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für den Bereich der hausärztlichen Versorgung eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 Satz 1 getroffen hat, soll eine höhere finanzielle Förderung vorgesehen werden. Die Vertragspartner haben die Angemessenheit der Förderung regelmäßig zu überprüfen und soweit erforderlich anzupassen.*
- (7) *In den Verträgen nach Absatz 4 kann auch vereinbart werden, dass*
- 1. die Fördermittel durch eine zentrale Stelle auf Landes- oder Bundesebene verwaltet werden,*
  - 2. eine finanzielle Beteiligung an regionalen Projekten zur Förderung der Allgemeinmedizin erfolgt,*
  - 3. in einem Förderungszeitraum nicht abgerufene Fördermittel in den darauffolgenden Förderzeitraum übertragen sowie überregional und unabhängig von der Art der Weiterbildungseinrichtung bereitgestellt werden.*
- (8) *Die Kassenärztlichen Vereinigungen können zur Erfüllung der in Absatz 1 genannten Aufgaben kooperieren oder eine Kassenärztliche Vereinigung mit der Durchführung der Aufgaben nach Absatz 1 beauftragen.“*

#### **a) Gewünschte Änderung**

aa) In Absatz 4 wird eine neue Nummer 5 eingefügt:

„5. eine begleitende Evaluation zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin, insbesondere über die Anzahl der Weiterzubildenden, der Nachweis über die Nutzung der Fördermittel, die Anzahl der erfolgreichen Facharztweiterbildungen und die Darstellung des Verbleibs der Geförderten nach Abschluss der Weiterbildung.“

ab) Ergänzung um einen Absatz 9:

„Die Evaluationsergebnisse sind jährlich, erstmals zum 31.10.2017 zu veröffentlichen und in einem Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit zu übermitteln.“

#### **b) Begründung**

aa) Ziel der stärkeren und verlässlicheren Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin ist die Sicherung der hausärztlichen Versorgung. Zur Überprüfung der Zielerreichung ist eine begleitende Evaluation zwingend erforderlich.

ab) Eine Finanzierung versicherungsfremder Leistungen durch die Solidargemeinschaft muss sicherstellen, dass die finanziellen Mittel zweckgerichtet zur Anwendung kommen. Über das Ergebnis der Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin ist das Bundesministerium für Gesundheit zu informieren.

## **Nr. 31**

### **§ 76 (Freie Arztwahl)**

*Nach § 76 Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:*

*„(1a) In den Fällen des § 75 Absatz 1a Satz 6 können Versicherte auch zugelassene Krankenhäuser in Anspruch nehmen, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Die Inanspruchnahme umfasst auch weitere auf den Termin folgende notwendige Behandlungen, die dazu dienen, den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen.“*

#### **a) Gewünschte Änderung**

keine

#### **b) Begründung**

Hinweis: Diese Ergänzungsregelung zu den Terminservicestellen bindet die Behandlung der Versicherten nicht mehr an die Erbringung durch einen Leistungserbringer mit abgeschlossener fachärztlicher Weiterbildung. Als Strukturqualität wird der geringere Facharztstandard für ausreichend erachtet, allerdings zu einer identischen Vergütungshöhe. Geprüft werden sollte, ob diese Regelung durch einen Prüfauftrag ergänzt wird, der das Ausmaß der Beteiligung nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Krankenhäuser zum Gegenstand hat mit dem Ziel:

- 1.) über einen entsprechenden Vergütungsabschlag für die Erbringung medizinischer Leistungen nach Facharztstandard nachzudenken, wenn diese als Äquivalent zu ambulanten ärztlichen Leistungen erbracht werden,
- 2.) eine Doppelfinanzierung von technischen Leistungsanteilen auf Grund von Investitionsförderungen auszuschließen (vgl. Nr. 56 Buchstabe dd).

## **Nr. 34**

### **§ 87 (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte)**

*§ 87 wird wie folgt geändert:*

- a) *In Absatz 1 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Komma und werden die Wörter „im ärztlichen Bereich einschließlich der Sachkosten“ eingefügt.*

#### **a) Gewünschte Änderung**

keine

#### **b) Begründung**

Die Änderung wird begrüßt, da hiermit klargestellt ist, dass das Institut des Bewertungsausschusses als unabhängige Institution an den Bewertungen beteiligt werden kann.

b) *Absatz 2 wird wie folgt geändert:*

aa) *In Satz 3 werden nach der Angabe „Satz 1“ die Wörter „und die Überprüfung der wirtschaftlichen Aspekte nach Satz 2“ eingefügt und werden die Wörter „betriebswirtschaftlicher Basis zu ermitteln“ durch die Wörter „in bestimmten Zeitabständen zu aktualisierender betriebswirtschaftlicher Basis durchzuführen“ ersetzt.*

bb) *Folgender Satz wird angefügt:*

*„Die Bewertung der Sachkosten kann abweichend von Satz 1 in Eurobeträgen bestimmt werden.“*

c) *Absatz 2a wird wie folgt geändert:*

aa) *In Satz 3 werden die Wörter „Bis spätestens zum 31. Oktober 2011 ist mit Wirkung zum 1. Januar 2012 eine Regelung zu treffen“ durch die Wörter*

*„Der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen hat eine Regelung zu enthalten“ ersetzt.*

bb) *Satz 4 wird aufgehoben.*

cc) *In dem neuen Satz 5 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 4“ ersetzt und werden nach dem Wort „Versorgungsforschung“ die Wörter „und zur Förderung der Qualität“ eingefügt.*

dd) *Die folgenden Sätze werden angefügt:*

*„In die Überprüfung nach Absatz 2 Satz 2 ist auch einzubeziehen, in welchem Umfang delegationsfähige Leistungen durch Personen nach § 28 Absatz 1 Satz 2 qualifiziert erbracht und angemessen vergütet werden können; auf dieser Grundlage ist eine Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen bis zum ... [einsetzen: Datum sechs Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 20 Absatz 1] zu beschließen. Nach Inkrafttreten der Bestimmungen nach § 27b Absatz 2 Satz 2 ist im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen eine Regelung zu treffen, nach der Leistungen im Rahmen der Einholung der Zweitmeinungen nach § 27b abgerechnet werden können. Sofern drei Monate nach Inkrafttreten der Bestimmungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 27b Absatz 2 keine Regelung im einheitlichen Bewertungsmaß-*

*stab für ärztliche Leistungen getroffen wurde, können Versicherte die Leistungen nach § 27b bei den dafür berechtigten Leistungserbringern im Wege der Kostenerstattung nach § 13 Absatz 1 in Anspruch nehmen. Die Kosten sind von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten. Die Möglichkeit der Inanspruchnahme im Wege der Kostenerstattung nach § 13 Absatz 1 endet, sobald die Regelung nach Satz 9 in Kraft getreten ist.“*

**a) Hinweis**

zu dd) Die Einholung einer Zweitmeinung ist bereits heute vielfach gelebte Praxis. Versicherte nehmen bereits weitere zur vertragsärztlichen Versorgung berechnigte Leistungserbringer zur Einholung einer Zweitmeinung in Anspruch. Bei der Anpassung des notwendigen Behandlungsbedarfs sind daher zwingend die bereits in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung enthaltenen Leistungsbestandteile zu berücksichtigen. Bei einer Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ist die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung entsprechend der bereits enthaltenen Vergütungsanteile gemäß den Vorgaben des Bewertungsausschusses zu bereinigen.

d) *Absatz 2b wird wie folgt geändert:*

*aa) In Satz 1 wird die Angabe „Satz 6“ durch die Wörter „Satz 7 und 8“ ersetzt und werden nach dem Wort „telemedizinisch“ die Wörter „oder im Wege der Delegation“ eingefügt.*

*bb) Satz 5 wird aufgehoben.*

e) *In Absatz 2c Satz 1 wird die Angabe „Satz 6“ durch die Wörter „Satz 7 oder der Erbringung im Wege der Delegation nach Absatz 2a Satz 8“ ersetzt.*

f) *In Absatz 2d Satz 1 werden die Wörter „und Leistungen“ gestrichen.*

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

h) *In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „über den Bewertungsmaßstab“ gestrichen.*

i) *Nach Absatz 5a wird folgender Absatz 5b eingefügt:*

*„(5b) Der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ist innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 in Verbindung mit § 135 Absatz 1 anzupassen. Satz 1 gilt entsprechend für weitere Richtlinienbeschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses, die eine Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen erforderlich machen. In diesem Zusammenhang notwendige Vereinbarungen nach § 135 Absatz 2 sind zeitgleich zu treffen. Für Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses, die vor dem ... [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 20 Absatz 1] in Kraft getreten sind, gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Frist nach Satz 1 mit dem ... [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 20 Absatz 1] beginnt.“*

## **Nr. 35**

### **§ 87a (Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten)**

*§ 87a wird wie folgt geändert:*

*a) In Absatz 2 Satz 3 wird die Angabe „2015“ durch die Angabe „2016“ ersetzt.*

*b) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:*

*„(4a) Über eine mit Wirkung ab dem 1. Januar 2017 einmalige basiswirksame Erhöhung des nach Absatz 4 Satz 1 für das Jahr 2016 angepassten Aufsatzwertes ist in den Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 1 im Jahr 2016 zu verhandeln, wenn die jeweils für das Jahr 2014 und jeweils einschließlich der Bereinigungen zu berechnende durchschnittliche an die Kassenärztliche Vereinigung entrichtete morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung die durchschnittliche an alle Kassen- ärztlichen Vereinigungen im Bundesgebiet entrichtete morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versicherten unterschreitet. Die Berechnungen nach Satz 1 werden durch das Institut nach § 87 Absatz 3b Satz 1 durchgeführt. Es teilt den Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 und dem Bundesministerium für Gesundheit das Ergebnis bis spätestens zum 15. September 2016 mit. Eine einmalige basiswirksame Erhöhung des Aufsatzwertes ist nur dann zu vereinbaren, wenn in den Verhandlungen nach Satz 1 festgestellt wird, dass der Aufsatzwert im Jahr 2014 unbegründet zu niedrig war. Ob und in welchem Umfang der Aufsatzwert im Jahr 2014 unbegründet zu niedrig war, ist von der Kassenärztlichen Vereinigung auch unter Berücksichtigung der Inanspruchnahme des stationären Sektors nachzuweisen. Der Aufsatzwert ist in dem Umfang zu erhöhen, wie der Aufsatzwert im Jahr 2014 unbegründet zu niedrig war. Die durch die vereinbarte Erhöhung des Aufsatzwertes einschließlich der Bereinigungen sich ergebende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versicherten mit Wohnort im Bezirk der betroffenen Kassenärztlichen Vereinigung in 2014 darf die für das Jahr 2014 berechnete durchschnittliche an alle Kassenärztlichen Vereinigungen im Bundes- gebiet einschließlich der Bereinigung entrichtete morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versicherten nicht übersteigen. Die Erhöhung erfolgt um einen im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung für alle Krankenkassen einheitlichen Faktor. Die vereinbarte Erhöhung kann auch schrittweise über mehrere Jahre verteilt werden. Die zusätzlichen Mittel sind zur Verbesserung der Versorgungsstruktur einzusetzen. Umverteilungen zu Lasten anderer Kassenärztlicher Vereinigungen sind auszuschließen.“*

#### **a) Gewünschte Änderung**

Der Absatz 4a ist zu streichen.

#### **b) Begründung**

Die beabsichtigte gesetzliche Regelung wird abgelehnt. Eine Feststellung von möglichen unbegründeten Unterschieden in den morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen auf Basis von bundesdurchschnittlichen Normwerten ist nicht möglich und wäre methodisch falsch. Bestehende Unterschiede sind berechtigt und resultieren u.a. aus der vom Gesetzgeber explizit mit dem GKV-VStG eingeführten Regionalisierung. Die Entwicklung der Aufsatzwerte ist das Ergebnis regionaler Verhandlungen der Gesamtvertragspartner auf Landesebene unter expliziter Berücksichtigung der regionalen Strukturen und Besonderheiten. Dabei ist insbesondere zu beachten, dass die Aufsatzwerte lediglich einen Teil des gesamten Verhandlungsergebnisses widerspiegeln. In die Bildung eines bundesdurchschnittlichen Normwertes gehen somit höchst

differente Tatbestände ein, die sich per se nicht für einen direkten Vergleich eignen. Gewachsene regionale Strukturen sind durch die Verhandlungen der Gesamtvertragspartner auf Landesebene ausreichend berücksichtigt. Der Vergleich regionaler unterschiedlich entwickelter Aufsatzwerte mit bundesdurchschnittlichen Normwerten ist unsachgemäß und wird abgelehnt.

*c) Dem Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:*

*„Der Bewertungsausschuss beschließt geeignete pauschalierende Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den Fällen des § 73b Absatz 7 Satz 7 und 8.“*

**a) Gewünschte Änderung**

Nach den Worten „Der Bewertungsausschuss beschließt“ werden die Worte „unter Beachtung von § 73b Absatz 7 Satz 2“ und vor „Satz 7“ „Satz 3,“ und nach „Satz 8“ die Wörter „bis zum 31.03.2016“ eingefügt.

**b) Begründung**

Die Regelung zur Vereinfachung der Bereinigungsverfahren wird begrüßt. Hierdurch können bürokratiearme Bereinigungsverfahren implementiert werden. Wie in § 73b Absatz 7 Satz 3 sollte aber auch hier ein Verweis auf die Beachtung des Grundprinzips der Bereinigung nach Versorgungsauftrag des Selektivvertrages, Zahl und Morbiditätsstruktur der eingeschriebenen Versicherten gemacht werden. Darüber hinaus ist auch die Verfahrensweise zur pauschalen Ermittlung von Bereinigungsbeträgen gem. in § 73b Abs. 7 Satz 3 durch den Bewertungsausschuss festzulegen. Eine Beschlussfassung ist mit Blick auf die umfangreichen Vorarbeiten bis zum 31.03.2016 zu realisieren.

## Nr. 36

### § 87b (Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung))

§ 87b wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „dabei sollen die von fachärztlich tätigen Ärzten erbrachten hausärztlichen Leistungen nicht den hausärztlichen Teil der Gesamtvergütungen und die von hausärztlich tätigen Ärzten erbrachten fachärztlichen Leistungen nicht den fach- ärztlichen Teil der Gesamtvergütungen mindern“ eingefügt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Der Verteilungsmaßstab hat der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen angemessen Rechnung zu tragen. Für Praxisnetze, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen anerkannt sind, müssen gesonderte Vergütungsregelungen vorgesehen werden; für solche Praxisnetze können auch eigene Honorarvolumen als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen nach § 87a Absatz 3 gebildet werden.“

bb) Nach dem neuen Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„Im Verteilungsmaßstab dürfen keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars für anästhesiologische Leistungen angewandt werden, die im Zusammenhang mit vertragszahnärztlichen Behandlungen von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie notwendig sind.“

c) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Die Kassenärztliche Vereinigung veröffentlicht einmal jährlich in geeigneter Form Informationen über die Grundsätze und Versorgungsziele des Honorarverteilungsmaßstabs.“

d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 wird die Angabe „3“ durch die Wörter „4 und zur Durchführung geeigneter und neutraler Verfahren zur Honorarbereinigung“ ersetzt.

bb) Folgender Satz wird anfügt:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben bis spätestens zum ... [einsetzen: Datum drei Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 20 Absatz 1] Richtlinien nach Satz 1 zu beschließen.“

#### a) Gewünschte Änderung

keine

#### b) Begründung

zu c) Die Pflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Veröffentlichung eines Berichts über die Grundsätze und Versorgungsziele der Honorarverteilung wird ausdrücklich begrüßt.

zu d) Die wettbewerbsneutrale Ausgestaltung der Vorgaben zur Honorarbereinigung wird begrüßt.

## **Nr. 38**

### **§ 91 (Gemeinsamer Bundesausschuss)**

*Dem § 91 wird folgender Absatz 11 angefügt:*

*„(11) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages einmal jährlich zum 31. März über das Bundesministerium für Gesundheit einen Bericht über die Einhaltung der Fristen nach § 135 Absatz 1 Satz 4 und 5, § 137c Absatz 1 Satz 6 und 7 sowie § 137h Absatz 4 Satz 5 vorzulegen, in dem im Falle von Fristüberschreitungen auch die zur Straffung des Verfahrens unternommenen Maßnahmen und die besonderen Schwierigkeiten einer Bewertung, die zu einer Fristüberschreitung geführt haben können, im Einzelnen dargelegt werden müssen. Zudem sind in dem Bericht auch alle anderen Beratungsverfahren über Entscheidungen und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses darzustellen, die seit förmlicher Einleitung des Beratungsverfahrens länger als drei Jahre andauern und in denen noch keine abschließende Beschlussfassung erfolgt ist.“*

#### **a) Gewünschte Änderung**

keine

#### **b) Begründung**

Es handelt sich um eine Controlling Maßnahme, die grundsätzlich auch geeignet ist, mehr Transparenz über die Beratungsprozesse des G-BA zu schaffen.

## **Nr. 39**

### **§ 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss**

*§ 92 wird wie folgt geändert:*

*a) Dem Absatz 6a wird folgender Satz angefügt:*

*„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 30. Juni 2016 in den Richtlinien Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung von Gruppentherapien sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens.“*

*b) Dem Wortlaut des Absatzes 7f wird folgender Satz vorangestellt:*

*„Bei den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 und den Beschlüssen nach § 137 Absatz 3 erhalten die Länder ein Mitberatungsrecht, soweit diese Richtlinien und Beschlüsse für die Krankenhausplanung von Bedeutung sind; Absatz 7e Satz 2 und 3 gilt entsprechend.“*

#### **a) Gewünschte Änderung**

zu a) In § 92 Absatz 6a werden die Wörter „zur Flexibilisierung des Therapieangebotes,“ gestrichen und nach den Wörtern „Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden“ die Wörter „mit dem Ziel einer zeitnahen Indikationsstellung“ eingefügt.

Zu b) Dem Wortlaut des Absatzes 7f wird folgender Satz vorangestellt: „Bei den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 und den Beschlüssen nach § 137 Absatz 3 erhalten die Länder ein Mitberatungsrecht, soweit diese Richtlinien und Beschlüsse für die Krankenhausplanung von Bedeutung sind; Absatz 7e Satz 2 und 3 gilt entsprechend.“

#### **b) Begründung**

zu a) Grundsätzlich wird der gesetzliche Auftrag zur Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richtlinien, um eine effektivere psychotherapeutische Versorgung zu erreichen, begrüßt. Die Vorgabe zur Schaffung weiterer Behandlungsmöglichkeiten durch eine Flexibilisierung des Therapieangebots ist zu unkonkret und birgt die Gefahr, dass die Verbindlichkeit begründeter Rahmenvorgaben, insbesondere zur Definition der behandlungsbedürftigen Krankheiten sowie die zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren keine verlässliche Grundlage mehr darstellt und beliebige, weder evidenz- noch qualitätsgesicherte Therapieangebote Eingang in die von der gesetzlichen Krankenversicherung finanzierte psychotherapeutische Krankenbehandlung finden. Dies läuft einer Bündelung von Ressourcen und einem zielgenaueren Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel entgegen.

Damit durch die Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden das Ziel erreicht werden kann, eine kurzfristige Abklärung des Behandlungsbedarfs zu ermöglichen, soll der Auftrag an den G-BA entsprechend konkretisiert werden. Der zeitnahe Zugang zum Psychotherapeuten soll schneller als bisher auf der Basis einer fachgerechten Diagnostik eine Indikationsstellung zur weiteren Versorgung gewährleisten.

Zu b) Die Regelung ist insgesamt abzulehnen. Bereits in § 137a Abs.3 und Abs.7 Nr. 11 SGB V ist eine frühzeitige Einbeziehung der Ländervertreter durch das Institut gewährleistet. Die dort verankerte Beteiligung von zwei Vertretern der Gesundheitsministerkonferenz der Länder ist

sachgerecht. Perspektivisch können damit Qualitätsaspekte bei der Krankenhausplanung Berücksichtigung finden, die wiederum Grundlage für die Beratung und Beschlussfassung im Gemeinsamen Bundesausschuss sind. Aufgrund dieser Einbeziehung ist eine nahtlose Beteiligung und Einbeziehung der Länder ermöglicht worden, ein Mitberatungsrecht der Länder im Gemeinsamen Bundesausschuss – außerhalb der Bedarfsplanung – ist hingegen abzulehnen. Die Länder sind nicht Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses. Des Weiteren bindet die Beteiligung unnötige Ressourcen und führt zu einem erheblichen koordinativen Aufwand. Auch aus fachlichen Erwägungen heraus ist die Beteiligung abzulehnen. Es ist nicht begründbar, warum die Länder bei Grundsätzen zur Zweitmeinung, zu den Nachweisen über die Erfüllung der Fortbildungspflichten, Mindestmengenregelungen und der Qualitätsberichte beteiligt werden sollen. Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bundesweite Vorgaben zum Zwecke der Qualitätssicherung, deren Wirkungen sich nur indirekt auf die Länder entfalten.

## **Nr. 40** **§ 92a und § 92b neu**

*Nach § 92 werden die folgenden §§ 92a und 92b eingefügt:*

### *„§ 92a*

*Innovationsfonds, Grundlagen der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss*

*(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss fördert neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen. Gefördert werden insbesondere Vorhaben, die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und hinreichendes Potential aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden. Voraussetzung für eine Förderung ist, dass eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Vorhaben erfolgt. Förderkriterien sind insbesondere:*

- 1. Verbesserung der Versorgungsqualität und Versorgungseffizienz,*
- 2. Behebung von Versorgungsdefiziten,*
- 3. Optimierung der Zusammenarbeit innerhalb und zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen, Versorgungseinrichtungen und Berufsgruppen, interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgungsmodelle,*
- 4. interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgungsmodelle,*
- 5. Übertragbarkeit der Erkenntnisse, insbesondere auf andere Regionen oder Indikationen,*
- 6. Verhältnismäßigkeit von Implementierungskosten und Nutzen,*
- 7. Evaluierbarkeit.*

*Förderfähig sind nur diejenigen Kosten, die dem Grunde nach nicht von den Vergütungssystemen der Regelversorgung umfasst sind. Antragsteller für eine Förderung können Krankenkassen und ihre Verbände, Vertragsärzte, zugelassene medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Landeskrankenhausesellschaften, Kassenärztliche Vereinigungen, pharmazeutische Unternehmer, Hersteller von Medizinprodukten im Sinne des Medizinproduktegesetzes und Patientenorganisationen nach § 140f sein. Bei der Antragstellung ist in der Regel eine Krankenkasse zu beteiligen. Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht.*

### **a) Gewünschte Änderung**

a) In Satz 6 werden die Wörter „pharmazeutische Unternehmer, Hersteller von Medizinprodukten im Sinne des Medizinproduktegesetzes“ gestrichen.

b) In Abs. 1 Satz 6 werden die Wörter „in der Regel“ durch das Wort „zwingend“ ersetzt.

### **b) Begründung**

Zu a) Es ist nicht erforderlich, dass die in Absatz 1 Satz 6 genannten pharmazeutischen Unternehmen und Herstellern von Medizinprodukten als Antragsteller genannt und diese mit GKV-Mitteln unterstützt werden.

Zu b) Eine Krankenkasse sollte zwingend bei der Antragsstellung beteiligt werden, da es ausschließlich Versichertengelder sind, die über den Innovationsfonds verteilt werden. Zudem scheint eine Umsetzung von Projekten ohne Beteiligung von Krankenkassen kaum möglich.

*(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss fördert Versorgungsforschung, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet ist. Antragsteller für eine Förderung von Versorgungsforschung können universitäre und nichtuniversitäre Forschungseinrichtungen sowie die in Absatz 1 Satz 6 genannten Einrichtungen sein. Für Verträge, die nach den §§ 73c und 140a in der am ... [einsetzen: Datum des Tages der Verkündung] geltenden Fassung geschlossen wurden, kann auf Antrag der Vertragsparteien eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung gefördert werden, wenn die Vertragsinhalte hinreichendes Potential aufweisen, in die Regelversorgung überführt zu werden. Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht. Die für Versorgungsforschung zur Verfügung stehenden Mittel können auch für Forschungsvorhaben zur Weiterentwicklung und insbesondere Evaluation der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses eingesetzt werden.*

*(3) Die Fördersumme für neue Versorgungsformen und Versorgungsforschung nach den Absätzen 1 und 2 beträgt in den Jahren 2016 bis 2019 jeweils 300 Millionen Euro. Sie umfasst auch die für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung einschließlich der wissenschaftlichen Auswertung nach Absatz 5 notwendigen Aufwendungen. Soweit hierfür bereits im Jahr 2015 Ausgaben anfallen, werden diese aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds getragen; der Betrag nach § 271 Absatz 2 Satz 5 verringert sich für das Jahr 2016 um den im Jahr 2015 in Anspruch genommenen Betrag. Von der Fördersumme sollen 75 Prozent für die Förderung nach Absatz 1 und 25 Prozent für die Förderung nach Absatz 2 verwendet werden. Mittel, die im Haushaltsjahr nicht verausgabt wurden, sind entsprechend Absatz 4 Satz 1 anteilig an den Gesundheitsfonds (Liquiditätsreserve) und die Krankenkassen zurückzuführen.*

**a) Gewünschte Änderung:**

aa) Änderung von Satz 1 wie folgt: „Die Fördersumme für neue Versorgungsformen und Versorgungsforschung nach den Absätzen 1 und 2 beträgt einmalig insgesamt 300 Millionen Euro.

bb) Änderung von Satz 5 wie folgt: „Mittel, die im Haushaltsjahr nicht verausgabt wurden, sind bis zu einer Höhe von 150 Millionen Euro pro Jahr an die Krankenkassen zurückzuführen.“

Ergänzung hinter Satz 5: „Übersteigen die nichtverausgabten Mittel in einem Jahr den Betrag von 150 Millionen Euro, ist der übersteigende Betrag an den Gesundheitsfonds (Liquiditätsreserve) zurückzuführen.“

**b) Begründung:**

Zu a) Die durch den Innovationsfonds zur Verfügung gestellten finanziellen Mittel stellen im Vergleich zu früheren Regelungen der 1%igen Anschubfinanzierung ein deutlich größeres Fördervolumen dar. In jedem Fall sollte eine Förderung von beliebigen Entwicklungsprojekten vermieden werden. Aus Sicht des BKK Systems ist aus diesen Gründen eine einmalige Unterstützung sachgerecht.

Zu b) Die nach Satz 4 geregelte Rückführung der in einem Jahr nicht verausgabten Mittel für den Innovationsfonds sollte zunächst in vollem Umfang an die Kassen erfolgen. Um den Krankenkassen nicht Finanzmittel, die zur Finanzierung der regulären Gesundheitsversorgung er-

forderlich sind, in Zeiten nachhaltiger Fondsunterdeckungen (in 2015 insgesamt ca. 11 Milliarden Euro) zu entziehen, sollte die Erstattung der nichtverausgabten Mittel zunächst ausschließlich an die Krankenkassen zur Minderung der von den GKV-Mitgliedern zu tragenden Zusatzbeitragssätze erfolgen. Würde, wie im Gesetzentwurf aktuell vorgesehen, die Liquiditätsreserve im gleichen Maße wie die Krankenkassen von einer Rückführung der Geldmittel profitieren, wäre dies nachteilig für die Mitglieder der GKV. Für den Fall, dass die Liquiditätsreserve ihre gesetzlich geforderte Mindesthöhe unterschreitet, ist im Verfahren des Gesundheitsfonds bereits eine Auffüllung um den entsprechenden Fehlbetrag zu Lasten der Krankenkassen vorgesehen. Eine zusätzliche Entlastung der Liquiditätsreserve ist damit unnötig. Nur wenn insgesamt weniger als 150 Millionen Euro in einem Jahr im Innovationsfonds benötigt werden, sollte eine Rückführung des Betrages an die Liquiditätsreserve erfolgen, der den Kas- senanteil (150 Mio. EUR) übersteigt.

*(4) Die Mittel nach Absatz 3, verringert um den Finanzierungsanteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse nach § 221 Absatz 2 Satz 3, werden durch den Gesundheitsfonds (Liquiditätsreserve) und die nach § 266 am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen jeweils zur Hälfte getragen. Das Bundesversicherungsamt erhebt und verwaltet die Mittel (Innovationsfonds) und zahlt die Fördermittel auf der Grundlage der Entscheidungen des Innovationsausschusses nach § 92b aus. Die dem Bundesversicherungsamt im Zusammenhang mit dem Innovationsfonds entstehenden Ausgaben werden aus den Einnahmen des Innovationsfonds gedeckt. Das Nähere zur Erhebung der Mittel für den Innovationsfonds durch das Bundesversicherungsamt bei den nach § 266 am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen regelt die Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 Satz 1; § 266 Absatz 6 Satz 7 gilt entsprechend. Das Nähere zur Weiterleitung der Mittel an den Innovationsfonds und zur Verwaltung der Mittel des Innovationsfonds bestimmt das Bundesversicherungsamt im Benehmen mit dem Innovationsausschuss und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.*

**a) Gewünschte Änderung:**

Satz 1 wird wie folgt geändert: „Die Mittel nach Absatz 3 werden bis zur Höhe von 150 Millionen Euro durch den Gesundheitsfonds (Liquiditätsreserve) getragen.“

Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 ergänzt: „Überstiegen die in Anspruch genommenen Mittel den Betrag nach Satz 1, sind die Aufwendungen von den Krankenkassen entsprechend dem Anteil Ihrer Mitglieder zu tragen.“

Satz 2 wird zu Satz 3 und wie folgt geändert: „Der GKV-Spitzenverband erhebt und verwaltet die Finanzmittel als Sondervermögen (Innovationsfonds).

Satz 3 und 4 werden gestrichen.

**b) Begründung:**

Um den Krankenkassen nicht Finanzmittel, die zur Finanzierung der regulären Gesundheitsversorgung erforderlich sind, in Zeiten nachhaltiger Fondsunterdeckungen (in 2015 insgesamt ca. 11 Mrd. Euro) zu entziehen, sollten die entsprechenden Mittel auch nur nach Bedarf und nach Ausschöpfung des Budgets aus der Liquiditätsreserve erhoben werden. Die Aufbringung der Mittel, die von den Krankenkassen zu tragen sind, über einen monatlicher Abzug von den Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen mit Einführung des Innovationsfonds würde zu einem verfrühten Abzug von Finanzmitteln bei den Krankenkassen führen. Es ist davon auszugehen, dass zunächst die 150 Mio. Euro aus der Liquiditätsreserve für einen relativ langen Zeitraum ausreichen werden.

Bei der Umlage des von den Krankenkassen zu tragenden Anteils ist eine Finanzierung je Mitglied einzuführen, da die entsprechenden Mittel den Krankenkassen nicht über die Zuweisungen des Gesundheitsfonds je Versicherten zufließen, sondern von den Mitgliedern über einen erhöhten Zusatzbeitragssatz zu finanzieren sind.

Um eine sparsame und effektive Verwaltung des Innovationsfonds sicherzustellen, soll das etablierte Umlageverfahren des GKV-Spitzenverbandes genutzt werden. Dieser wird den Einzug und die Auszahlung der Fondsmittel gewährleisten. Der Aufbau einer Fondsbürokratie beim G-BA ist nicht erforderlich.

*(5) Das Bundesministerium für Gesundheit veranlasst eine wissenschaftliche Auswertung der Förderung nach dieser Vorschrift im Hinblick auf deren Eignung zur Weiterentwicklung der Versorgung. Die hierfür entstehenden Ausgaben werden aus den Einnahmen des Innovationsfonds gedeckt. Das Bundesministerium für Gesundheit übersendet dem Deutschen Bundestag zum 31. März 2019 einen Zwischenbericht über die wissenschaftliche Auswertung. Einen abschließenden Bericht über das Ergebnis der wissenschaftlichen Auswertung legt das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag zum 31. März 2021 vor.*

#### § 92b

*Durchführung der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss*

*(1) Zur Durchführung der Förderung wird beim Gemeinsamen Bundesausschuss bis zum 1. Januar 2016 ein Innovationsausschuss eingerichtet. Dem Innovationsausschuss gehören drei 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 zwei Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit und ein Vertreter des Bundesministeriums für Bildung und Forschung an. Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungs- und Antragsrecht. § 140f Absatz 2 Satz 2 bis 7 und Absatz 5 sowie Absatz 6 gilt entsprechend.*

#### **a) Gewünschte Änderung**

Änderung zu Satz 2: „Dem Innovationsausschuss gehören drei Krankenkassen auf Basis der „Drei-Dabei-Regelung“ – so dass jede Kassenart vertreten ist – an, jeweils ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft benanntes Mitglied des Beschlussgremiums nach § 91 Absatz 2, sowie der unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses an. Die Benennung der jeweiligen Vertreter erfolgt durch den GKV Spitzenverband.“

#### **b) Begründung**

Selektivvertragliche Projekte sind nicht Aufgabe des GKV Spitzenverbandes. Entsprechende praktische Erfahrungen mit Selektivverträgen – von der Projektidee über die Ausschreibung, Vertragsgestaltung, Umsetzung und Evaluation - haben die Krankenkassen. Die Krankenkassen müssen deshalb direkt und unmittelbar im Innovationsausschuss beteiligt sein. Eine solche Beteiligung der Krankenkassen nach der „Drei-dabei-Regelung“ ist ein übliches und vielfach bewährtes Verfahren – auch im G-BA – dass auch an dieser Stelle eingesetzt werden sollte. Die

Beteiligung des BMG und des BMBF, und gegebenenfalls der Einbezug weiterer Bundes- und Landesministerien, in diesem Gremium werden abgelehnt, da sie nicht der selbstverwaltenden Organisationsstruktur des G-BA entspricht.

Sollte diese vorgeschlagene Änderung vom Gesetzgeber nicht gewünscht sein, sollte die Expertise der Krankenkassen zwingend im Expertenbeirat hinzugezogen werden.

*(2) Der Innovationsausschuss legt in Förderbekanntmachungen die Schwerpunkte und Kriterien für die Förderung nach § 92a Absatz 1 und 2 Satz 1 bis 4 fest. Er führt auf der Grundlage der Förderbekanntmachungen Interessenbekundungsverfahren durch und entscheidet über die eingegangenen Anträge auf Förderung. Der Innovationsausschuss entscheidet auch über die Verwendung der Mittel nach § 92a Absatz 2 Satz 5. Entscheidungen des Innovationsausschusses bedürfen einer Mehrheit von sieben Stimmen. Der Innovationsausschuss beschließt eine Geschäfts- und Verfahrensordnung, in der er insbesondere seine Arbeitsweise und die Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle nach Absatz 3 sowie das Förderverfahren nach Satz 2 regelt. Die Geschäfts- und Verfahrensordnung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.*

*(3) Zur Vorbereitung und Umsetzung der Entscheidungen des Innovationsausschusses wird eine Geschäftsstelle eingerichtet. Der personelle und sachliche Bedarf des Innovationsausschusses und seiner Geschäftsstelle wird vom Innovationsausschuss bestimmt und ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss in seinen Haushalt einzustellen.*

*(4) Die Geschäftsstelle nach Absatz 3 untersteht der fachlichen Weisung des Innovationsausschusses und der dienstlichen Weisung des unparteiischen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses und hat insbesondere folgende Aufgaben:*

- 1. Erarbeitung von Entwürfen für Förderbekanntmachungen,*
- 2. Möglichkeit zur Einholung eines Zweitgutachtens, insbesondere durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139a oder das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz nach § 137a,*
- 3. Erlass von Förderbescheiden,*
- 4. Veranlassung der Auszahlung der Fördermittel durch das Bundesversicherungsamt,*
- 5. Prüfung der ordnungsgemäßen Verwendung der Fördermittel und eventuelle Rückforderung der Fördermittel.*

*(5) Zur Einbringung wissenschaftlichen und versorgungspraktischen Sachverstands in die Beteiligungsverfahren des Innovationsausschusses wird ein Expertenbeirat gebildet. Mitglieder des Expertenbeirats sind Vertreter aus Wissenschaft und Versorgungspraxis. Die Zahl der Mitglieder soll zehn nicht überschreiten. Der Expertenbeirat wird vom Bundesministerium für Gesundheit berufen. Die Empfehlungen des Expertenbeirats sind vom Innovationsausschuss in seine Entscheidungen einzubeziehen.*

#### **a) Gewünschte Änderungen**

aa) Satz 2 wird nach „Versorgungspraxis“ ergänzt um „sowie drei Krankenkassen auf Basis der „Drei-Dabei-Regelung“.

ab) Ergänzung um Satz 6: „Grundsätzlich sollte der Innovationausschuss eine Abweichung von den Empfehlung des Expertenrates schriftlich begründen.“

**b) Begründung**

ba) Sollten die Krankenkassen auf Wunsch des Gesetzgebers nicht direkt am Innovationsausschuss beteiligt sein, sollte die Expertise der Krankenkassen zwingend im Expertenbeirat hinzugezogen werden. Krankenkassen haben praktische Erfahrung in der Etablierung und Umsetzung von Selektivverträgen und können daher am besten beurteilen, ob ein Antrag auf Förderung umsetzbar und sinnvoll ist. Eine Beteiligung der Krankenkassen nach der „Drei-dabei-Regelung“ im Expertenbeirat ist ein übliches und vielfach bewährtes Verfahren – auch im G-BA – dass auch an dieser Stelle eingesetzt werden sollte.

bb) Grundsätzlich sollte der Innovationsausschuss eine Abweichung von der Empfehlung des Expertenbeirates schriftlich begründen.

*(6) Der Expertenbeirat hat insbesondere folgende Aufgaben:*

- 1. Abgabe von Empfehlungen zum Inhalt der Förderbekanntmachungen auf Grundlage von Entwürfen der Geschäftsstelle nach Absatz 3,*
- 2. Durchführung von Kurzbegutachtungen der Anträge auf Förderung,*
- 3. Abgabe einer Empfehlung zur Förderentscheidung.*

*(7) Klagen bei Streitigkeiten nach dieser Vorschrift haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt.“*

## **Nr. 41**

### **§ 95 (Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung)**

*§ 95 wird wie folgt geändert:*

a) *Absatz 1 wird wie folgt geändert:*

aa) *In Satz 2 wird das Wort „fachübergreifende“ gestrichen.*

bb) *Die Sätze 4 und 5 werden aufgehoben.*

b) *Absatz 1a wird wie folgt geändert:*

aa) *In Satz 1 wird nach der Angabe „§ 126 Absatz 3“ das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „teilnehmen,“ die Wörter „oder von Kommunen“ eingefügt.*

bb) *Die folgenden Sätze werden angefügt:*

*„Kommunen können medizinische Versorgungszentren auch in der öffentlich rechtlichen Rechtsform eines Eigen- oder Regiebetriebs gründen. Für die Gründung von medizinischen Versorgungszentren durch Kommunen findet § 105 Absatz 5 Satz 1 bis 4 keine Anwendung.“*

c) *Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:*

*„Die Einhaltung der sich aus den Sätzen 1 und 2 ergebenden Versorgungsaufträge sind von der Kassenärztlichen Vereinigung zu prüfen.“*

d) *Absatz 9 Satz 4 wird wie folgt gefasst:*

*„Absatz 5 gilt entsprechend.“*

#### **a) Gewünschte Änderung**

zu c) Dem Absatz 3 wird nach dem neuen Satz 4 folgender Satz angefügt: „Die Ergebnisse der Prüfung sind den Landes- und Zulassungsausschüssen zu übermitteln.“

#### **b) Begründung**

Der neu formulierte Auftrag an die Kassenärztlichen Vereinigungen, den sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag von Vertragsärztinnen/Vertragsärzten und medizinischen Versorgungszentren anhand der ihnen vorliegenden Leistungsdaten zu prüfen, soll durch eine Übermittlungspflicht an die Zulassungsgremien und Landesausschüsse ergänzt werden. Damit wird die Zielsetzung der Regelung, sicherzustellen, dass Vertragsärztinnen/Vertragsärzte und medizinische Versorgungszentren in dem ihnen (gesetzlich) vorgegebenen Umfang zur Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehen, bekräftigt. Zulassungsentscheidungen und Bedarfsfeststellungen vor Ort, insbesondere auch über ggf. bestehenden lokalen Versorgungsbedarf sowie begründete Abweichungen von der Bedarfsplanungsrichtlinie zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, können fundierter als bisher getroffen und begründet werden.

## **Nr. 42**

### **§ 100 (Unterversorgung)**

*§ 100 wird wie folgt geändert:*

- a) *In Absatz 1 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sind bei der Feststellung einer Unterversorgung nicht zu berücksichtigen“ eingefügt.*
- b) *In Absatz 2 werden nach den Wörtern „dauert die“ die Wörter „bestehende oder in absehbarer Zeit drohende“ eingefügt.*

#### **a) Gewünschte Änderung**

Streichung von Absatz 1 Satz 1, falls der Strukturfonds durch die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht mehr von der Feststellung einer drohenden oder bestehenden Unterversorgung abhängig sein wird (Nr. 45, § 105 Förderung der vertragsärztlichen Versorgung).

#### **b) Begründung**

Die gewünschte Streichung steht im Zusammenhang mit den geplanten Änderungen in § 105 SGB V Förderung der vertragsärztlichen Versorgung. Die Errichtung eines Strukturfonds durch die Kassenärztlichen Vereinigungen ist bislang von der Feststellung einer drohenden oder bestehenden Unterversorgung durch die Landesausschüsse abhängig. Damit die Niederlassung in unterversorgten Gebieten gefördert werden kann, um zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung beizutragen, soll diese Feststellung nicht durch den Einbezug von Ermächtigungen erschwert werden. Der BKK Dachverband spricht sich daher für den Vorrang der Niederlassung gegenüber Ermächtigungen aus.

Sollte der Gesetzgeber der vom BKK Dachverband geforderten Änderung zu Nr. 45 nicht folgen und die Einrichtung eines Strukturfonds durch die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht mehr von der Feststellung einer drohenden oder bestehenden Unterversorgung abhängig machen, besteht kein sachlicher Grund, ermächtigte Ärzte bei der Feststellung von Unterversorgung nicht zu berücksichtigen.

Zudem würde der erst jüngst durch das GKV-VStG an den Gemeinsamen Bundesausschuss erteilte Auftrag, in der Bedarfsplanungs-Richtlinie Bestimmungen zur Berücksichtigung der durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte zur Anrechnung auf den Versorgungsgrad (§ 101 Abs. 2b SGB V) zu treffen, in der Konsequenz wirkungslos bleiben. Um dem Auftrag des Gesetzgebers zu entsprechen, müssten die Landesausschüsse in Zukunft zwei unterschiedliche Versorgungsgrade pro Bedarfsplanungsregion ausweisen. Es ist vom Gesetzgeber jedoch ausdrücklich erwünscht, die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung auch durch den Einbezug weiterer Leistungserbringer zu garantieren (vgl. Terminservicestellen, ambulante Behandlung durch Krankenhäuser).

## **Nr. 43**

### **§ 101 (Übersorgung)**

*§ 101 wird wie folgt geändert:*

*a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:*

*aa) In Nummer 5 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.*

*bb) Folgende Nummer 6 wird angefügt:*

*„6. Ausnahmeregelungen zur Leistungsbegrenzung nach den Nummern 4 und 5 im Fall eines unterdurchschnittlichen Praxisumfangs.“*

*b) In Absatz 6 wird die Angabe „und 5“ durch ein Komma und die Angabe „5 und 6“ ersetzt.*

#### **a) Gewünschte Änderung**

zu a) bb)

Die neue Nr. 6 in § 101 Absatz 1 Satz 1 wird gestrichen.

#### **b) Begründung**

Die mit der Regelung vorgesehene Flexibilisierung zur gemeinsamen Berufsausübung in einer Arztpraxis konzentriert sich exklusiv auf überversorgte Gebiete. In überversorgten Planungsbereichen werden für Praxen mit unterdurchschnittlichem Praxisumfang, d.h. unterdurchschnittlicher Tätigkeit für gesetzlich Versicherte, Ausnahmen von der verpflichtenden Leistungsbegrenzung bei Job-Sharing und Anstellung vorgesehen.

Dies bietet einen Anreiz zur Erhöhung der Arztzahlen in überversorgten Gebieten und bevorzugt unterdurchschnittlich für die gesetzliche Krankenversicherung tätige Praxen, die unter Umständen einen nennenswerten Anteil ihrer Praxistätigkeit bisher auf Privatversicherte konzentriert hatten. Im Ergebnis werden damit „Versorgerpraxen“ diskriminiert, die für die Versorgung von GKV-Versicherten uneingeschränkt zur Verfügung standen.

Neben der wenig nachvollziehbaren Relativierung der Bedarfsplanung gerade in überversorgten Planungsbereichen, welches dem Ziel einer gleichmäßigeren Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zuwiderläuft, besteht darüber hinaus die Gefahr eines weiteren Mengenzuwachses durch angebotsindizierte Nachfragen in bereits überversorgten Regionen.

Ebenso setzt diese Regelung ein falsches Signal, da sie grundsätzlich eine Perspektive für „Jungmediziner“ eröffnet, eine Anstellung in attraktiven Ballungsräumen anzustreben, als sich in Richtung ländliche Region zu orientieren.

## **Nr. 44**

### **§ 103 (Zulassungsbeschränkungen)**

*§ 103 wird wie folgt geändert:*

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

*b) Absatz 3a wird wie folgt geändert:*

*aa) In Satz 3 wird das Wort „kann“ durch das Wort „soll“ ersetzt und werden nach dem Wort „angehört“ die Wörter „oder der sich verpflichtet, die Praxis in ein anders Gebiet des Planungsbereichs zu verlegen, in dem nach Mitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung aufgrund einer zu geringen Ärztedichte ein Versorgungsbedarf besteht“ eingefügt.*

*bb) Nach Satz 3 werden die folgenden Sätze eingefügt:*

*„Für einen Nachfolger, der dem in Absatz 4 Satz 5 Nummer 6 bezeichneten Personenkreis angehört, gilt Satz 3 zweiter Halbsatz mit der Maßgabe, dass das Anstellungsverhältnis oder der gemeinschaftliche Betrieb der Praxis mindestens drei Jahre lang angedauert haben muss. Satz 4 gilt nicht, wenn das Anstellungsverhältnis oder der gemeinschaftliche Praxisbetrieb vor dem... [einsetzen: Datum des Tages der 1. Lesung des Deutschen Bundestages] begründet wurden. Einem Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens kann auch dann stattgegeben werden, wenn die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll, der dem in Absatz 4 Satz 5 Nummer 4 bezeichneten Personenkreis angehört und dieser die vertragsärztliche Tätigkeit in einem Gebiet, in dem der Landesausschuss nach § 100 Absatz 1 das Bestehen von Unterversorgung festgestellt hat, nach dem ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 20 Absatz 1] erstmalig aufgenommen hat.“*

#### **a) Gewünschte Änderung**

*aa) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sind bei der Feststellung einer Überversorgung nicht zu berücksichtigen“ gestrichen.*

*ab) In § 103 Absatz 3a im neuen Satz 7 wird der zweite Halbsatz „bei Stimmengleichheit ist dem Antrag abweichend von § 96 Absatz 2 Satz 6 zu entsprechen.“ gestrichen.*

#### **b) Begründung**

*ba) Um die Niederlassung in unterversorgten oder von drohender Unterversorgung betroffenen Gebieten zu fördern, ist es sachgerecht, ermächtigte Ärztinnen und Ärzte bzw. Ärztinnen und Ärzte in ermächtigten Einrichtungen nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2b in der Bedarfssplanung zu berücksichtigen und ggf. durch die Feststellung einer Überversorgung einen Planungsbereich für Neuzulassungen zu sperren. Um eine bessere flächendeckende Versorgung sicherzustellen, soll sich der Vorrang der Niederlassung auf unterversorgte oder von Unterversorgung bedrohte Planungsbereiche beschränken.*

*bb) Bisher galt bei Entscheidungen nach § 103 Abs. 3a SGB V ausdrücklich, dass bei Stimmengleichheit abweichend von § 96 Abs. 2 Satz 6 SGB V dem Antrag auf Nachbesetzung zu entsprechen ist. Damit den Zielen, Abbau von Überversorgung und Sicherstellung einer möglichst ausgewogenen und flächendeckenden Verteilung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten,*

wirksamer entsprochen werden kann, bedarf es neben der stärkeren Verpflichtung der Zulassungsausschüsse, Versorgungsgesichtspunkte bei Nachbesetzungsverfahren zu prüfen, auch einer Rücknahme dieser expliziten Ausnahmeregelung. Damit wird sichergestellt, dass auch Entscheidungen, die keine Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes vorsehen, zu Stande kommen können. Bei einer Fortgeltung der Ausnahmeregelung wird der im Grundsatz sinnvolle Ansatz (der bereits durch das GKV-VStG eingeführt wurde) zum Abbau von Überversorgung erneut wirkungslos bleiben.

Begrüßt wird die Ergänzung, dass bei der Entscheidung über Nachbesetzungen künftig auch das Kriterium berücksichtigt werden soll, ob der Bewerber bereit ist, eine Praxisverlegung in ein weniger gut versorgtes Gebiet des selben Planungsbereichs vorzunehmen

*a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:*

*aa) Satz 5 wird wie folgt geändert:*

*aaa) In Nummer 7 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt.*

*bbb) Folgende Nummer 8 wird angefügt:*

*„8. Belange von Menschen mit Behinderung beim Zugang zur Versorgung.“*

*bb) In Satz 9 werden die Wörter „Satz 5 Nummer 5 und 6“ durch die Wörter „Absatz 3a Satz 3 zweiter Halbsatz und Satz 6“ ersetzt, wird das Wort „kann“ durch das Wort „soll“ ersetzt, wird das Wort „auch“ gestrichen und werden die Wörter „Satz 5, 6 und 8“ durch die Wörter „Satz 8, 9 und 11“ ersetzt.*

*cc) Folgender Satz wird angefügt:*

*„Hat sich ein medizinisches Versorgungszentrum auf die Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes beworben, kann auch anstelle der in Satz 5 genannten Kriterien die Ergänzung des besonderen Versorgungsangebots des medizinischen Versorgungszentrums berücksichtigt werden.“*

## **Nr. 45**

### **§ 105 (Förderung der vertragsärztlichen Versorgung)**

*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.*

#### **a) Gewünschte Änderung**

In § 105 Absatz 1a Satz 1 werden die Wörter „zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung“ durch die Wörter „in Gebieten, für die Beschlüsse nach § 100 Absatz 1 und 3 getroffen wurden,“ ersetzt und nach Satz 3 folgender Satz 4 angefügt: „Über die Verwendung der Mittel des Strukturfonds haben die Kassenärztlichen Vereinigungen das Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen herzustellen“.

#### **b) Begründung**

Kassenärztliche Vereinigungen sollen auch künftig nicht die Möglichkeit erhalten, auch ohne Vorliegen von Beschlüssen der Landesausschüsse zur Feststellung von drohender oder bestehender Unterversorgung oder zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs einen Strukturfonds zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zu bilden. Bei der Einrichtung eines Strukturfonds durch die Kassenärztlichen Vereinigungen haben sich die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in gleicher Höhe an diesem finanziell zu beteiligen, ohne Mitspracherecht über die Verwendung der Mittel zu besitzen.

Eine Entkoppelung der Bildung eines Strukturfonds von der Konzentration auf unterversorgte Gebiete eröffnet die potentielle Möglichkeit, zusätzliche Versichertengelder auch in überversorgte Regionen zu lenken. Dies konterkariert Bestrebungen, die Versorgung gerade in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen zu stärken. Um sicherzustellen, dass zusätzliche Versichertengelder zielgerichtet zur Berücksichtigung besonderer regionaler Versorgungsbedürfnisse eingesetzt werden, sollen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen ein gleichberechtigtes Mitspracherecht erhalten. Dies eröffnet u.a. die Möglichkeit, die Belange von Behinderung betroffener Menschen bei Fördermaßnahmen berücksichtigen zu können.

## **Nr. 46**

### **§ 106a Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung**

*§ 106a wird wie folgt geändert:*

*a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:*

*aa) In Satz 1 wird das Wort „Vertragsärzte“ durch die Wörter „an der vertrags- ärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen“ ersetzt.*

*bb) In Satz 2 wird das Wort „Vertragsarztes“ durch das Wort „Arztes“ ersetzt, wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „Vertragsärzte und angestellte Ärzte sind entsprechend des jeweiligen Versorgungsauftrages gleich zu behandeln“ eingefügt.*

*cc) In Satz 6 werden die Wörter „durch den Vertragsarzt“ durch das Wort „jeweils“ ersetzt.*

*dd) Folgender Satz wird angefügt:*

*„Satz 2 gilt auch für Verfahren, die am 31. Dezember 2014 noch nicht rechtskräftig abgeschlossen waren.“*

*b) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:*

*aa) Im Satzteil vor der Aufzählung werden die Wörter „der Vertragsärzte“ durch die Wörter „der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen“ ersetzt.*

*bb) In Nummer 3 wird das Wort „Vertragsärzte“ durch das Wort „Ärzte“ ersetzt.*

*c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:*

*aa) In Satz 3 werden die Wörter „nach § 106“ durch die Wörter „ärztlicher Leistungen“ ersetzt.*

*bb) Folgender Satz wird angefügt:*

*„Wird ein Antrag nach Satz 1 von der Kassenärztlichen Vereinigung nicht innerhalb von sechs Monaten bearbeitet, kann die Krankenkasse einen Betrag in Höhe der sich unter Zugrundelegung des Antrags ergebenden Honorarberichtigung auf die zu zahlende Gesamtvergütung anrechnen.“*

#### **a) Gewünschte Änderung**

keine

#### **b) Begründung**

Die Regelung zur Fristsetzung der Bearbeitung von Prüfanträgen sowie die Möglichkeit der Anrechnung auf die zu zahlende Gesamtvergütung wird begrüßt.

*d) In Absatz 6 Satz 1 werden die Wörter „erstmalig bis zum 30. Juni 2004“ gestrichen und werden vor dem Semikolon die Wörter „einschließlich des Einsatzes eines elektronisch gestützten Regelwerks“ eingefügt.*

*e) In Absatz 6 Satz 1 werden die Wörter „erstmalig bis zum 30. Juni 2004“ gestrichen.*

#### **a) Gewünschte Änderung**

Streichung

**b) Begründung**

Die Regelung ist obsolet aufgrund der bereits erfolgten Regelung in d).

## Nr. 47

### § 106b (Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen)

Nach § 106a wird folgender § 106b eingefügt:

*„§ 106b Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen*

*(1) Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit ärztlich verordneten Leistungen wird ab dem 1. Januar 2017 anhand von Vereinbarungen geprüft, die von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zu treffen sind. Auf Grundlage dieser Vereinbarungen können Nachforderungen wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise nach § 106 Absatz 3 festgelegt werden. In den Vereinbarungen müssen Regelungen zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen in allen Bereichen ärztlich verordneter Leistungen enthalten sein. Die Vereinbarungen nach Satz 1 gelten für Leistungen, die ab dem 1. Januar 2017 verordnet werden.*

*(2) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren einheitliche Rahmenvorgaben für die Prüfungen nach Absatz 1. Darin ist insbesondere festzulegen, in welchem Umfang Wirtschaftlichkeitsprüfungen mindestens durchgeführt werden sollen. Festzulegen ist auch ein Verfahren, das sicherstellt, dass individuelle Beratungen bei statistischen Prüfungen der Ärztinnen und Ärzte der Festsetzung einer Nachforderung bei erstmaliger Auffälligkeit vorgehen; dies gilt nicht für Einzelfallprüfungen. Die Vereinbarungspartner nach Satz 1 legen zudem besondere Verordnungsbedarfe für die Verordnung von Heilmitteln fest, die bei den Prüfungen nach Absatz 1 anzuerkennen sind. Die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 können darüber hinaus weitere anzuerkennende besondere Verordnungsbedarfe vereinbaren. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 erstmalig bis zum 31. Oktober 2015 nicht zustande, entscheidet das Schiedsamt nach § 89 Absatz 4. Die Klage gegen die Festsetzung des Schiedsamts hat keine aufschiebende Wirkung.*

*(3) Sofern Vereinbarungen nach Absatz 1 bis zum 31. Juli 2016 ganz oder teilweise nicht zustande kommen, wird der Vertragsinhalt durch das Schiedsamt nach § 89 festgesetzt. Die Klage gegen die Festsetzung des Schiedsamts hat keine aufschiebende Wirkung. Bis zu einer Vereinbarung nach Absatz 1 gelten die Regelungen in den §§ 84, 106, 296 und 297 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung fort.*

*(4) Wirtschaftlichkeitsprüfungen unterliegen nicht:*

- 1. Verordnungen der nach § 32 Absatz 1a Satz 1 genehmigten Heilmittel für Versicherte mit langfristigem Behandlungsbedarf;*
- 2. Verordnungen von Arzneimitteln, für die der Arzt einem Vertrag nach § 130a Absatz 8 beigetreten ist; die Krankenkasse übermittelt der Prüfungsstelle die notwendigen Angaben, insbesondere die Arzneimittelkennzeichen, die teilnehmenden Ärzte und die Laufzeit der Verträge.*

*(5) § 130b Absatz 2 und § 130c Absatz 4 bleiben unberührt.“*

### **a) Gewünschte Änderung**

Abs. 1 Satz 2 sollte umformuliert werden in:

„Auf Grundlage dieser Vereinbarungen sind Rückzahlungen wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise nach § 106 Absatz 3 festzulegen.“

Absatz 1 Satz 3 sollte um folgenden Halbsatz ergänzt werden:

„wobei die Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen in den einzelnen Bereichen von der Einhaltung von Wirtschaftlichkeitszielen abhängig gemacht werden kann.“

In Absatz 2 sollte Satz 2 wie folgt gefasst werden:

„Darin sind insbesondere die wählbaren Prüfarten und Prüfverfahren sowie der Umfang, in dem Wirtschaftlichkeitsprüfungen mindestens durchgeführt werden sollen, festzulegen.“

Absatz 2 Satz 3 sollte wie folgt gefasst werden:

„Festzulegen sind auch die Maßnahmen bei Verstößen gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot sowie ein Verfahren das sicherstellt, dass individuelle Beratungen bei statistischen Prüfungen der Ärztinnen und Ärzte der Festsetzung einer Nachforderung bei erstmaliger Auffälligkeit vorgehen; dies gilt nicht für Einzelfallprüfungen.“

Absatz 2 Satz 4 sollte wie folgt gefasst werden:

„Die Vereinbarungspartner nach Satz 1 legen zudem besondere Versorgungsbedarfe für die Verordnung von Heilmitteln fest, diese umfassen Praxisbesonderheiten, die bei den Prüfungen nach Absatz 1 anzuerkennen sind, und langfristige Behandlungsbedarfe im Sinne von § 32 Absatz 1a.“

### **b) Begründung**

Zur besseren Übersichtlichkeit werden die Regelungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung neu gefasst. In Artikel 1 des GKV-VSG wird § 106b SGB V eingefügt. Dadurch können Verhandlungen zu der Ausgestaltung dieser neuen regionalen Wirtschaftlichkeitsprüfung, die die Richtgrößenprüfung ab dem Jahr 2017 ablösen wird, geführt werden. Zunächst müssen die Vertragspartner auf Bundesebene einheitliche Rahmenvorgaben vereinbaren. Danach können die regionalen Vertragspartner Vereinbarungen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit ärztlich verordneter Leistungen abschließen.

Positiv anzumerken ist, dass Rückzahlungen wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise nach § 106b Absatz 3 vereinbart werden können. Allerdings sollte die Rückzahlung nicht optional erfolgen, sondern ein verpflichtender Bestandteil sein, da ansonsten kein hinreichender Anreiz für eine wirtschaftliche Verordnungsweise geschaffen wird.

Unklar ist, wie weit die Regelungskompetenzen der Vertragspartner auf Landesebene reichen. Gerade vor dem Hintergrund, dass sich die Wirtschaftlichkeitsprüfung auf alle Bereiche ärztlich verordneter Leistungen beziehen soll, sollte den Vertragspartnern auf Landesebene zwar einerseits ein möglichst großer Spielraum für die Ausgestaltung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen offen stehen, dieser jedoch durch bundeseinheitliche Vorgaben flankiert werden. Hierzu ist es erforderlich, die Rahmenvorgaben nach Absatz 2 insbesondere um die zur Verfügung stehenden Prüfarten und Prüfverfahren zu ergänzen.

Wichtig wäre im Arzneimittelbereich auch die Festlegung von bestimmten Prüfinhalten, wie z.B. die Biosimilar- und Generikaquote. Regional könnte die bundesweite Rahmenvorgabe detailliert ausgestaltet und erweitert werden.

Darüber hinaus sollte eine Grundlage für die Vereinbarung von Wirtschaftlichkeitszielen auf regionaler Ebene geschaffen werden sowie die Möglichkeit, von Wirtschaftlichkeitsprüfungen abzusehen, wenn vereinbarte Wirtschaftlichkeitsziele eingehalten werden. Dieses Instrument trägt insbesondere vor dem Hintergrund der Erstreckung der Wirtschaftlichkeitsprüfung auf sämtliche Bereiche ärztlich verordneter Leistungen dazu bei, die Ausgestaltung Wirtschaftlichkeitsprüfung möglichst schlank und effektiv zu halten. Daneben sind Vorgaben zu den möglichen Maßnahmen bei Verstößen gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot angezeigt, da die Prüfungsstelle nach § 106 Absatz 3 (neu) über die zu treffende Maßnahme unter Berücksichtigung der Vereinbarungen nach § 106b zu entscheiden hat.

In Absatz 2 wird der Begriff der „besonderen Ordnungsbedarfe“ eingeführt. Dieser soll gemäß der Gesetzesbegründung sowohl die aktuell in § 84 Absatz 8 SGB V geregelten Praxisbesonderheiten als auch den langfristigen Heilmittelbedarf gemäß § 32 Absatz 1a SGB V abbilden. Nach Absatz 4 Nr. 1 sind jedoch die Verordnungen der nach § 32 Absatz 1a Satz 1 genehmigten Heilmittel für Versicherte mit langfristigem Behandlungsbedarf nicht Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Es sollte daher im Rahmen des Absatz 2 Satz 4 hinsichtlich der Wirtschaftlichkeitsprüfung klar zwischen Praxisbesonderheiten und Verordnungen über den langfristigen Heilmittelbedarf differenziert werden und zugleich klargestellt werden, dass beide besonderen Ordnungsbedarfe von den Vereinbarungspartnern nach Absatz 2 Satz 1 inhaltlich definiert werden. Eine entsprechende Anpassung des § 32 Absatz 1a SGB V im Sinne einer klaren Zuweisung der Regelungskompetenz zu den Vertragspartnern nach Absatz 2 Satz 1 könnte zur Rechtsklarheit beitragen.

## **Nr. 52**

### **§ 116b (Ambulante spezialfachärztliche Versorgung)**

*§ 116b wird wie folgt geändert:*

*Absatz 2 wird wie folgt geändert:*

*aa) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt: „Danach läuft die Frist weiter; der Zeitraum der Unterbrechung wird in die Frist nicht eingerechnet.“*

*bb) In dem neuen Satz 8 wird die Angabe „Satz 6“ durch die Angabe „Satz 7“ ersetzt.*

*cc) In dem neuen Satz 10 werden die Wörter „Sätze 4, 5 und 7“ durch die Wörter „Sätze 4, 5 und 8“ ersetzt.*

*In Absatz 4 Satz 4 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „unter Berücksichtigung der Ergebnisse nach § 137a Absatz 3“ eingefügt.*

*Absatz 8 wird wie folgt geändert:*

*aa) In Satz 1 werden die Wörter „bis zu deren Aufhebung durch das Land“ gestrichen.*

*bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:*

*„Das Land kann eine nach Satz 1 getroffene Bestimmung nur aufheben, wenn das Krankenhaus nicht mehr gemäß § 116b Absatz 2 Satz 2 in der am 31. Dezember 2011 geltenden Fassung zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus geeignet ist.“*

#### **a) Gewünschte Änderung**

Die vorgesehenen Änderungen in Absatz 8 werden nicht vorgenommen.

#### **b) Begründung**

Die mit dem GKV-VSG beabsichtigte Entfristung der „Alt-Zulassungen“ der Krankenhäuser ist äußerst kritisch zu sehen. Diese Regelung widerspricht der Intention des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes, sektorenübergreifend einheitliche Rahmenbedingungen für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung zu schaffen. Die Überführung in einen einheitlichen Rechtsrahmen für alle Leistungserbringer ist zwingende Voraussetzung für einen fairen Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern, Vertragsärzten und allen denkbaren (im freien Wettbewerb entstehenden) Versorgungsstrukturen. Dies gilt insbesondere auch mit Blick auf die Anforderungen an die Qualität, die für alle Leistungserbringer gleichermaßen hoch sein sollten. Darüber hinaus bestehen grundsätzliche (wettbewerbs-)rechtliche Bedenken dahin gehend, ob eine solche Regelung in der Umsetzung überhaupt zulässig wäre; mithin sogar die Gefahr, dass neue Leistungsanbieter mit Recht die Zulassung zu vergleichbaren Bedingungen (eben nach altem Recht) einklagen.

Als zentrales Argument für die Entfristung der Zulassungen nach altem Recht wird die Erhaltung der Versorgungssicherheit vorgetragen. Die Versorgungssicherheit ist jedoch aus Sicht der Betriebskrankenkassen nicht gefährdet. Für die Angleichung der Rahmenbedingungen sind bereits hinreichende Übergangszeiträume vorgesehen.

## **Nr. 53**

### **§ 117 (Hochschulambulanzen)**

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

*„(1) Ambulanzen, Institute und Abteilungen der Hochschulkliniken (Hochschulambulanzen) sind zur ambulanten ärztlichen Behandlung der Versicherten und der in § 75 Absatz 3 genannten Personen in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang sowie für solche Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanz bedürfen ermächtigt. In den Fällen von Satz 1 Nummer 2 kann die ambulante ärztliche Behandlung nur auf Überweisung eines Facharztes in Anspruch genommen werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren die Gruppe derjenigen Patienten, die wegen Art, Schwere oder Komplexität der Erkrankung einer Versorgung durch die Hochschulambulanzen bedürfen. Sie können zudem Ausnahmen von dem fachärztlichen Überweisungsgebot in den Fällen von Satz 1 Nummer 2 vereinbaren sowie in welchen Fällen des Satz 1 Nummer 1 es einer Überweisung bedarf. Kommt eine Einigung bis zum ... [einsetzen: Datum des Tages 6 Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 20 Absatz 1] ganz oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Bundesschiedsamt nach § 89 Absatz 4 innerhalb von drei Monaten festgelegt. Dieses wird hierzu um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft in der gleichen Zahl erweitert, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorgesehen ist (erweitertes Bundesschiedsamt). Das erweiterte Bundesschiedsamt beschließt mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder. Soweit und solange kein Vertrag nach Satz 3 zustande gekommen ist, können die Hochschulen oder Hochschulkliniken mit den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen die Festlegungen nach den Sätzen 3 und 4 vereinbaren. Ist ein Vertrag nach Satz 3 zustande gekommen, können Hochschulen oder Hochschulkliniken zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten mit den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich durch Vertrag Abweichendes von dem Vertrag nach Satz 3 regeln.“*

#### **a) Gewünschte Änderung**

Die Neuregelung ist zu streichen.

#### **b) Begründung**

Eine Teilnahme der Hochschulambulanzen an der vertragsärztlichen Versorgung kraft Gesetz ist nicht erforderlich. Der bisherige durch die Zulassungsausschüsse ausgesprochene Ermächtigungsumfang zur ambulanten ärztlichen Behandlung der Versicherten in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang ist sachgerecht. Die Definition des Ermächtigungsumfangs durch die Zulassungsausschüsse stellt sicher, dass das jeweils konkrete Leistungsangebot angemessen in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden kann.

Eine generelle Öffnung der Hochschulambulanzen für die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung birgt die Gefahr, dass in gut versorgten Regionen Doppelstrukturen geschaffen und mit Versichertengeldern finanziert werden, die für den Aufbau entsprechender Strukturen in weniger gut versorgten Regionen benötigt werden. In der Regel finden sich Hochschulambulanzen in Zentren, die sich durch eine gute Infrastruktur auszeichnen, dies umfasst regelmäßig

auch das medizinische Leistungsangebot. Bestehende Disparitäten in der medizinischen Versorgung werden so zu Lasten von ländlichen Regionen weiter verstärkt.

Die Erweiterung des Leistungsumfanges der Hochschulambulanzen zur Behandlung von Versicherten, die wegen Art, Schwere oder Komplexität der Erkrankung auf die Versorgung durch eine Hochschulambulanz angewiesen sind, ist abzulehnen. Bereits heute besteht mit dem Paragraphen 116b eine Regelung zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV). Dies umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer, therapierbarer Krankheiten. Mit dieser bestehenden Regelung existiert bereits die Möglichkeit Personen mit Erkrankungen besondere Art, Schwere oder Komplexität spezialisiert zu versorgen. Eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung des § 116b ist möglich. Berechtig zur Teilnahme an der ASV sind an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringer und nach §108 zugelassene Krankenhäuser, sofern sie die vom Gemeinsamen Bundesausschuss erforderlichen Voraussetzungen für den definierten Behandlungsumfang erfüllen. Insofern führt die beabsichtigte Neuregelung zum Aufbau einer Doppelstruktur für die Versorgung gleicher Patientengruppen mit der Gefahr einer unkoordinierten gleichzeitigen Versorgung.

Als Konfliktlösungsmechanismus ist das erweitertes Bundesschiedsamt vorgesehen. Dazu soll das Bundesschiedsamt nach § 89 Absatz 4 um Vertreter der DKG in der gleichen Zahl erweitert werden, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und der KBV vorgesehen ist. Damit hätten DKG und KBV als Leistungserbringer insgesamt doppelt so viele Stimmen wie die Krankenkassen. Dies wird vom BKK DV abgelehnt. Ziel sollte eine paritätische Besetzung durch Leistungserbringer und Krankenkassen sein, wie dies auch im erweiterten Bundesschiedsamt nach § 118a Abs. 2 für die Geriatrischen Institutsambulanzen vorgesehen ist. Hier hat die Erweiterung des Bundesschiedsamts nach § 89 Abs. 4 um Vertreter der DKG und der GKV in jeweils gleicher Zahl zu erfolgen. Die Entscheidung sollte dann mit einfacher Stimmenmehrheit erfolgen.

*b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:*

*aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Umfangs“ die Wörter „sowie für solche Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanz bedürfen“ eingefügt.*

*bb) Satz 2 wird aufgehoben.*

#### **a) Gewünschte Änderung**

Die Neuregelung ist zu streichen.

#### **b) Begründung**

Der Fortfall von Fallzahlbegrenzungen in den bisherigen Ermächtigungsbescheiden kann nicht durch Regelungen in den Vergütungsverträgen nach § 120 Absatz 2 bis 4 kompensiert werden. Das Instrument des Ermächtigungsbescheids ist nicht verzichtbar, da die Definition des Ermächtigungsumfanges durch die Zulassungsausschüsse sicherstellt, dass das jeweils konkrete Leistungsangebot sowie regionale Versorgungsbedürfnisse angemessen aufeinander abgestimmt werden können.

## **Nr. 56**

### **§ 120 (Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen)**

*§ 120 wird wie folgt geändert:*

*a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:*

*aa) In Satz 1 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach den Wörtern „erbracht werden,“ die Wörter „und Leistungen, die im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 27b Absatz 3 Nummer 4 oder nach § 76 Absatz 1a erbracht werden,“ eingefügt.*

*bb) Folgender Satz wird angefügt:*

*„Die Vergütung der Leistungen, die im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 76 Absatz 1a erbracht werden, wird vom Krankenträger nach Maßgabe der regionalen Euro-Gebührenordnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet.“*

*b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:*

*aa) In Satz 1 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Zentren“ die Wörter „und der medizinischen Behandlungszentren“ eingefügt.*

*bb) In Satz 3 werden nach dem Wort „Leistungsfähigkeit“ die Wörter „der Hochschulambulanzen,“ eingefügt, wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Zentren“ die Wörter „und der medizinischen Behandlungszentren“ eingefügt.*

*cc) Satz 4 wird wie folgt gefasst: „Bei der Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen sind die Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 5 zu berücksichtigen.“*

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

*ee) In Satz 6 werden die Wörter „,falls bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen vergleichbare Leistungen erbracht werden“ gestrichen.*

#### **a) Gewünschte Änderung**

*dd) Die Wörter „von höchstens 5 vom Hundert“ werden ersetzt durch „von höchstens 10 vom Hundert“*

#### **b) Begründung**

zu dd)

Für Leistungserbringer, deren Vergütung nach § 120 Abs.1 SGB V vereinbart wird, ist die Vergütung gemäß § 120 Abs. 3 SGB V um einen Investitionskostenabschlag von 10 % zu kürzen. Für die Vereinbarung der Vergütung der Hochschulambulanzen sollte aus Gründen der Gleichbehandlung eine analoge Abschlagshöhe von höchstens 10 % gelten. Ausschlaggebend sollte nicht der derzeitige Förderumfang von ca. 5 % sein, sondern die tatsächliche Fördernotwendigkeit und damit die Förderverpflichtung der Länder. Im Rahmen der Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen gem. § 10 KHG wurde ein Investitionsbedarf von ca. 9 %

ermittelt. Somit wäre eine zu berücksichtigende Abschlagshöhe von höchstens 10 % sachgerecht.

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Zentren“ ein Komma und die Wörter „der medizinischen Behandlungszentren“ eingefügt.

bb) In Satz 4 wird nach dem Wort „Institutsambulanzen“ das Wort „und“ durch ein Komma und das Wort „die“ ersetzt und werden nach dem Wort „Zentren“ die Wörter „und die medizinischen Behandlungszentren“ eingefügt.

cc) Folgender Satz wird angefügt:

*„Die Vertragsparteien nach § 301 Absatz 3 vereinbaren bis zum ... [einsetzen: Datum des Tages 6 Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 20 Absatz 1] bundeseinheitliche Grundsätze, die die Besonderheiten der Hochschulambulanzen angemessen abbilden, insbesondere zur Vergütungsstruktur, zu Begrenzungsregelungen der Behandlungen im für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang und zur Leistungsdokumentation.“*

d) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

*„(3a) Die Vergütung der Leistungen, die im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 76 Absatz 1a erbracht werden, erfolgt mit den festen Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung zu Lasten des Anteils der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen, der für den Bereich der fachärztlichen Versorgung zu bilden ist, es sei denn, die Vertragsparteien nach § 87a Absatz 2 Satz 1 haben für diese Leistungen Vergütungen nach § 87a Absatz 2 Satz 3 oder § 87a Absatz 3 Satz 5 vereinbart. Eine Kürzung der Vergütung um einen Investitionskostenabschlag nach Absatz 3 Satz 2 erster Halbsatz und eine Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität sind nicht vorzunehmen. Das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen und der erforderlichen Vordrucke bestimmt die Kassenärztliche Vereinigung im Benehmen mit der Landeskrankenhausgesellschaft. Die in § 112 Absatz 1 genannten Vertragspartner treffen eine Vereinbarung über eine pauschale Vergütung und Abrechnung des Sprechstundenbedarfs mit den Krankenkassen im Rahmen der Inanspruchnahme nach § 76 Absatz 1a; § 112 Absatz 5 gilt entsprechend.“*

#### **a) Hinweis**

Diese Ergänzungsregelung zu den Terminservicestellen bindet die Behandlung der Versicherten nicht mehr an die Erbringung durch einen Leistungserbringer mit abgeschlossener fachärztlicher Weiterbildung. Als Strukturqualität wird der geringere Facharztstandard für ausreichend erachtet, allerdings zu einer identischen Vergütungshöhe. Geprüft werden sollte, ob diese Regelung durch einen Prüfauftrag ergänzt wird, der das Ausmaß der Beteiligung nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Krankenhäuser zum Gegenstand hat mit dem Ziel:

- 1.) einen entsprechenden Vergütungsabschlag für die Erbringung medizinischer Leistungen nach Facharztstandard vorzusehen, wenn diese als Äquivalent zu ambulanten ärztlichen Leistungen erbracht werden,
- 2.) eine Doppelfinanzierung von technischen Leistungsanteilen auf Grund von Investitionsförderungen auszuschließen.

e) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

*„Kommt die Vereinbarung nach Absatz 3 Satz 5 ganz oder teilweise nicht zu Stande, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Besetzung ohne den Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung auf Antrag einer Vertragspartei den Inhalt innerhalb von sechs Wochen fest. Kommt die Vereinbarung nach Absatz 3a Satz 4 ganz oder teilweise nicht zu Stande, setzt die Schiedsstelle nach § 114 auf Antrag einer Vertragspartei den Inhalt innerhalb von sechs Wochen fest.“*

## **Nr. 57**

### **§ 125 (Rahmenempfehlungen und Verträge)**

*§ 125 Absatz 1 wird wie folgt geändert:*

*a) Nach Satz 4 Nummer 3 wird folgende Nummer 3a eingefügt:*

*„3a. Vorgaben für die notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung sowie einheitliche Regelungen zur Abrechnung,“.*

*b) Die folgenden Sätze werden angefügt:*

*„Kommt eine Einigung nicht zustande, wird der Empfehlungsinhalt 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 und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen je zur Hälfte. Die Inhalte der Rahmenempfehlungen nach Satz 4 Nummer 3a sind den Verträgen nach Absatz 2 zugrunde zu legen.“*

#### **a) Gewünschte Änderung**

Nummer 3a wird wie folgt gefasst:

*„3a Vorgaben für die notwendigen Angaben auf der Heilmittelverordnung gemäß der Richtlinie nach § 92 Absatz 6 und der Bundesmantelverträge nach § 82.“*

Die vorgesehene Ergänzung nach Ziffer 57b) entfällt.

#### **b) Begründung**

Die Aufnahme der notwendigen Angaben auf der Heilmittelverordnung steht im Zusammenhang mit der Neuregelung des § 73 Absatz 8 und ist zu begrüßen, bedarf jedoch insoweit der Klarstellung, dass sich die Verordnungsangaben nicht nach den Rahmenempfehlungen richten, sondern nach der Heilmittelrichtlinie und dem Bundesmantelvertrag Ärzte.

Die Aufnahme von Abrechnungsregelungen in die Rahmenempfehlungen ist abzulehnen. Die Einzelheiten der Abrechnung sind Gegenstand der Verträge nach § 125 Absatz 2 und nicht der Rahmenempfehlungen.

Durch die verpflichtende Berücksichtigung der Rahmenempfehlungen in den Verträgen nach § 125 Abs. 2 erlangen die Rahmenempfehlungen faktisch den Charakter von Rahmenvorgaben, wofür keine Notwendigkeit besteht. Entsprechend ist die Schiedsamsregelung bzgl. der Rahmenempfehlungen abzulehnen.

## **Nr. 58**

### **§ 129 (Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung)**

*§ 129 wird wie folgt geändert:*

*a) Nach Absatz 4 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:*

*„In dem Rahmenvertrag ist erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu regeln, in welchen Fällen einer Beanstandung der Abrechnung durch Krankenkassen, insbesondere bei Formfehlern, eine Retaxation vollständig oder teilweise unterbleibt; kommt eine Regelung nicht innerhalb der Frist zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach Absatz 8.“*

*b) In Absatz 5b Satz 3 wird das Wort „integrierten“ durch das Wort „besonderen“ ersetzt.*

#### **a) Gewünschte Änderung**

In Absatz 4 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

"In dem Rahmenvertrag ist erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu regeln, in welchen Fällen einer Beanstandung der Abrechnung durch Krankenkassen, insbesondere bei Formfehlern, die die Versorgungssicherheit des Versicherten nicht beeinflussen und die nicht gegen gesetzliche Vorgaben verstoßen, eine Retaxation vollständig oder teilweise unterbleiben kann."

#### **b) Begründung**

Das System der Arzneimittelverordnung durch den Arzt sowie deren Belieferung und Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen durch die Apotheken unterliegt einigen Besonderheiten. Die Verordnung von Arzneimitteln liegt ausschließlich in der Verantwortung des Vertragsarztes. Im Jahr werden ca. 645 Mio. Verordnungen von Apotheken mit der GKV abgerechnet (AVR 2014). Zunächst werden von der Apotheke bzw. deren Rechenzentren Sammelrechnungen erstellt, die von den Krankenkassen innerhalb einer relativ kurzen Frist von 10 Tagen zu begleichen sind, um von den Apotheken den Rabatt nach § 130 SGB V zu erhalten. Diese Sammelrechnungen enthalten für die Krankenkassen keine detaillierten Abrechnungsinformationen. Erst im Nachgang erhalten die Krankenkassen die Datensätze, Originalverordnung und die Images (Bilddateien der Verordnungen). Zu diesem Zeitpunkt, also frühestens zwei Monate nach Ausstellen der Verordnung durch den Arzt, erfährt die Krankenkasse von der Belieferung und Abrechnung durch die Apotheke.

Dieser dargestellte zeitliche Ablauf führt zwangsweise erst im Nachgang zu einer detaillierten Prüfung der korrekten Abgabe und Preisberechnung durch die Krankenkassen. Folgerichtig muss den Krankenkassen ein vollumfängliches Prüfrecht eingeräumt werden, welches dann auch in Einzelfällen gegenüber den Apotheken zu Korrekturen („Retaxierungen“) in Teilen oder in Gänze („Nullretaxation“) führen kann. Eine nachträgliche Korrektur von Abrechnungsfehlern ist ebenfalls aufgrund des dargestellten zeitlichen Ablaufs abzulehnen.

Die Verhandlungspartner des Rahmenvertrags nach § 129 SGB V bemühen sich seit einiger Zeit darum, eine Regelung zu den Retaxationen zu vereinbaren. Eine Vereinbarung konnte bislang nicht abgeschlossen werden. Daher ist die Aufnahme einer Regelung in den bundesweiten Rahmenvertrag zu begrüßen, solange es sich um Sachverhalte handelt, bei denen es sich um „unbedeutende formaler Fehler“ handelt, die die Versorgungssicherheit des Versicherten nicht beeinflussen und die nicht gegen gesetzliche Vorgaben verstoßen. Ebenfalls wird die Schiedsstellenfähigkeit begrüßt.

**Nr. 59**  
**§ 130 (Rabatt)**

*„§ 130 Absatz 1 wird wie folgt geändert:*

- a) In Satz 1 wird die Angabe "2,05" durch die Angabe "1,77" ersetzt.*
- b) Die Sätze 2 und 3 werden aufgehoben.*

**a) Gewünschte Änderung**

Keine

**b) Begründung**

Die Apothekenabschlagshöhe soll als Rabatt für die GKV festgeschrieben werden, welcher auf dem letzten von den Parteien vereinbarten Wert i.H.v. 1,77 Euro für das Jahr 2015 basieren soll.

§ 130 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V sind als Folgeänderung zu streichen.

Der Vorschlag ist zu begrüßen, da die bisherige konfliktträchtige parallele Ausgestaltung der Regelungen zum Apothekenabschlag (d.h. sowohl über § 78 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, Satz 2 AMG i.V.m. der Arzneimittelpreisverordnung als auch über die Anpassungsvorschriften zum Apothekenabschlag gemäß § 130 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V) aufgehoben und Interessenkonflikte bzw. Schiedsstellenverfahren zur Anpassung des Apothekenabschlages vermieden werden.

Veränderungen bei den Leistungen auf Apothekenseite und Kosten für die Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln können über die Arzneimittelpreisverordnung angepasst werden.

## **Nr. 61**

### **§ 134a (Versorgung mit Hebammenhilfe)**

*„§ 134a wird wie folgt geändert:*

*a) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 5 eingefügt:*

*„(5) Ein Ersatzanspruch nach § 116 Absatz 1 des Zehnten Buches wegen Schäden aufgrund von Behandlungsfehlern in der Geburtshilfe kann von Kranken- und Pflegekassen gegenüber freiberuflich tätigen Hebammen nur geltend gemacht werden, wenn der Schaden vorsätzlich oder grob fahrlässig verursacht wurde. Im Fall einer gesamtschuldnerischen Haftung können Kranken- und Pflegekassen einen nach § 116 Absatz 1 des Zehnten Buches übergegangenen Ersatzanspruch im Umfang des Verursachungs- und Verschuldensanteils der nach Satz 1 begünstigten Hebamme gegenüber den übrigen Gesamtschuldnern nicht geltend machen.“*

*b) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 6.*

#### **a) Gewünschte Änderung**

Streichung

#### **b) Begründung**

Derzeit werden durch die Kollektivversicherungspolizen der Hebammenverbände für die Hebammen Schadenssummen von bis zu 6 Mio. Euro gedeckt. Diese Deckungssumme und die Anzahl der Versicherungsnehmer sind maßgeblich für die Berechnung der Prämienhöhe. Bereits heute berichten die Hebammenverbände, dass diese Deckung nicht ausreichend sei da sich die Kosten für Geburtsschäden in Einzelfällen auf Summen weit darüber belaufen können. Daher empfehlen die Hebammenverbände den Hebammen den Abschluss von Haftpflichtversicherungen mit möglichst hohen Deckungssummen. Gleichzeitig bleibt die Notwendigkeit der Absicherung mindestens in dieser Höhe für die Hebammen bestehen, da die Regresspflicht gegenüber anderen Kostenträgern (z.B. PKV) weiterhin als existentes Risiko bestehen bleibt.

Für die Versicherungsunternehmen dagegen wird selbst bei Abzug des KV/PV-Regressanteils von ca. 25 % anzunehmen sein, dass für sie die Kalkulation der Schäden von Hebammen weiterhin ein extrem schwer zu kalkulierendes Risiko darstellen wird, das in der Vergangenheit z.T. zu erheblichen Abwicklungsverlusten geführt hat (vgl. Anlage 4 zum Abschlussbericht der IMAG „Versorgung mit Hebammenhilfe“). Insbesondere die Langzeitkosten sind vermutlich weiterhin kaum abschätzbar. Gleichzeitig ist auch nicht anzunehmen, dass eine spürbare Belebung am Markt der Haftpflichtanbieter für die Absicherung der Hebammen erfolgen wird. Je größer das Kollektiv gleichartiger Risiken ist, desto günstiger können diese Risiken für alle Beteiligten abgesichert werden (vgl. Anlage 4 zum Abschlussbericht der IMAG „Versorgung mit Hebammenhilfe“). Eine weitere Splittung der nur ca. 3.500 freiberuflichen Hebammen mit Geburtshilfe auf mehrere Versicherungsanbieter würde diesem Versicherungsprinzip entgegenwirken und vermutlich genau entgegengesetzte Effekte erzielen.

Es ist somit weder begründbar, dass die versicherten Deckungssummen sinken werden, noch dass die unkalkulierbaren Risiken durch den Regressverzicht für die Versicherungsunternehmen „kalkulierbarer“ würden.

Durch den vom Gesetzgeber bestimmten Ausgleich nach § 134 a Abs.1 Satz 3 SGB V (im Rahmen der Vergütung) i.V.m. § 134a Abs. 1b SGB V (Sicherstellungszuschlag) trägt die GKV das alleinige Risiko für das derzeitige Niveau und die Steigerung von Haftpflichtversicherungsprämien der freiberufliche Hebammen.

Die Berücksichtigung der Prämiensteigerung durch Vergütungsanpassungen und der Sicherstellungszuschlag ab dem 01.07.2015 gewährleisten jeder einzelnen Hebammen mindestens einen Komplettausgleich der Prämiensteigerung. Eine Vielzahl von Hebammen profitiert sogar über den Ausgleich hinaus durch die angewandte Systematik (Problem der Überkompensation bei überdurchschnittlich vielen Geburten).

Somit ist anzunehmen, dass weder bei den Einzelhebammen bzw. den Hebammenverbänden noch bei den Versicherungsunternehmen eine Motivation vorhanden sein wird, günstige Haftpflichtprämien für Einzel- bzw. Gruppenhaftpflichtverträge zu verhandeln bzw. anzubieten. Die Haftpflichtprämien, und damit die Kosten der GKV, werden vermutlich nicht sinken. Die vom Gesetzgeber beschriebene Kostenneutralität für die GKV kann somit nicht erreicht werden. Eine Belastung der Versichertengemeinschaft, verursacht durch individuelle Fehler freiberuflicher Hebammen, ist zu vermeiden.

Insgesamt wird nicht deutlich, wie die Ziele des Gesetzgebers (konstante/sinkende Haftpflichtprämien und einer Belebung am Markt der Haftpflichtversicherungen für freiberufliche Hebammen) mit den angedachten Maßnahmen erreicht werden sollen. Gleichzeitig ist fraglich, worauf diese Annahmen beruhen, da Daten zu Schadensfällen, -summen, -ursachen und Regressforderung für den Bereich der freiberuflichen Hebammen von Hebammenverbänden und Versicherungsmaklern nicht veröffentlicht werden. Regelungen zu einer verpflichtenden transparenten Darstellung existieren nicht.

Für gesetzliche Krankenkassen dagegen können hohe Schadenssummen, die zukünftig nicht mehr regressfähig sind, zu einer Überbelastung führen. Insbesondere kleineren Krankenkassen ist es nicht oder nur schwer möglich, hohe Schadenssummen schadlos auf die eigene Versichertengemeinschaft zu übertragen.

Darüber hinaus bewirkt die Regelung eine Ungleichbehandlung von angestellten und freiberuflichen Hebammen in der klinischen Entbindung und tangiert daher den allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG. Während Ärzte, Pfleger und Hebammen des Krankenhauses gegenüber der Kranken- und Pflegeversicherung im Schadensfall Regressforderungen ausgesetzt sein können, müssen freiberufliche Hebammen, die möglicherweise sogar dieselbe Frau betreuen, im Behandlungsfehlerfall keinen Regress befürchten. § 134a Abs. 5 Satz 2 betont nun sogar ausdrücklich, dass eine „Begünstigung“ freiberuflicher Hebammen vorgesehen ist und manifestiert o.g. Aspekt: Ersatzansprüche, z.B. bei Schäden nach einfacher Fahrlässigkeit einer freiberuflichen Hebamme, können Kranken- und Pflegekassen bei gesamtschuldnerischer Haftung entgegen den allgemeinen Grundsätzen nicht von den übrigen Schuldner (mit Ausgleich im Innenverhältnis) verlangen.

Für diese Ungleichbehandlung von freiberuflichen und angestellten Geburtshelfern sind sachliche Gründe nicht ersichtlich. Eine auf den ersten Blick denkbare Verbesserung der flächendeckenden Hebammenversorgung wird ebenso wenig erreicht wie eine Verbesserung der Situation der einzelnen Hebamme. Die Differenzierung ist vielmehr unangemessen. Für Krankenhäuser besteht sogar eine gesteigerte Anreizwirkung, angestellte Hebammen aus Kostengrün-

den (Einsparung der Haftpflichtversicherung und Auslagerung des Regressrisikos) in die Freiberuflichkeit zu drängen.

Der Vorschlag ist aus verfassungsrechtlichen Gründen abzulehnen. Zwischen angestellten und freiberuflichen Hebammen bestehen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht, dass sie eine Ungleichbehandlung in Regressfällen rechtfertigen könnten.

Bereits heute berichten auch Ärzte und Krankenhäuser, dass diese durch überproportionalen Prämienanstieg zum Rückzug aus der geburtshilflichen Versorgung gezwungen werden. Eine wie vom Gesetzgeber geplante Regelung zum Regressverzicht für freiberufliche Hebammen wird durch ihre präjudizierende Wirkung vermutlich auch als Legitimation der bereits bestehenden Forderungen von Ärzten und Krankenhäusern nach vergleichbaren Begünstigungen gegenüber der Kranken- und Pflegeversicherung dienen.

Der BKK Dachverband lehnt einen Regressverzicht für die Kranken- und Pflegeversicherung daher ab.

Vielmehr sollten andere Lösungen gefunden werden um der Haftpflichtproblematik im Gesundheitswesen zu begegnen. Dabei bietet sich aus Sicht des BKK Dachverbandes die Prüfung der bereits in der öffentlichen Diskussion befindlichen kollektiven Ausrichtung des Haftungsrisikos aller Gesundheitsberufe, z.B. durch Eingliederung der Berufshaftpflicht des gesamten Heilwesens in die bestehende gesetzliche Unfallversicherung, an.

Sollte der Gesetzgeber an der beabsichtigten Lösung festhalten, kann dies aus Sicht des BKK Dachverbandes nur unter den nachfolgenden Voraussetzungen erfolgen:

- (I.) Der Regressverzicht ist auf alle Kostenträger (PKV, RV usw.) auszudehnen.
- (II.) Der GKV sind die Kosten, die durch den Regressverzicht entstehen, durch eine Aufstockung des Bundeszuschusses auszugleichen.
- (III.) Ein Regressverzicht erfolgt erst ab einem vorgegebenen Höchstbetrag. So sollte die Regresspflicht freiberuflicher Hebammen gegenüber jedem Kostenträger bis zu einem Schwellenwert weiterbestehen bleiben. Nur die darüber hinausgehenden Kosten sollten nicht der Regresspflicht unterliegen. Während die Kostenträger für einen großen Teil der Schadensfälle mit begrenzten Schadenssummen einen Regress stellen könnten, würden die privaten Versicherungsunternehmen dennoch teilweise von der Schwierigkeit der Kalkulation schwerer Schäden mit ungewiss hohen Schadenssummen befreit.
- (IV.) Ebenfalls muss sichergestellt werden, dass hohe Schadenssummen nicht zu einer Überbelastung einzelner Krankenkassen führen. Insbesondere im System der Betriebskrankenkassen bestehen Krankenkassen, deren Größe es nicht oder nur schwer ermöglicht, hohe Schadenssummen schadlos auf die eigene Gemeinschaft weniger tausend Versicherter zu übertragen. Zur Vermeidung von Überlastungen einzelner Krankenkassen sollte daher ein anteiliger Ausgleich dieser Kosten in Erwägung gezogen werden.

## **Nr. 64**

### **§ 137c Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus**

*§ 137c wird wie folgt geändert:*

*Dem Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:*

*„Die Beschlussfassung über die Annahme eines Antrags nach Satz 1 muss spätestens drei Monate nach Antragseingang erfolgen. 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.“*

*Folgender Absatz 3 wird angefügt:*

*„(3) Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss bisher keine Entscheidung nach Absatz 1 getroffen hat, dürfen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden, wenn sie das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt. Dies gilt sowohl für Methoden, für die noch kein Antrag nach Absatz 1 Satz 1 gestellt wurde, als auch für Methoden, deren Bewertung nach Absatz 1 noch nicht abgeschlossen ist.“*

#### **a) Gewünschte Änderungen**

Streichung des Absatzes 3.

#### **b) Begründung**

Die vorgeschlagene Vorschrift zielt darauf, die bisher geübte Praxis der höchstrichterlichen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zum Schutz von GKV-Versicherten vor Krankenhausbehandlungen, die nicht dem Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen, künftig zu unterbinden. Sie hätte zur Folge, dass das bisher umfassend gültige Gebot der Qualität und Wirksamkeit von Leistungen gemäß in § 2 SGB V ausgehöhlt und für die Krankenhausbehandlung generell ein niedrigerer Qualitätsstandard etabliert wird.

Die vorgesehene ausdrückliche gesetzliche Erlaubnis, im Rahmen einer Krankenhausbehandlung Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, anwenden zu dürfen, wenn sie das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt, würde wirksam bei Leistungen, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss bisher keine Entscheidung nach Absatz 1 getroffen hat. Der Maßstab, an dem sich Qualität und Wirksamkeit einer Krankenhausbehandlung auch in einzelnen Anwendungsfall messen lassen muss, würde dadurch auf eine im Zweifel unbestimmbar niedrige Schwelle gesenkt. Auch der § 137c SGB V erkennt den mit dem § 2 SGB V gesetzten Maßstab an, dass Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen haben. Ziel einer Erprobung ist, den für eine grundsätzliche Entscheidung erforderlichen Erkenntnisstand zu schaffen.

Die Gesetzesbegründung führt aus, dass es mit dem Konzept der grundsätzlichen Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt nicht in Einklang stünde, wenn jede einzelne Krankenkasse im Einzelfall die Kostenübernahme mit der Begründung ablehnen könnte, der Nutzen der angewandten Methode sei noch nicht hinreichend belegt. Dabei wird verkannt, dass andererseits gerade die

Tatsache, dass der Nutzen einer Methode nicht hinreichend belegt ist, zumindest das Aufgreifkriterium für eine Überprüfung zum Schutze der Patientinnen und Patienten sein muss. Es bedarf einer umso sorgfältigeren Begründung dafür, ob die allgemeinen Voraussetzungen für die Anwendung in einem einzelnen Krankenhaus vorliegen und ob die Anwendung einer (Neu-) Untersuchungs- und Behandlungsmethode in einem konkreten Krankheitsfall tatsächlich mit einer berechtigten Erwartung verbunden ist, je weniger Erkenntnisse bereits vorhanden sind. Dadurch dass mit der gesetzlichen Formulierung im neu eingeführten Absatz 3 das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative zum Maßstab der grundsätzlichen Anwendbarkeit gemacht wird, geraten die bisher erforderlichen Begründungspflichten in den Hintergrund.

Die Unterbindung entsprechender Prüfungen der Begründung einer Anwendung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, deren Nutzen noch nicht hinreichend belegt ist, wird zur erheblichen Zunahme einer medizinisch nicht notwendigen Fehlversorgung führen, die dann aber mangels Prüfmöglichkeit im Einzelfall nicht mehr nachweisbar und eingrenzbar sein werden. Leidtragende sind nicht nur in finanzieller Hinsicht die Versichertengemeinschaft der GKV, sondern auch die Patienten, die unnötig Belastungen und Risiken ausgesetzt werden oder bei denen andere, sinnvolle Behandlungen unterlassen wurden.

## **Nr. 65**

### **§ 137f (Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten)**

*§ 137f Absatz 1 wird wie folgt geändert:*

*a) In Satz 2 werden die Wörter „zu empfehlenden“ gestrichen.*

*b) Folgender Satz wird angefügt:*

*„Bis zum 31. Dezember 2016 legt der Gemeinsame Bundesausschuss weitere in § 321 Satz 1 nicht genannte, geeignete chronische Krankheiten fest und erlässt insbesondere für die Behandlung von Rückenleiden und Depressionen jeweils entsprechende Richtlinien nach Absatz 2.“*

#### **a) Gewünschte Änderung**

zu b) Streichung des neu eingefügten Satzes 3

#### **b) Begründung**

Es ist zu begrüßen, dass der Gesetzgeber nach nunmehr fast vier Jahren seit der letzten Einführung des DMP Herzinsuffizienz zum 01.07.2010 das bewährte Versorgungskonzept „DMP“ auch auf weitere geeignete Erkrankungen ausweiten und die Fortführung voran treiben möchte. Dies deckt sich mit dem Interesse der Krankenkassen und insgesamt der Selbstverwaltung.

Zur Frist: Der G-BA hat mit Beschluss vom 21.08.2014 bereits vier neue Indikationen (Herzinsuffizienz, Rheumatoide Arthritis, Osteoporose und Rückenschmerz) festgelegt, für die die Beratungen über die Anforderungen an die Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme aufgenommen werden sollen. Gleichzeitig wurde entsprechend § 4 des 6. Kapitels der Verfahrensordnung des G-BA das IQWiG mit der Leitlinienrecherche und Extraktion der DMP-relevanten Leitlinienempfehlungen beauftragt. Die Endberichte sind zum 31.12.2015 (für Herzinsuffizienz) bzw. 31.03.2016 (für Rheumatoide Arthritis, Osteoporose und Rückenschmerz) fertig zu stellen. Erst nach Fertigstellung der Berichte kann die Beratung und Erarbeitung der Anforderungen in den Expertenarbeitsgruppen beginnen.

Mit diesen Beschlüssen ist der G-BA bereits jetzt dem in § 137f Abs. 1 Satz 1 enthaltenen Auftrag zur Festlegung der für ein DMP geeigneten Erkrankungen nachgekommen. Eine Fristsetzung ist daher alleine in Bezug auf die Auswahl neuer geeigneter Erkrankungen entbehrlich. Für die Festlegung über die im Beschluss vom 21.08.2014 hinausgehende geeignete Erkrankungen ist die genannte Frist ebenfalls entbehrlich, da zunächst die Anforderungen für die gerade beschlossenen Erkrankungen erstellt werden sollten.

Gemäß der zur geplanten Änderung angeführten Begründung bezieht sich die Fristsetzung jedoch nicht auf die alleinige Festlegung neuer, geeigneter Erkrankungen. Vielmehr sind bis zum genannten Termin 31.12.2016 „neue strukturierte Behandlungsprogramme zu entwickeln.“ Dies umfasst die vollständige Fertigstellung der Anforderungen an die Ausgestaltung der Programme. Dies ist unter Beachtung der Verfahrensordnung des G-BA nicht realisierbar.

So sind gemäß Verfahrensordnung für die Beratung zur Erstellung der Anforderungen an die Ausgestaltung der Programme das IQWiG mit der Leitlinienrecherche und Extraktion der DMP-relevanten Leitlinienempfehlungen zu beauftragen. Diese Beauftragung dient der Erfüllung der gesetzlichen Anforderung an die Programme nach § 137f Abs. 1 Satz 2 Nummer 3 sowie Abs. 2 Satz 2 Nummer 1. Demnach ist die Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien zu prüfen sowie die Anforderungen an die Behandlung „unter Berücksichtigung von evidenzbasierten

Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz“ zu regeln. Die hierauf basierende Berichtserstellung benötigt i. d. R. 12 – 18 Monate. Daran schließt sich der Beratungs- und Erstellungsprozess an. Dieser benötigt ebenfalls mit der notwendigen Sorgfalt ca. 12 – 18 Monate bis zur Beschlussempfehlung. Es schließen sich die gesetzlich vorgesehenen Stellungnahme-, Anhörungs- und Beanstandungsverfahren an.

Unter Beachtung der Qualitätssicherung und der Sorgfaltspflicht an die für die Richtlinien zu verfassenden Anforderungen ist der Zeitablauf nur in Ausnahmefällen kürzer. Die Erarbeitung von Anforderungen an ein DMP zu Rückenschmerz bzw. Depression lässt keine solche Ausnahmenotwendigkeit erkennen.

Zur inhaltlichen Vorgabe „und erlässt insbesondere für die Behandlung von Rückenleiden und Depressionen jeweils entsprechende Richtlinien nach Absatz 2.“:

Gemäß § 137f Abs. 1 Satz 1 legt der G-BA geeignete chronische Krankheiten fest. Mit der geplanten Anfügung u.a. des Halbsatzes „und erlässt insbesondere für die Behandlung von Rückenleiden und Depressionen jeweils entsprechende Richtlinien nach Absatz 2“ greift der Gesetzgeber direkt in die zuvor erteilte Regelungskompetenz ein. Bereits gefasste Beschlüsse, wie der Beschluss vom 21.08.2014 zur Festlegung geeigneter Erkrankungen werden mit der geplanten Neuregelung konterkariert.

Wie bereits oben ausgeführt, hat der G-BA mit Beschluss vom 21.08.2014 vier weitere, geeignete Erkrankungen festgelegt, für die die Beratungen zur Erstellung der Anforderungen an die Ausgestaltung der Programme aufgenommen werden sollen. Bei der dem Beschluss vom 21.08.2014 vorgelagerten Beratung wurden insgesamt 33 Anträge eingehend unter Berücksichtigung der in § 137f Abs. 1 SGB V festgelegten Kriterien: (1) Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgungsqualität, (2) Verfügbarkeit evidenzbasierter Leitlinien, (3) Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten, (4) Umsetzbarkeit eines DMP zur vorgeschlagenen Krankheit, (5) Epidemiologie und Krankheitsverlauf, (6) an der Versorgung beteiligte Sektoren (sektorenübergreifender Behandlungsbedarf), (7) hoher finanzieller Aufwand der Behandlung und Folgekosten, (8) Erfahrungen mit DMP aus dem In- und Ausland beraten. Im Ergebnis wurden die Indikationen Herzinsuffizienz, Rheumatoide Arthritis, Osteoporose und chronischer Rückenschmerz ausgewählt.

Die nun vom Gesetzgeber geplante Festschreibung des Erlasses von Richtlinien zu der Indikation Rückenschmerz und Depression widerspricht dem Beratungsergebnis und dem Beschluss des G-BA. Die Depression wurde ausweislich der der Beschlussfassung vom 21.08.2014 beigefügten Ergebnistabelle (siehe Anlage) als nur bedingt geeignete Erkrankung bewertet (Platz 9). Insbesondere das Kriterium „Umsetzbarkeit eines DMP“ wurde mit lediglich einem Punkt (Punktbereich 0 – 3) bewertet.

Anders als der Gesetzgeber nach der Beurteilung einer einzelnen Leitlinie sahen die Experten der Arbeitsgruppe (einschließlich der Patientenvertreter) nach der Bewertung einer Vielzahl von Unterlagen die Depression nicht als für das Versorgungskonzept DMP geeignete Erkrankung an. Die im Begründungstext angeführte Nationale Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ wurde dabei auf Grund der abgelaufenen Gültigkeit nicht berücksichtigt.

Der Beschluss des G-BA vom 21.08.2014 sieht vor, die Beratungen u.a. zu den Anforderungen an ein strukturiertes Behandlungsprogramm für die Indikation chronischer Rückenschmerz aufzunehmen. Die Leitlinienrecherche dazu wurde bereits beauftragt (siehe oben). Erst nach Abschluss der Leitlinienrecherche und der Extraktion der DMP-spezifischen Anforderungen kann festgestellt werden, ob tatsächlich alle gesetzlich geforderten Anforderungen an ein DMP chronische Rückenschmerzen beschrieben werden können und somit eine Richtlinie dazu

erlassen werden kann. Die geplante Änderung schreibe dem G-BA jedoch vor, dass auch dann eine Richtlinie zu erlassen ist, wenn die Anforderungen nicht erfüllt sind. Dies widerspricht den übrigen Regelungen des § 137f und ist ein direkter Eingriff in die Arbeit des G-BA. Da mit der Teilnahme an einem DMP auch finanzielle Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds verbunden sind, sollte hier im Besonderen auf die Einhaltung der gesetzlichen Vorschrift und Verfahrensordnungen geachtet werden.

## **Nr. 69**

### **§ 140a neu (Besondere Versorgung)**

*Der elfte Abschnitt des vierten Kapitels wird wie folgt gefasst:*

*„Elfter Abschnitt Sonstige Beziehungen zu den Leistungserbringern  
§ 140a Besondere Versorgung*

*„(1) Die Krankenkassen können Verträge mit den in Absatz 3 genannten Leistungserbringern über eine besondere Versorgung der Versicherten abschließen. Sie ermöglicht eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung) sowie unter Beteiligung zugelassener vertragsärztlicher Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften besondere ambulante ärztliche Versorgungsaufträge. Verträge, die nach den §§ 73a, 73c und 140a in der am ... [einsetzen: Datum des Tages der Verkündung] geltenden Fassung geschlossen wurden, gelten fort.“*

#### **a) Gewünschte Änderung**

Keine Änderung.

#### **b) Begründung**

Positiv ist eine explizite Regelung zum Bestandsschutz für Altverträge.

*„(2) Die Verträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen beinhalten. Die Verträge können auch Abweichendes von den im Dritten Kapitel benannten Leistungen beinhalten, soweit sie die in § 11 Absatz 6 genannten Leistungen, Leistungen nach den §§ 20d, 25, 26, 37a und 37b sowie ärztliche Leistungen einschließlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden betreffen. Die Sätze 1 und 2 gelten insoweit, als über die Eignung der Vertragsinhalte als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 oder im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c Absatz 1 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat und die abweichende Regelung dem Sinn und der Eigenart der vereinbarten besonderen Versorgung entspricht, sie insbesondere darauf ausgerichtet ist, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Die Wirtschaftlichkeit der besonderen Versorgung muss spätestens vier Jahre nach dem Wirksamwerden der zu Grunde liegenden Verträge nachweisbar sein; § 88 Absatz 2 des Vierten Buches gilt entsprechend. Für die Qualitätsanforderungen zur Durchführung der Verträge gelten die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie die in den Bundesmantelverträgen für die Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung beschlossenen Anforderungen als Mindestvoraussetzungen entsprechend. Gegenstand der Verträge dürfen auch Vereinbarungen sein, die allein die Organisation der Versorgung betreffen.“*

#### **a) Gewünschte Änderung**

Einfügen eines 5. Satzes: „Für Projekte mit einem präventiven Ansatz kann ggf. in Abstimmung mit der Aufsichtsbehörde die Frist zum Nachweis der Einhaltung von Wirtschaftlichkeitskriterien verlängert werden.“

## **b) Begründung**

Im Rahmen der derzeitigen Vorgaben des § 71 Abs. 1 Satz 2 SGB V sind „gesetzlich vorgeschriebene Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen“ von der Beitragssatzstabilität ausgenommen. Um den Krankenkassen einen Anreiz zu setzen, weitere Präventionsprojekte im Bereich der Besonderen Versorgung – auch im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsvorsorge – zu implementieren, sollte es den Krankenkassen ermöglicht werden, für präventive Ansätze eine längere Zeit zum Nachweis der Wirtschaftlichkeit als 4 Jahre zu gewähren.

## **c) Hinweis**

Aus verwaltungsökonomischen Gründen und zur Ausweitung der Flexibilität der Krankenkassen beim Abschluss von Verträgen zur besonderen Versorgung soll in der Begründung des Gesetzentwurf klaggestellt werden, dass es den Krankenkassen möglich sein sollte, sogenannte „add-on-Verträge“ abschließen zu können. In den Verträgen werden nur zusätzliche – über die Regelversorgung hinausgehende – Leistungen von den Krankenkassen direkt vergütet. Leistungen innerhalb der Regelversorgung werden weiterhin über die Regelversorgung und damit über die Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet. Gerade bei kleinen, regionalen Selektivverträgen haben sich „add-on-Verträge“ bewährt und sind verwaltungsökonomisch effizient umsetzbar.

*(3) Die Krankenkassen können nach Maßgabe von Absatz 1 Satz 2 Verträge abschließen mit:*

- 1. nach diesem Kapitel zur Versorgung der Versicherten berechtigten Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften,*
- 2. Trägern von Einrichtungen, die eine besondere Versorgung durch zur Versorgung der Versicherten nach dem Vierten Kapitel berechnete Leistungserbringer anbieten,*
- 3. Pflegekassen und zugelassenen Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage des § 92b des Elften Buches,*
- 4. Praxiskliniken nach § 115 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1,*
- 5. pharmazeutischen Unternehmern,*
- 6. Herstellern von Medizinprodukten im Sinne des Gesetzes über Medizinprodukte,*
- 7. Kassenärztlichen Vereinigungen zur Unterstützung von Mitgliedern, die an der besonderen Versorgung teilnehmen.*

*Die Partner eines Vertrages über eine integrierte Versorgung nach Absatz 1 können sich auf der Grundlage ihres jeweiligen Zulassungsstatus für die Durchführung der besonderen Versorgung darauf verständigen, dass Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs-, Ermächtigungs- oder Berechtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt ist.*

## **a) Gewünschte Änderung**

aa) In Nr. 7 den Halbsatz streichen: ... „zur Unterstützung von Mitgliedern, die an der besonderen Versorgung teilnehmen.“

ab) Einfügen eines Punkt 8.: „Fachärzten für Arbeitsmedizin oder den über die Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin verfügenden Ärzten oder deren Gemeinschaften, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, für Leistungen zur Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen nach § 25.“

## **b) Begründung**

ba) Die Kassenärztlichen Vereinigungen waren schon im Rahmen des § 73c SGB V berechtigt entsprechende vertragliche Vereinbarungen mit Krankenkassen zu schließen und zwar ohne vorab von ihren Mitgliedern explizit beauftragt zu werden. Wenn mit dem Halbsatz nur klar gestellt werden soll, dass sich niedergelassene Ärzte freiwillig mit einem Beitrittsverfahren in entsprechende Verträge einschreiben können, dann bedarf es noch einer entsprechenden Klarstellung. Verträge mit Kassenärztlichen Vereinigungen sind auf freiwillige Basis geschlossen und sollten nicht implizieren, dass „alle“ zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzte zwanghaft an Verträgen der Besonderen Versorgung teilnehmen müssen. Allerdings kann das nicht heißen, dass vorab eine Beauftragung oder Ermächtigung seitens der niedergelassenen Ärzte erfolgen muss – Stichwort: Bürokratieabbau.

bb) Eine Verzahnung der Versorgung in allen Lebenswelten ist sinnvoll. Strukturen und Prozesse ließen sich verbessern, wenn Krankenkassen, Werksärzte und niedergelassene Ärzte vernetzt und Hand in Hand arbeiten können. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen sollten daher auch die Möglichkeit für den Abschluss von Selektivverträgen im Bereich der Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen nach § 25 mit geeigneten Fachärzten für Arbeitsmedizin oder den über die Zusatzbezeichnung "Betriebsmedizin" verfügenden Ärzten, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, vorsehen. Dabei muss sichergestellt sein, dass für die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung als Mindestvoraussetzungen die Anforderungen für die vertragsärztliche Versorgung gelten.

#### **c) Hinweis**

Exklusivverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern sollten nicht erlaubt sein. Hier sollte eine Antidiskriminierungsregelung greifen.

*„(4) Die Versicherten erklären ihre freiwillige Teilnahme an der besonderen Versorgung schriftlich gegenüber ihrer Krankenkasse. Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur zeitlichen Bindung an die Teilnahmeerklärung, zur Bindung an die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten, regeln die Krankenkassen in den Teilnahmeerklärungen. Die Satzung der Krankenkasse hat Regelungen zur Abgabe der Teilnahmeerklärungen zu enthalten. Die Regelungen sind auf der Grundlage der Richtlinie nach § 217f Absatz 4a zu treffen.“*

*„(5) Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der für die Durchführung der Verträge nach Absatz 1 erforderlichen personenbezogenen Daten durch die Vertragspartner nach Absatz 1 darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information der Versicherten erfolgen.“*

*„(6) Für die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Absatz 3 Satz 2 gilt § 73b Absatz 7 entsprechend. Falls eine Vorabinschreibung der teilnehmenden Versicherten nicht möglich ist, kann eine rückwirkende Bereinigung vereinbart werden.“*

#### **a) Gewünschte Änderung**

aa) Einfügen eines Satz 3: „Ausnahmen von der Bereinigungsverpflichtung kann es für Verträge nach § 140a SGB V dann geben, wenn das Bereinigungsvermögen nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Bereinigungsaufwand steht und die Kosten der Bereinigung das Bereinigungsvermögen überschreiten.

ab) Einfügen eines Satz 4: „Verordnungen im Rahmen der besonderen Versorgung sind mit Vertragskennzeichen zu bedrucken. Die Vergabe der Vertragskennzeichen erfolgt über die Vorgabe des GKV-SV über „Aufbau und Vergabe eines Vertragskennzeichens für besondere Versorgungsformen“.

#### **b) Begründung**

ba) Die aufwendigen und auch teuren Bereinigungsverfahren sind immer dann ein besonderes Hemmnis bei der Umsetzung von Selektivverträgen, wenn die zu bereinigende Vergütungssumme relativ gering ist und nicht in einem vernünftigen Verhältnis zum Aufwand des Bereinigungsverfahrens steht. Damit Kassen nicht zur Bereinigung gezwungen sind, wenn die Kosten der Bereinigung größer oder gleich der zu bereinigenden Vergütungssumme sind, sollte den Kassen die Bereinigung durch eine „Kann“-Regelung freigestellt werden – mit Ausnahme der Versorgungsmodelle mit einem Kontrahierungszwang. Immer dann, wenn sich eine Bereinigung für die Kassen finanziell lohnt, werden sie eine Bereinigung ohnehin und schon aus wirtschaftlichen Erwägungen durchführen. Als sehr positiv zu bewerten ist die Aufnahme der Möglichkeit, eine rückwirkende Bereinigung vereinbaren zu können.

bb) Die Vergabe von Vertragskennzeichen nach der Vorgabe des GKV-Spitzenverbandes ist bei allen Kassenarten bereits implementiert und wird im Rahmen des Datenträgeraustauschs bereits genutzt. Es war bisher nicht möglich Arzneimittelverordnungen (Muster 16) mit einem entsprechenden Vertragskennzeichen zu bedrucken, da es bisher in der Formularkommission diesbezüglich keine Einigung gab und eine gesetzliche Regelung fehlte. Im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 Abs. 1 sind der Prüfungsstelle die Daten der in der ambulanten Versorgung außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung verordneten Leistungen zu übermitteln. Eine Abgrenzung von Verordnungen im Rahmen der Regelversorgung und außerhalb der Regelversorgung ist ohne Vertragskennzeichen mit erheblichen Aufwänden für die Krankenkassen verbunden. Verordnungen mit einem Vertragskennzeichen lassen eine direkte Zuordnung zu dem jeweiligen Vertrag zu und sind damit für eine verwaltungsökonomische Umsetzung z. B. der Wirtschaftlichkeitsprüfung unverzichtbar.

## **Nr. 71**

### **§ 192 (Fortbestehen der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger)**

*In § 192 Absatz 1 Nummer 2a werden nach den Wörtern „Organen oder Geweben“ die Wörter „oder im Zusammenhang mit einer Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes“ eingefügt.*

#### **a) Gewünschte Änderung**

keine

#### **b) Begründung**

Die Ergänzung ist konsequent. Mit § 192 SGB V wird die Pflichtmitgliedschaft in der GKV u.a. für Organspender erhalten, die gemäß § 44a SGB V aufgrund ihrer Spendertätigkeit einen Anspruch auf Krankengeld gegenüber der Krankenkasse des Empfängers haben, auch wenn der Empfänger nicht in der GKV versichert ist. Über die Gesetzesänderung wird klargestellt, dass dieses neben Organ- und Gewebespendern nunmehr auch für Spender von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen im Sinne von § 9 TFG gilt. Obwohl der eigentliche Versicherungspflichttatbestand nicht mehr oder vorübergehend nicht erfüllt ist (kein Krankengeldanspruch gegenüber der eigenen – gesetzlichen – Krankenkasse, vgl. § 192 Absatz 1 Nummer 2 SGB V), besteht die Pflichtmitgliedschaft dennoch fort. Damit soll eine von der konkreten Art der Absicherung des Empfängers weitgehend unabhängige Gleichbehandlung der pflichtversicherten Spender sichergestellt werden.

**Nr. 76**

**§ 248 Satz 3 (Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen)**

*§ 248 Satz 3 wird wie folgt gefasst:*

*„Veränderungen des Zusatzbeitrages gelten für Versorgungsbezüge nach § 229 in den Fällen des § 256 Absatz 1 Satz 1 jeweils vom ersten Tag des zweiten auf die Veränderung folgenden Kalendermonats an.“*

**a) Gewünschte Änderung**

keine

**b) Begründung**

Die angesichts einer entsprechenden Regelungslücke im GKV-FQWG erfolgte Klarstellung, dass sich die zeitversetzte Berücksichtigung von Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes nur auf die Sachverhalte bezieht, in denen das Zahlstellenverfahren zur Anwendung kommt, wird begrüßt.

## **Nr. 80**

### **§ 275 (Begutachtung und Beratung)**

*Nach § 275 Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:*

*„(4a) Soweit die Erfüllung der sonstigen dem Medizinischen Dienst obliegenden Aufgaben nicht beeinträchtigt wird, kann er Beamte nach den §§ 44 bis 49 des Bundesbeamtenengesetzes ärztlich untersuchen und ärztliche Gutachten fertigen. Die hierdurch entstehenden Kosten sind von der Behörde, die den Auftrag erteilt hat, zu erstatten. § 281 Absatz 1a Satz 2 gilt entsprechend. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und das Bundesministerium des Innern vereinbaren unter Beteiligung der Medizinischen Dienste, die ihre grundsätzliche Bereitschaft zur Durchführung von Untersuchungen und zur Fertigung von Gutachten nach Satz 1 erklärt haben, das Nähere über das Verfahren und die Höhe der Kostenerstattung. Die Medizinischen Dienste legen die Vereinbarung ihrer Aufsichtsbehörde vor, die der Vereinbarung innerhalb von drei Monaten nach Vorlage widersprechen kann, wenn die Erfüllung der sonstigen Aufgaben des Medizinischen Dienstes gefährdet wäre.“*

#### **a) Gewünschte Änderung**

Keine

#### **b) Begründung**

Die Übernahme von Begutachtungsaufträgen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) bei der Beurteilung von Dienstfähigkeit bei den Bundesbeamten ist aus fachlichen Erwägungen nicht zu beanstanden. Die MDK verfügen über die notwendige fachliche Kompetenz. Die Beurteilung bzw. Überprüfung von attestierter Arbeitsunfähigkeit obliegt bereits jetzt den MDK (275 Abs.1, 1a SGB V), sodass die Übertragung des Aufgabenfeldes der Begutachtung von Dienstfähigkeit (§§ 44 ff. Bundesbeamtenengesetz) aufgrund des medizinischen Wissens und sozialmedizinischer Kenntnisse lediglich eine Erweiterung der ohnehin gesetzlich bestehenden Beauftragungsmöglichkeit bei Überprüfung von Arbeitsunfähigkeit darstellt.

Aufgrund der sehr begrenzt bemessenen personellen und zeitlichen Ressourcen erscheint eine Übernahme von „zusätzlichen“ Aufgaben nicht adäquat umsetzbar. Es ist in jedem Fall sicherzustellen, dass die Ressourcen der MDK für die ihnen vorrangig obliegenden Aufgaben verwandt werden und die Kassen in ihrem Prüfgeschäft uneingeschränkt handlungsfähig bleiben.

## **Nr. 82**

### **§ 279 (Verwaltungsrat und Geschäftsführer)**

*§ 279 wird wie folgt geändert:*

*a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:*

*aa) In Satz 1 werden die Wörter „wird von den Vertreterversammlungen“ durch die Wörter „wird zu zwei Dritteln von den Verwaltungsräten oder der Vertreterversammlung“ ersetzt.*

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

*cc) Die folgenden Sätze werden angefügt:*

*„Ein Drittel des Verwaltungsrats wird von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes 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 für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes bestimmt die Voraussetzungen der Anerkennung der maßgeblichen Organisationen und Verbände nach Satz 4, insbesondere zu den Erfordernissen an die Organisationsform und die Offenlegung der Finanzierung. Gleichzeitig legt sie Einzelheiten für das Verfahren der Übermittlung und der Bearbeitung der Vorschläge fest.“*

*b) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „sechzehn Vertreter“ durch die Angabe „18 Mitglieder“ ersetzt.*

*c) Folgender Absatz 7 wird angefügt:*

*„(7) Sofern die Amtsdauer eines Verwaltungsrats am ... [einsetzen: erster Tag des sechsten Monats nach Inkrafttreten gemäß Artikel 20 Absatz 3] noch mehr als drei Jahre beträgt, gilt Absatz 2 Satz 4 bis 6 entsprechend mit der Maßgabe, dass sich die Zahl der Verwaltungsratsmitglieder für die verbleibende Amtsdauer um bis zu einem Drittel durch die von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes bestimmten Personen vergrößert; die Höchstzahl darf abweichend von Absatz 3 Satz 1 überschritten werden.“*

#### **a) Gewünschte Änderung**

*aa) Beibehaltung der ursprünglichen Regelung. Streichung der Änderungen in § 279 a – c.*

*ab) § 279 wird wie folgt geändert: Änderung der Überschrift: § 279 Verwaltungsrat, Geschäftsführer und Beirat*

*ac) Es wird ein neuer Absatz 5 eingefügt. Der bisherige Absatz 5 wird zu Absatz 7, der bisherige Absatz 6 wird zu Absatz 8: „In den Medizinischen Diensten erhalten die für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden Angehörigen maßgeblichen Organisationen auf Landesebene ein Mitberatungsrecht (Pflegebeirat); die Organisationen benennen hierzu sachkundige Personen. Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes bestimmt die Voraussetzungen der Anerkennung der maßgeblichen Organisationen und Verbände nach Satz 1,*

insbesondere zu den Erfordernissen an die Organisationsform und der Offenlegung der Finanzierung. Gleichzeitig legt sie Einzelheiten für das Verfahren der Übermittlung und der Bearbeitung der Benennungen fest. Die von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes benannten Personen bilden einen Beirat. Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. Die Zahl der sachkundigen Personen im Beirat soll höchstens einem Drittel der Verwaltungsratsmitglieder entsprechen. Die sachkundigen Personen erhalten Reisekosten nach den Vorschriften des Landes über Reisekostenvergütung, Ersatz des Verdienstausfalls in entsprechender Anwendung des § 41 Abs.2 des Vierten Buches sowie einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünfzigstels der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 des Vierten Buches) für jeden Kalendertag einer Sitzung. Der Anspruch richtet sich gegen den Medizinischen Dienst, in denen sie als sachkundige Personen mitberatend tätig sind.“

Es wird eine neuer Absatz 6 eingefügt: „Der Beirat ist bei der Aufstellung der Richtlinien nach § 280 Absatz 1 Nummer 4 für die Erfüllung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes unter Berücksichtigung der Richtlinien und Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 282 Absatz 2, sofern Fragen der Pflegebedürftigkeit betroffen sind, zu beteiligen. Der Beirat ist insbesondere für die Erarbeitung einer für die Allgemeinheit verständlichen Kommunikationsstrategie und transparenter Informationen für Pflegebedürftige sowie ihrer Angehörigen zuständig. Er kann hierzu Vorschläge erarbeiten. Der Verwaltungsrat hat über die Vorschläge in der nächsten Sitzung zu beraten.“

#### **b) Begründung**

ba) Die Erweiterung des Verwaltungsrates der MDK um Vertreter der Pflegeberufe sowie der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen ist aus fachlichen Erwägungen heraus abzulehnen. Entsprechend der Regelungen des § 118 SGB XI sind die Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen bereits heute umfassend an der Erarbeitung der Richtlinien auf Bundesebene beteiligt. Die Richtlinien zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 17 SGB XI) und zur Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität (§ 114a Absatz 7 SGB XI) werden unter Beteiligung von Vertretern der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie von Vertretern der Pflegeberufe erarbeitet und sind für die MDK verbindlich. Damit haben sowohl die Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen als auch die Vertreter der Pflegeberufe bereits heute ausreichend Gelegenheit, ihre spezifischen Erfahrungen und Sichtweisen bei der Erarbeitung der Pflegerichtlinien für MDK-Prüfungen einzubringen.

Auch die Einbeziehung von Vertretern der Pflegeberufe auf Landesebene ist nicht nachvollziehbar. Sie sind bereits auf Bundesebene ausreichend bei der Richtlinienbearbeitung eingebunden. Die Fachexpertise auf Landesebene wird durch die Angestellten der MDK sichergestellt. An der Begutachtung sowie an den Beratungen der MDK auf Landesebene sind sowohl Ärzte als auch Pflegekräfte beteiligt. Die Einbindung von Vertretern der Pflegeberufe in die Verwaltungsräte der MDK ist folglich abzulehnen. Sie gefährdet die Statik eines sozialmedizinischen Dienstes als Gegengewicht zu den Leistungserbringern. Würden Leistungserbringer eingebunden, bestünde zudem die Gefahr, dass die Einbindung auf die anderen Leistungserbringer, insbesondere die Ärzte, ausgeweitet wird.

Der Gesetzentwurf sieht eine stimmberechtigte Einbeziehung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen in die Verwaltungsräte der MDK vor. Diese Einbeziehung ist nicht begründbar. Der Verwaltungsrat trifft Beschlüsse von administrativer Bedeutung (Haushalts- und Orga-

nisationsfragen) für den jeweiligen MDK und ist fachlich an die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes gebunden. Eine Einbeziehung in die Verwaltungsräte der MDK wird dem Anliegen der Mitsprache und Einbeziehung der Betroffenenperspektive nicht gerecht. Die Kritik der In-transparenz und fehlender Nachvollziehbarkeit von Entscheidungen von Versicherten kann durch ein Mitspracherecht im Verwaltungsrat nicht aufgelöst werden. Eine Einbindung dieser Personengruppe sollte lösungsorientiert erfolgen (siehe hierzu Begründung bc).

Der Ausschluss von hauptamtlichen Krankenkassenmitarbeitern aus den Verwaltungsräten der MDK ist nicht nachvollziehbar und stärkt nicht per se die Unabhängigkeit der MDK. Ein Abweichen von der Struktur der Verwaltungsräte ist folglich abzulehnen. Die MDK selbst erstellen Gutachten auf Grundlage der derzeitigen sozialrechtlichen Grundlagen, nach den verbindlichen Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes und nach berufsrechtlichen Anforderungen. Die Krankenkassenmitarbeiter können in ihrer Funktion als Verwaltungsräte der MDK die Begutachtungstätigkeit nicht beeinflussen. Die MDK haben darüber hinaus kein wirtschaftliches Eigeninteresse, weil diese umlagefinanziert sind und nicht von der einzelnen Inanspruchnahme abhängig sind. Die Letztentscheidungskompetenz liegt bei der Pflegekasse. Insoweit sind die Gutachten aus ihrer Systematik heraus bereits unabhängig. Ein Ausschluss, um damit die Unabhängigkeit sicherzustellen, ist demnach nicht zielführend. Die Krankenkassen nutzen die Fachexpertise und den medizinischen Sachverstand der MDK. In den MDK werden nicht nur Pflegegutachten erstellt, sondern eine Vielzahl weiterer Themengebiete bearbeitet, die keinen unmittelbaren Einfluss auf die Versicherten haben. Gleichwohl haben diese Themen eine herausragende Bedeutung für die Krankenkassen. Ein direkter Austausch mit der Geschäftsführung der MDK und untereinander ist dringend geboten. Hauptamtliche Krankenkassenmitarbeiter sind auf Grund ihrer Nähe zum täglichen Prüfgeschäft der Krankenkassen direkt einbezogen und kennen die aktuelle Situation in den Krankenkassen. Hiervon profitieren der MDK und die Versichertengemeinschaft gleichermaßen.

bb) Dies stellt eine Folgeänderung zu ac) dar.

bc) Der vom Gesetzgeber vorgesehene Einbezug von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen in die MDK-Strukturen ist zu begrüßen. Eine sinnvolle Verankerung ist jedoch nicht durch die Erweiterung der Verwaltungsräte der MDK, sondern durch die Schaffung eines Beirates sinnvoll umsetzbar. Der Beirat sollte unabhängig von den Organen der MDK handeln und die Geschäftsführung sowie den Verwaltungsrat beratend unterstützen. Dieser neu einzurichtende Beirat bestünde aus Vertretern der Pflegebedürftigen und behinderten Menschen und würde den Leistungsbereich Pflege abdecken können. Mit der Einbeziehung derjenigen Organisationen, die für die Wahrnehmung der Interessen der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden Angehörigen zuständig sind, wären sachkundigen Personen direkt in die Beratungen eingebunden. Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen erhalten ein Mitberatungsrecht zu relevanten Themen, kein Stimmrecht. Das Mitberatungsrecht, anstelle eines Stimmrechts, schützt letztlich die entsandten Personen vor Inanspruchnahme durch Dritte, sie können sich hierdurch exkulpieren.

Dieser Beirat sollte die Selbstverwaltung sowie den Geschäftsführer der MDK in strategischen und operativen Fragestellungen beraten und unterstützen. Die Zuständigkeit des Beirates könnte insbesondere die Erstellung patientenfreundlicher bzw. laienverständlicher Kommunikationsstrategien sowie die Erstellung transparenter und nachvollziehbarer Informationen sein. Auch im Hinblick auf eine Verbesserung der Transparenz zu Begutachtungsprozessen und ihrer Optimierung ist eine Errichtung eines Beirates sinnvoll. Somit können Themen von über-

geordneter aber auch konkret erlebbarer Bedeutung transparent und unter Mitwirkung von „Betroffenen“ aufgegriffen und umgesetzt werden.

## **Nr. 85**

### **§ 295 (Abrechnung ärztlicher Leistungen)**

*In § 295 Absatz 1b Satz 1 und Absatz 2a Satz 1 wird jeweils das Wort „integrierten“ durch das Wort „besonderen“ ersetzt und wird jeweils die Angabe „oder § 73c“ gestrichen.*

#### **a) Gewünschte Änderung**

In § 295 Absatz 3 wird ein neuer Satz 2 mit folgendem Wortlaut angefügt:

„Die Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbaren bis zum 31. Dezember 2015 Richtlinien für die Vergabe und Dokumentation der Schlüssel nach Absatz 1 Satz 5 für die Abrechnung und Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen (Kodierrichtlinien); § 87 Abs. 6 gilt entsprechend.“

#### **b) Begründung**

Zur Bestimmung der Morbidität der Versicherten im Rahmen der Vergütung der Vertragsärzte nutzt der Bewertungsausschuss ein Patientenklassifikationssystem auf der Grundlage der ambulanten Behandlungsdiagnosen. Wie im DRG-System ("Diagnosis Related Groups") bedarf es auch im ambulanten Bereich Richtlinien zur Dokumentation von Diagnosen. Deshalb wird die Vereinbarung von Kodierrichtlinien durch die Bundesmantelvertragspartner bis spätestens 31.12.2015 gesetzlich vorgegeben. Die Neufassung des Satzes 2 erster Halbsatz stellt dies klar.

## **Nr. 87**

### **§ 299 (Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung)**

*§ 299 wird wie folgt geändert:*

*a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:*

*aa) Satz 5 wird wie folgt gefasst:*

*„Abweichend von Satz 4 Nummer 1 können die Richtlinien, Beschlüsse und Vereinbarungen*

*1. auch eine Vollerhebung der Daten aller betroffenen Patienten vorsehen, sofern dies aus gewichtigen medizinisch fachlichen oder gewichtigen methodischen Gründen, die als Bestandteil der Richtlinien, Beschlüsse und Vereinbarungen dargelegt werden müssen, erforderlich ist,*

*2. auch vorsehen, dass von einer Pseudonymisierung der versichertenbezogenen Daten abgesehen werden kann, wenn für die Qualitätssicherung die Überprüfung der ärztlichen Behandlungsdokumentation fachlich oder methodisch erforderlich ist und die technische Beschaffenheit des die versichertenbezogenen Daten speichernden Datenträgers eine Pseudonymisierung nicht zulässt und die Anfertigung einer Kopie des speichernden Datenträgers, um auf dieser die versichertenbezogenen Daten zu pseudonymisieren, mit für die Qualitätssicherung nicht hinnehmbaren Qualitätsverlusten verbunden wäre; die Gründe sind in den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen darzulegen.“*

*bb) In Satz 7 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „dies gilt nicht für die Kassenärztlichen Vereinigungen in Bezug auf die für die Durchführung der Qualitätsprüfung nach § 136 Absatz 2 erforderlichen Daten“ eingefügt.*

*b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:*

*aa) Nach Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:*

*„Das Verfahren zur Pseudonymisierung der Daten kann in den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen auch auf eine von den Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen oder deren jeweiligen Verbänden räumlich, organisatorisch und personell getrennte Stelle übertragen werden, wenn das Verfahren für die in Satz 1 genannten Leistungserbringer einen unverhältnismäßig hohen Aufwand bedeuten würde; für Verfahren zur Qualitätsprüfung nach § 136 Absatz 2 kann dies auch eine gesonderte Stelle bei den Kassenärztlichen Vereinigungen sein. Die Gründe für die Übertragung sind in den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen darzulegen.“*

*bb) Im neuen Satz 5 werden die Wörter „Abweichend von Satz 1 hat die Pseudonymisierung bei einer Vollerhebung nach Absatz 1 Satz 2“ durch die Wörter „Bei einer Vollerhebung nach Absatz 1 Satz 5 hat die Pseudonymisierung“ ersetzt.*

#### **a) Gewünschte Änderung**

In Absatz 1 Satz 5 Nummer 2 wird das „und“ gestrichen und stattdessen eine Komma sowie im Weiteren ein „oder“ eingefügt:

„auch vorsehen, dass von einer Pseudonymisierung der versichertenbezogenen Daten abgesehen werden kann, wenn für die Qualitätssicherung die Überprüfung der ärztlichen Behandlungsdokumentation fachlich oder methodisch erforderlich ist, ~~und~~ die technische Beschaffenheit des die versichertenbezogenen Daten speichernden Datenträgers eine Pseudonymisierung nicht zulässt, ~~und~~ oder die Anfertigung einer Kopie des speichernden Datenträgers, um auf dieser die versichertenbezogenen Daten zu pseudonymisieren, mit für die Qualitätssicherung nicht hinnehmbaren Qualitätsverlusten verbunden wäre oder eine Pseudonymisierung nur mit einem bezogen auf das Ziel der jeweiligen Qualitätssicherung unverhältnismäßig hohen technischen Aufwand vorgenommen werden kann; die Gründe sind in den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen darzulegen.“

In Absatz 2 Satz 2 wird ein Halbsatz eingefügt:

„Das Verfahren der Pseudonymisierung der Daten kann in den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen auch auf eine von den Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen oder deren jeweiligen Verbänden räumlich, organisatorisch und personell getrennte Stelle übertragen werden, wenn das Verfahren für die in Satz 1 genannten Leistungserbringer einen unverhältnismäßig hohen Aufwand bedeuten würde oder es aus gewichtigen methodische Gründen erforderlich ist; für Verfahren nach §136 Abs. 2 kann dies auch eine gesonderte Stelle bei den Kassenärztlichen Vereinigungen sein. Die Gründe für die Übertragung sind in den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen darzulegen.“

#### **b) Begründung**

Die Regelungen in § 299 SGB V sind insgesamt ausdrücklich zu begrüßen. Die Qualitätssicherung im ambulanten Bereich scheiterte bisher an der nicht durchführbaren Qualitätsprüfung im ambulanten Bereich mangels entsprechender gesetzlicher Regelungen. Einzig die Verbindung mit einem „und“ normiert zusätzliche Anforderungen an ein Absehen von Pseudonymisierungen. Dies ist nicht begründbar. Bereits das Erfordernis der fachlichen und methodischen Notwendigkeit regelt einen Ausnahmetatbestand, der für sich allein betrachtet, bereits das Absehen einer Pseudonymisierung notwendig macht. Dieser Ausnahmetatbestand sollte nicht durch weitere Voraussetzungen und weitere Kriterien verschärft werden, sondern als fakultative Voraussetzung normiert sein. Neben den zu erwartenden Qualitätsverlusten bei der Erstellung einer Kopie sollte auch eine Ausnahme zur Pseudonymisierung bei erheblichem technischen Aufwand ermöglicht werden um eine zügige Datenerfassung zu ermöglichen und die Ergebnisse des Verfahrens für die Patienten nutzbar zu machen. Ziel sollte sein die Daten schnellstmöglich unter Beachtung strenger Datenschutzerfordernisse auszuwerten und die Ergebnisse transparent darzustellen.

Durch die Einfügung des zweiten Halbsatzes in Absatz 2 wird sichergestellt, dass eine Rückverfolgbarkeit ermöglicht wird. Ansonsten bestünde die Gefahr, dass die seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen angeforderten Behandlungsunterlagen beim Arzt unter gleichzeitiger Pseudonymisierung durch den Arzt selbst, nicht auf Vollständigkeit und Vollzähligkeit überprüft werden könnten. Eine Validierung wäre in solchen Fällen ausgeschlossen.

## **Artikel 2 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 6**

#### **§ 106 (Wirtschaftlichkeitsprüfung)**

*§ 106 wird wie folgt gefasst:*

*(1) Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen überwachen die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch Beratungen und Prüfungen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich und die Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbaren Inhalt und Durchführung der Beratungen und Prüfungen nach Absatz 2 sowie die Voraussetzungen für Einzelfallprüfungen. Die Vertragspartner können die Prüfungsstelle mit der Prüfung ärztlich verordneter Leistungen in der ambulanten Versorgung außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung beauftragen und tragen die Kosten. Die Krankenkassen übermitteln der Prüfungsstelle die Daten der in der ambulanten Versorgung außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung verordneten Leistungen; dabei sind zusätzlich die Zahl der Behandlungsfälle und eine Zuordnung der verordneten Leistungen zum Datum der Behandlung zu übermitteln. Die §§ 296 und 297 gelten entsprechend.*

*(2) Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung wird von der Prüfungsstelle nach § 106c geprüft durch*

- 1. arztbezogene Prüfungen ärztlicher Leistungen nach § 106a,*
- 2. arztbezogene Prüfungen ärztlich verordneter Leistungen nach § 106b.*

*Die Prüfungen werden auf der Grundlage der Daten durchgeführt, die der Prüfungsstelle nach § 106c gemäß § 296 Absatz 1, 2 und 4 sowie § 297 Absatz 1 bis 3 übermittelt werden. Hat die Prüfungsstelle Zweifel an der Richtigkeit der übermittelten Daten, ermittelt sie die Datengrundlagen für die Prüfung aus einer Stichprobe der abgerechneten Behandlungsfälle des Arztes und rechnet die so ermittelten Teildaten nach einem statistisch zulässigen Verfahren auf die Grundgesamtheit der Arztpraxis hoch.*

*(3) Die Prüfungsstelle nach § 106c bereitet die für die Prüfungen nach Absatz 2 erforderlichen Daten und sonstigen Unterlagen auf, trifft Feststellungen zu den für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit wesentlichen Sachverhalten und entscheidet unter Beachtung der Vereinbarungen nach den §§ 106a und 106b, ob der Vertragsarzt, der ermächtigte Arzt oder die ermächtigte Einrichtung gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat und welche Maßnahmen zu treffen sind. Eine Maßnahme kann insbesondere auch die Festsetzung einer Nachforderung oder einer Kürzung sein. Gezielte Beratungen sollen weiteren Maßnahmen in der Regel vorangehen. Die Prüfungsstelle berät die Vertragsärzte auf der Grundlage von Übersichten über die von ihnen im Zeitraum eines Jahres oder in einem kürzeren Zeitraum erbrachten, verordneten oder veranlassten Leistungen über Fragen der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung.*

*(4) Werden Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht in dem vorgesehenen Umfang oder nicht entsprechend den für ihre Durchführung geltenden Vorgaben durchgeführt, haften die zuständigen Vorstandsmitglieder der Krankenkassenverbände und Kassenärztlichen Vereinigungen für eine ordnungsgemäße Umsetzung. Können Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht in dem vorgesehenen Umfang oder nicht entsprechend den für ihre Durchführung geltenden Vorgaben durchgeführt werden, weil die erforderlichen Daten nach den §§ 296 und 297 nicht oder nicht im vorgesehe-*

*nen Umfang oder nicht fristgerecht übermittelt worden sind, haften die zuständigen Vorstandsmitglieder der Krankenkassen oder der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die zuständige Aufsichtsbehörde hat nach Anhörung der Vorstandsmitglieder und der jeweils entsandten Vertreter im Ausschuss den Verwaltungsrat oder die Vertreterversammlung zu veranlassen, das Vorstandsmitglied auf Ersatz des aus der Pflichtverletzung entstandenen Schadens in Anspruch zu nehmen, falls der Verwaltungsrat oder die Vertreterversammlung das Regressverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat.*

*(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten auch für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen und belegärztlichen Leistungen.“*

### **a) Gewünschte Änderung**

aa) Streichen des Abs. 1 Satz 3 bis Satz 5.

ab) Neufassung des Abs. 2:

„Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung wird von der Prüfungsstelle nach § 106c geprüft durch

1. arztbezogene Prüfungen ärztlicher Leistungen nach § 106a,
2. arztbezogene Prüfungen ärztlich verordneter Leistungen nach § 106b,
3. arztbezogene Prüfung ärztlich verordneter Leistungen in der ambulanten Versorgung außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung.

Die Prüfungen nach Ziffer 1 und 2 werden auf der Grundlage der Daten durchgeführt, die der Prüfungsstelle nach § 106c gemäß § 296 Absatz 1, 2 und 4 sowie § 297 Absatz 1 bis 3 übermittelt werden. Für die Prüfung nach Ziffer 3 übermitteln die Krankenkassen der Prüfungsstelle die Daten der in der ambulanten Versorgung außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung verordneten Leistungen; dabei sind zusätzlich die Zahl der Behandlungsfälle und eine Zuordnung der verordneten Leistungen zum Datum der Behandlung zu übermitteln. Die §§ 296 und 297 gelten entsprechend.

Hat die Prüfungsstelle Zweifel an der Richtigkeit der übermittelten Daten, ermittelt sie die Datengrundlagen für die Prüfung aus einer Stichprobe der abgerechneten Behandlungsfälle des Arztes und rechnet die so ermittelten Teildaten nach einem statistisch zulässigen Verfahren auf die Grundgesamtheit der Arztpraxis hoch.“

ac) Abs. 3 Satz 2 sollte umformuliert werden in: „Eine Maßnahme ist insbesondere auch die Festsetzung einer Rückzahlung.“

### **b) Begründung**

Durch die Neufassung von § 106 zum 1.1.2017 (Artikel 2 Nr. 2) wird die Richtgrößenprüfung entfallen und durch neue regionale Prüfungen ersetzt. Der alte § 106 wird auf mehrere Paragraphen aufgeteilt. Dieses ist zu begrüßen.

Zu aa und ab)

Grundsätzlich ist die Prüfung ärztlich verordneter Leistungen in der ambulanten Versorgung außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung zu begrüßen. In der derzeitigen Formulierung ist jedoch vorgesehen, dass die Vertragspartner die Prüfungsstelle hierfür beauftragen können. Die Kassenärztliche Versorgung hat jedoch keinen Anreiz, diese Ärzte prüfen zu lassen und dafür die Kosten zu tragen. Daher sollte die Prüfung ärztlich verordneter Leistungen in der ambulanten Versorgung außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung von der Prüfungsstelle ohne gesonderten Auftrag der Vertragspartner umgesetzt werden.

Zu ac)

Entsprechend des Änderungsvorschlags zu § 106b sollte auch im Rahmen des § 106 die Rückzahlung als verpflichtende Maßnahme vorgesehen werden.

## Nr. 7

### § 106a (Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen)

Nach § 106 wird folgender § 106a eingefügt:

- (1) Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung wird geprüft durch die arztbezogene Prüfung ärztlicher Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben, die mindestens 2 Prozent der Ärzte je Quartal umfassen (Zufälligkeitsprüfung). Die Höhe der Stichprobe ist nach Arztgruppen gesondert zu bestimmen. Die Zufälligkeitsprüfung umfasst neben dem zur Abrechnung vorgelegten Leistungsvolumen auch Überweisungen, Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit sowie sonstige veranlasste ärztliche Leistungen, insbesondere aufwändige medizinisch-technische Leistungen; honorarwirksame Begrenzungsregelungen haben keinen Einfluss auf die Prüfungen. Der einer Zufälligkeitsprüfung zu Grunde zu liegende Zeitraum beträgt mindestens ein Jahr.
- (2) Gegenstand der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit in den Zufälligkeitsprüfungen sind, soweit dafür Veranlassung besteht,
1. die medizinische Notwendigkeit der Leistungen (Indikation),
  2. die Eignung der Leistungen zur Erreichung des therapeutischen oder diagnostischen Ziels (Effektivität),
  3. die Übereinstimmung der Leistungen mit den anerkannten Kriterien für ihre fachgerechte Erbringung (Qualität), insbesondere mit den in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthaltenen Vorgaben,
  4. die Angemessenheit der durch die Leistungen verursachten Kosten im Hinblick auf das Behandlungsziel,
  5. bei Leistungen des Zahnersatzes und der Kieferorthopädie auch die Vereinbarkeit der Leistungen mit dem Heil- und Kostenplan.
- (3) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Zufälligkeitsprüfungen, insbesondere zu den Beurteilungsgegenständen nach Absatz 2, zur Bestimmung und zum Umfang der Stichproben sowie zur Auswahl von Leistungsmerkmalen. Die Richtlinien sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Es kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Kommen die Richtlinien nicht zu Stande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb einer von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Richtlinien erlassen.
- (4) Die Richtlinien nach Absatz 3 sind Inhalt der Vereinbarungen nach § 106 Absatz 1 Satz 2. In den Vereinbarungen nach § 106 Absatz 1 Satz 2 ist insbesondere das Verfahren der Bestimmung der Stichproben für die Zufälligkeitsprüfungen festzulegen; dabei kann die Bildung von Stichprobengruppen abweichend von den Fachgebieten nach ausgewählten Leistungsmerkmalen vorgesehen werden. Die in § 106 Absatz 1 Satz 2 genannten Vertragspartner können über die Zufälligkeitsprüfung hinaus Prüfungen ärztlicher Leistungen nach Durchschnittswerten oder andere arztbezogene Prüfungsarten vereinbaren; dabei dürfen versichertenbezogene Daten nur nach den Vorschriften des Zehnten Kapitels erhoben, verarbeitet oder genutzt werden.
- (5) Ergeben die Prüfungen nach Absatz 1 sowie nach Absatz 4 Satz 3 und nach § 275 Absatz 1 Nummer 3b, § 275 Absatz 1a und 1b, dass ein Arzt Arbeitsunfähigkeit festgestellt hat, obwohl

*die medizinischen Voraussetzungen dafür nicht vorlagen, kann der Arbeitgeber, der zu Unrecht Arbeitsentgelt gezahlt hat, und die Krankenkasse, die zu Unrecht Krankengeld gezahlt hat, von dem Arzt Schadensersatz verlangen, wenn die Arbeitsunfähigkeit grob fahrlässig oder vorsätzlich festgestellt worden ist, obwohl die Voraussetzungen dafür nicht vorgelegen hatten.“*

**a) Gewünschte Änderung**

Im Abs. 1 Satz 3 ist „Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit“ zu streichen.

**b) Begründung**

§ 106a regelt die Prüfungsarten bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlicher Leistungen.

Abs. 1 Satz 3 regelt, dass die Zufälligkeitsprüfung neben dem zur Abrechnung vorgelegten Leistungsvolumen auch die Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit umfasst. Bei der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit handelt es sich nicht um ärztliche Leistungen, sondern um ärztlich verordnete Leistungen. Dieses ist zu streichen.

## **Nr. 19**

### **§ 296 (Auffälligkeitsprüfung)**

*§ 296 wird wie folgt geändert:*

*a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:*

*aa) In Satz 1 wird im Satzteil vor der Aufzählung die Angabe „§ 106 Abs. 4a“ durch die Angabe „§ 106c“ ersetzt.*

*bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:*

*„Soweit es zur Durchführung der in den Vereinbarungen nach § 106b Absatz 1 Satz 1 vorgesehenen Wirtschaftlichkeitsprüfungen erforderlich ist, sind die Daten nach Satz 1 Nummer 3 jeweils unter Angabe der nach § 295 Absatz 1 Satz 2 verschlüsselten Diagnose zu übermitteln.“*

*b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:*

*aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:*

*aaa) Im Satzteil vor der Aufzählung wird die Angabe „§ 106 Abs. 4a“ durch die Angabe „§ 106c“ ersetzt.*

*bbb) In Nummer 3 werden die Wörter „in der nach § 84 Abs. 6 Satz 2 bestimmten Gliederung,“ gestrichen*

*bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:*

*„Soweit es zur Durchführung der in den Vereinbarungen nach § 106b Absatz 1 Satz 1 vorgesehenen Wirtschaftlichkeitsprüfungen erforderlich ist, sind der Prüfungsstelle auf Anforderung auch die Versichertennummern arztbezogen zu übermitteln.“*

*c) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:*

*„(4) Soweit es zur Durchführung der in den Vereinbarungen nach § 106b Absatz 1 Satz 1 vorgesehenen Wirtschaftlichkeitsprüfungen erforderlich ist, sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen verpflichtet und befugt, auf Verlangen der Prüfungsstelle nach § 106c die für die Prüfung erforderlichen Befunde vorzulegen.“*

#### **a) Gewünschte Änderung**

Änderung des Titels „§ 296 Auffälligkeitsprüfung“ in „§ 296 Datenübermittlung für die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106, 106a und § 106b“.

#### **b) Begründung**

Durch die Änderung der Überschrift wird der korrekte Bezug zu den betroffenen Paragraphen hergestellt.

## **Nr. 20**

### **§ 297 (Zufälligkeitsprüfungen)**

§ 297 wird wie folgt geändert:

a) *In Absatz 1 wird die Angabe „§ 106 Abs. 4a“ durch die Angabe „§ 106c“, die Angabe „§ 106 Abs. 3“ durch die Angabe „§ 106a Absatz 4“ und die Angabe „§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2“ durch die Angabe „§ 106a“ ersetzt.*

b) *In Absatz 2 wird die Angabe „§ 106 Abs. 4a“ durch die Angabe „§ 106c“ ersetzt.*

c) *Absatz 3 wird wie folgt geändert:*

aa) *In Satz 1 wird die Angabe „§ 106 Abs. 4a“ durch die Angabe „§ 106c“ und die Angabe „§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2“ durch die Angabe „§ 106a“ ersetzt und werden die Wörter „verordneten Leistungen sowie die“ durch das Wort „getroffenen“ ersetzt.*

bb) *Die Sätze 2 und 3 werden aufgehoben.*

d) *Absatz 4 wird wie folgt gefasst:*

*„(4) Soweit es zur Durchführung der in den Vereinbarungen nach § 106b Absatz 1 Satz 1 vorgesehenen Wirtschaftlichkeitsprüfungen erforderlich ist, übermitteln die Krankenkassen im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern den Prüfungsstellen nach § 106c die Daten über die von den in die Prüfung einbezogenen Vertragsärzten verordneten Leistungen unter Angabe der Arztnummer, der Kassenummer und der Krankenversicherer Nummer. Die Daten über die verordneten Arzneimittel enthalten zusätzlich jeweils das Kennzeichen nach § 300 Absatz 3 Satz 1. Die Daten über die Verordnungen von Krankenhausbehandlung enthalten zusätzlich jeweils die gemäß § 301 übermittelten Angaben über den Tag und den Grund der Aufnahme, die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, die Art der durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren sowie die Dauer der Krankenhausbehandlung. Die Daten sind jeweils für den Zeitraum eines Jahres zu übermitteln.“*

#### **a) Gewünschte Änderung**

Änderung des Titels „§ 297 Zufälligkeitsprüfung“ in „§ 297 Datenübermittlung für die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 und § 106a“.

#### **b) Begründung**

Durch die Änderung der Überschrift wird der korrekte Bezug zu den betroffenen Paragraphen hergestellt.

## **Artikel 9 – Änderung des Krankenpflegegesetzes**

*§ 4 des Krankenpflegegesetzes vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442), der zuletzt durch Artikel durch Artikel 15 Nummer 3 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:*

### **Nr. 1 (Dauer und Struktur der Ausbildung)**

*1. Absatz 7 wird wie folgt geändert:*

*a) In Satz 4 wird nach dem Wort „Ausbildung“ ein Komma und werden die Wörter „die zum Erwerb der erweiterten Kompetenzen führt,“ eingefügt.*

*b) In Satz 7 wird nach den Wörtern „auch auf die mit der“ das Wort „zusätzlichen“ eingefügt.*

*c) Die folgenden Sätze werden angefügt:*

*„Abweichend von Satz 5 kann der Gemeinsame Bundesausschuss für die Tätigkeiten, die er in der Richtlinie nach § 63 Absatz 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegt hat, für die zusätzliche Ausbildung standardisierte Module entwickeln, die vom Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend auch ohne Vorliegen eines vereinbarten Modellvorhabens nach § 63 Absatz 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genehmigt werden können. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat vor seiner Entscheidung pflegewissenschaftlichen und pfledepädagogischen Sachverständigen hinzuzuziehen sowie der Bundesärztekammer und den maßgeblichen Verbänden der Pflegeberufe Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die Genehmigung der standardisierten Module nach Satz 8 erfolgt einmalig; Änderungen bedürfen einer erneuten Genehmigung.“*

#### **a) Gewünschte Änderung**

keine

#### **b) Begründung**

Die Inhalte beziehen sich insgesamt auf die zeitlich befristeten Erprobung von Ausbildungsangeboten, die der Weiterentwicklung der nach diesem Gesetz geregelten Berufe im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V dienen. Zweck ist die Erprobung der Übertragung bestimmter ärztlicher Tätigkeiten (Substitution). Hingewiesen werden muss in diesem Zusammenhang auf die Situation, dass bisher keine konkreten Modellvorhaben vereinbart werden konnten, da sich bestehende sachliche und gesetzliche Hindernisse hier kontraproduktiv auswirken. Dies betrifft u.a. fehlende Ausbildungscurricula, die zwangsläufig zu einem Mangel an geeigneten bzw. qualifizierten Pflegefachkräften führen und die fehlende Möglichkeit der Einbeziehung berufserfahrener Pflegefachkräfte. Anzumerken ist ergänzend, dass es neben den hier angedachten Verbesserungen Anliegen aller beteiligten Akteure sein muss, schnellstmöglich Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V als Grundlage auf den Weg zu bringen, um perspektivisch mittels regelhafter Substitution bestimmter ärztlicher Tätigkeiten auf Angehörige der Pflegefachberufe eine zeitgemäße Strategie für die langfristige Sicherstellung der Versorgung der Patientinnen und Patienten zu finden, so wie es der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen bereits 2007 vorgeschlagen hat.

zu a und b) Es ist zu begrüßen, dass mit der vorgenommenen Änderung in Satz 4 konkretisiert wird, dass eine Ausbildung nach dem Krankenpflegegesetz, welche dem Erwerb zusätzlicher Kompetenzen dient, welche zur Durchführung heilkundlicher Aufgaben berechtigt, auch an Hochschulen abgeleistet werden kann. Gleiches gilt für die Konkretisierung in Satz 7, mit der sich entsprechend die staatliche Prüfung auch auf die erweiterten Kompetenzen bezieht.

zu c) Zu begrüßen ist, dass für die modellhaft übertragbaren ärztlichen Tätigkeiten, welche mit der Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V festgelegt wurden, zusätzliche standardisierte Ausbildungsmodulare entwickelt werden können. Zu begrüßen ist in diesem Zusammenhang auch, dass hinsichtlich der standardisierten Module für die Ausbildung im Zusammenhang mit den Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V für die Angehörigen der Gesundheits- und Altenpflegeberufe pflegewissenschaftlicher und pflegepädagogischer Sachverstand hinzuzuziehen ist sowie der Bundesärztekammer und den Verbänden der Pflegeberufe die Gelegenheit zur Stellungnahme eingeräumt wird.

## **Nr. 2 (Dauer und Struktur der Ausbildung)**

*Nach Absatz 7 wird folgender Absatz 8 angefügt:*

*„(8) Absatz 7 gilt entsprechend für Personen, die bereits zur Führung der Berufsbezeichnung nach § 1 Absatz 1 Satz 1 dieses Gesetzes berechtigt sind.“*

### **a) Gewünschte Änderung**

keine

### **b) Begründung**

Es ist zu begrüßen, dass mit dem neuen Absatz 8 Personen in das Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V einbezogen werden können, die bereits über eine abgeschlossene Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege oder der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege verfügen.

## **Artikel 10 – Änderung des Altenpflegegesetzes**

*§ 4 des Altenpflegegesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. August 2003 (BGBl. I S. 1690), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 13. März 2013 (BGBl. I S. 446) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:*

### **Nr. 1 (Ausbildungsdauer; Ausbildungsort)**

*1) Absatz 7 wird wie folgt geändert:*

- a) In Satz 5 wird nach den Wörtern „auch auf die mit der“ das Wort „zusätzlichen“ eingefügt.*
- b) In Satz 6 wird nach den Wörtern „nach Satz 1“ ein Komma und werden die Wörter „die zum Erwerb der erweiterten Kompetenzen führt,“ eingefügt.*
- c) Die folgenden Sätze werden angefügt:  
„Abweichend von Satz 3 kann der Gemeinsame Bundesausschuss für die Tätigkeiten, die er in der Richtlinie nach § 63 Absatz 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegt hat, für die zusätzliche Ausbildung standardisierte Module entwickeln, die vom Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit auch ohne Vorliegen eines vereinbarten Modellvorhabens nach § 63 Absatz 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genehmigt werden können. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat vor seiner Entscheidung pflegewissenschaftlichen und pflegepädagogischen Sachverstand hinzuzuziehen sowie der Bundesärztekammer und den maßgeblichen Verbänden der Pflegeberufe Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die Genehmigung der standardisierten Module nach Satz 8 erfolgt einmalig; Änderungen bedürfen einer erneuten Genehmigung.“*

#### **a) Gewünschte Änderung**

keine

#### **b) Begründung**

Diese Änderung korrespondiert mit den geplanten Änderungen im Krankenpflegegesetz (vgl. Ausführungen zu Artikel 9) und ist folgerichtig, da die Erprobung der Übertragung bestimmter ärztlicher Tätigkeiten (Substitution) mit dem Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V auch das Berufsbild der Altenpflege abbilden muss.

### **Nr. 2 (Ausbildungsdauer; Ausbildungsort)**

*Folgender Absatz 8 wird angefügt:*

*„(8) Absatz 7 gilt entsprechend für Personen, die bereits zur Führung der Berufsbezeichnung nach § 1 Satz 1 berechtigt sind.“*

#### **a) Gewünschte Änderung**

keine

#### **b) Begründung**

Diese Änderung korrespondiert mit den geplanten Änderungen im Krankenpflegegesetz (vgl. Ausführungen zu Artikel 9) und ist folgerichtig. Es ist zu begrüßen, dass mit dem neuen Absatz 8 Personen in das Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V einbezogen werden können, die bereits über eine abgeschlossene Ausbildung in der Altenpflege verfügen.

## **Artikel 13**

### **Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung**

*Der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch Artikel 15 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I. S. 1133) geändert worden ist, wird folgender Neunter Abschnitt angefügt:*

*„Neunter Abschnitt*

*Aufbringung der Finanzmittel für den Innovationsfonds bei den Krankenkassen*

*§ 44*

*Aufzubringende Mittel der Krankenkassen für den Innovationsfonds*

*(1) 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 Summe der nach § 30 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 von den Krankenkassen übermittelten Versicherungszeiten aller Krankenkassen teilt und danach das Ergebnis mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse vervielfacht.*

*(2) Das Bundesversicherungsamt hat für jede Krankenkasse das Ergebnis nach Absatz 1 von den Zuweisungen an die Krankenkasse nach § 266 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für das jeweilige Jahr abzusetzen. Die §§ 39 und 41 gelten entsprechend.“*

#### **a) Gewünschte Änderung**

Verzicht auf die Einführung des § 44 RSAV.

#### **b) Begründung**

Der BKK Dachverband lehnt die im Gesetzentwurf vorgesehene Form der Verwaltung des Innovationsfonds, insbesondere die Regelungen zu den Mittelzu- und -abflüssen, grundsätzlich ab. Würde die Mittelverwaltung nicht beim BVA, sondern beim GKV-SV in der vorgeschlagenen Form durchgeführt werden, so wäre eine entsprechende Ergänzung der RSAV nicht erforderlich.

Sollte die Verwaltung des Innovationsfonds durch das BVA tatsächlich umgesetzt werden, müsste aus Sicht des BKK Dachverbandes zumindest sichergestellt werden, dass die Finanzierung der 150 Mio. € durch die Krankenkassen auch über die Zahl der Mitglieder in der GKV und den Einzelkassen erfolgt. Dies ist sachgerecht, weil der Finanzierungsanteil der Krankenkassen nicht über die Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds gedeckt ist und somit grundsätzlich über den kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz mitfinanziert werden muss. Dieser wird je Mitglied und nicht je Versicherten erhoben.

Für den Fall, dass doch eine Finanzierung je Versicherten erfolgen soll, damit gewährleistet ist, dass die einzelnen Krankenkassen entsprechend der bei Ihnen versicherten Personen an der Finanzierung beteiligt werden, muss eine Gewichtung des Finanzierungsbetrags je Versicherten mit dem kassenindividuellen Risikofaktor des Morbi-RSA erfolgen, damit auch die entsprechende Struktur der Versicherten im Zusammenhang mit den Zuweisungen des Gesundheitsfonds Berücksichtigung findet.

Die Finanzierung sollte zudem über eine viertel- oder halbjährliche Sonderumlage entsprechend des Bedarfs durch konkret genehmigte Projekte erfolgen. Auch sollte die Umlage von den Krankenkassen erst dann erhoben werden, wenn die 150 Mio. Euro aus der Liquiditätsreserve aufgebraucht sind, um die Liquiditätssituation der Krankenkassen nicht unnötig zu belasten.

## **Artikel 14**

### **Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte**

*Die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 4a des Gesetzes vom 20. Februar 2013 (BGBl. I S. 277) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:*

1. Dem § 24 Absatz 7 wird folgender Satz angefügt:

*„Entsprechendes gilt für die Verlegung einer genehmigten Anstellung.“*

2. Dem § 32 Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

*„In den Fällen der Beschäftigung eines Assistenten im Rahmen der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin hat die Kassenärztliche Vereinigung im Verteilungsmaßstab nach § 87b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festzulegen, in welchem Umfang abweichend von Satz 1 und § 87b Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eine Vergrößerung der Kassenpraxis zulässig ist; bei der Festlegung ist insbesondere der von der Praxis zu zahlende Anhebungsbetrag nach § 75a Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu berücksichtigen.“*

3. Dem § 32b werden die folgenden Absätze 6 und 7 angefügt:

*„(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) § 26 gilt entsprechend.“*

4. Dem § 46 wird folgender Absatz 4 angefügt:

*„(4) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 werden in Verfahren, die eine Tätigkeit in Gebieten betreffen, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 100 Absatz 1 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getroffen hat, keine Gebühren erhoben. Dies gilt nicht für Anträge nach Absatz 1 Buchstabe a. Der Zulassungsausschuss kann von der Erhebung von Gebühren auch absehen oder diese reduzieren, wenn dies aus Versorgungsgründen angezeigt ist. Bei der Nachbesetzung einer genehmigten Anstellung sind die Gebühren nach den Absätzen 1 und 2 um 50 Prozent zu reduzieren.“*

#### **a) Gewünschte Änderung**

keine

**b) Begründung**

Die Vorschrift, dass Anträge auf Verlegung des Praxissitzes nur zu genehmigen sind, wenn Versorgungsgesichtspunkte dem nicht entgegenstehen, wird nun auch auf die Verlegung genehmigter Anstellungen bezogen. Damit erhalten medizinische Versorgungszentren (MVZ) die Möglichkeit, Anstellungsgenehmigungen in ein anderes MVZ (in gleicher Trägerschaft) zu verlagern. Dies wird begrüßt.

Weitere Flexibilisierungen im Rahmen der Zulassungsverordnung betreffen Anstellungsverhältnisse, für die nun ebenfalls Vertretungs- und Ruhensregelungen angewandt werden können. Auch dies ist im Sinne einer Gleichstellung von MVZ zu begrüßen.

## **Weiterer Änderungsbedarf**

### **1. Änderungsbedarf**

#### **§ 256 SGB V (Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen)**

##### **a) Gewünschte Änderung**

Streichung § 256 Absatz 4 SGB V: „Zahlstellen, die regelmäßig an weniger als 30 beitragspflichtige Mitglieder Versorgungsbezüge auszahlen, können bei der zuständigen Krankenkasse beantragen, dass das Mitglied die Beiträge selbst zahlt.“

##### **b) Begründung**

Nach § 256 Abs. 4 SGB V können Zahlstellen, die regelmäßig an weniger als 30 beitragspflichtigen Mitglieder Versorgungsbezüge auszahlen, bei der zuständigen Krankenkasse beantragen, dass das Mitglied die Beiträge selbst zahlt. Der Antrag ist bei jeder beteiligten Krankenkasse zu stellen.

Diese Regelung ist nicht mehr zeitgemäß. Bei dem heutigen technischen Standard kann jeder Zahlstelle die Teilnahme am Zahlstellenverfahren zugemutet werden, so dass die Aufrechterhaltung dieses Sonderweges nichtmehr gerechtfertigt ist. Die Aufhebung dieser Sonderregelung würde bei den Krankenkassen zu spürbaren Erleichterungen führen, da der mit der Selbstzahlung der Versorgungsbezüge durch die jeweiligen Mitglieder verbundene Verwaltungsaufwand entfielen.

Hierbei handelt es sich um einen GKV-weit konsentierten Vorschlag, der auch vom GKV-SV mitgetragen wird.

## 2. Änderungsbedarf

### Änderung Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)

#### a) Gewünschte Änderung

§ 17 c wird wie folgt geändert:

Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 7 wird das Wort „entscheidet“ durch „schlichtet“ ersetzt.
- b) Die Sätze 10 und 11 werden gestrichen.

Absatz 4b wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden die Wörter „und der Schlichtungsausschüsse nach Absatz 4“ gestrichen.
- b) Folgender Satz wird angefügt: „ Der Sozialrechtsweg ist nach Durchführung des Schlichtungsverfahrens nach Absatz 4 Satz 1 gegeben, die Klage richtet sich gegen die jeweils andere Vertragspartei nach Absatz 4 Satz 2.“

#### b) Begründung:

Die im Rahmen des Beitragsschuldengesetzes getroffenen Neuregelungen sehen u.a. die Errichtung von Landesschlichtungsausschüssen vor. Diese sollen zur Überprüfung der Ergebnisse der Einzelfallprüfung nach § 275 Abs. 1c SGB V angerufen werden können. Bereits in der Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum GKV-FQWG wurde auf die erheblichen Umsetzungsschwierigkeiten hingewiesen. Im weiteren Verlauf begannen die Länder Vereinbarungen zur Errichtung der Landesschlichtungsausschüsse zu schließen oder haben Unterschriftenverfahren eingeleitet. Ein Urteil des Bundessozialgerichtes (AZ: B 3 KR 7/14 R) vom 08. Oktober 2014 stuft im Terminbericht vom 09. Oktober 2014 (Nr. 44/14) die Entscheidungen der Landesschlichtungsausschüsse als Verwaltungsakte und den Schlichtungsausschuss selbst als Behörde ein. Die Vereinfachung des Verfahrens und die Reduktion von Verfahrenskosten, wie vom Gesetzgeber gewollt, werden hierdurch verhindert. Ein sich anschließendes Klageverfahren wäre gegen den Schlichtungsausschuss selbst zu richten und nicht gegen die Parteien des Verfahrens. Das Schlichtungsverfahren soll jedoch einen „letzten“ Versuch zur Einigung vor Anrufung der Gerichte darstellen und ist als solches geprägt von der Suche nach Kompromisslösungen. Eine gesondert zu beklagende Entscheidung in verwaltungsverfahrenrechtlichem Sinne soll der Schlichtungsausschuss insoweit nicht treffen. Vielmehr kann das Ziel, die Sozialgerichte zu entlasten, nur dann nachhaltig erreicht werden, wenn eine Einigung vor der Anrufung der Gerichte auf Basis einer ausgleichenden Schlichtungsempfehlung durch die Parteien selbst erfolgt und nicht als Entscheidung von einer dritten Instanz vorgegeben wird.

Aufgrund des o.g. veröffentlichten Terminberichts stagniert der Abschluss der Vereinbarungen. Um den Abschluss der Vereinbarungen auf Landesebene nicht zu gefährden und um schnellstmögliche Arbeitsfähigkeit der Landesschlichtungsausschüsse zu gewährleisten, ist die Änderung in § 17c KHG notwendig.

Zudem sind in § 17c Abs. 4 KHG die Sätze 10 und 11 zu streichen. Die Schiedsstelle ist sowohl personell als auch fachlich nicht in der Lage, die Aufgaben der Landesschlichtungsausschüsse zu übernehmen. Die bisherige Regelung ist folglich nicht umsetzbar.

### **3. Änderungsbedarf**

#### **§ 284 SGB V (Sozialdaten bei den Krankenkassen)**

Nach § 284 Absatz 4 SGB V wird ein neuer Absatz 5 eingefügt:

##### **a) Gewünschte Änderung**

„(5) Die Krankenkassen und ihre Verbände dürfen die für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs aufgrund der von § 266 Abs. 7 SGB V erlassenen Rechtsverordnung erhobenen Daten über die Regelungen dieser Rechtsverordnung hinaus verarbeiten und nutzen, soweit dies für die Erfüllung der Auskunftspflichten nach § 172 Absatz 2 Satz 1 erforderlich ist.“

##### **b) Begründung**

Gestützt auf § 172 Absatz 2 Satz 1 haben die Betriebskrankenkassen ein gemeinsames Verfahren zum Finanzcontrolling und zur Haftungsprävention eingeführt. Dieses Verfahren wurde mit Zustimmung der Landesaufsichten in gleichlautenden Satzungsregelungen aller BKK Landesverbände niedergelegt. Damit ist bereits seit mehreren Jahren ein bundesweit einheitliches Vorgehen auf Basis valider Informationen gewährleistet. Ziel dieses Verfahrens ist es, finanzielle Risiken der Mitgliedskassen der BKK Landesverbände frühzeitig zu erkennen, finanzielle Belastungen aus der Schließung, Auflösung oder Insolvenz von Betriebskrankenkassen zu vermeiden und damit Schäden vom Haftungsverbund abzuwenden. Zur Durchführung des Finanzcontrollings sehen die einschlägigen Satzungsregelungen der BKK Landesverbände unter anderem die Heranziehung der RSA-Satzarten vor. Diese sind für die im Rahmen der Haftungsprävention notwendigen Finanzprognosen und die in die Zukunft gerichtete Beurteilung der dauerhaften Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse unabdingbar.

Mit Schreiben vom 12.08.2013 hat das BVA die seiner Aufsicht unterstehenden Betriebskrankenkassen aufgefordert, die regelhafte Übermittlung der RSA-Satzarten an die Landesverbände einzustellen, weil die Nutzung der RSA-Satzarten für das Finanzcontrolling und die Haftungsprävention nach seiner Einschätzung nicht zulässig sei. Damit greift die aus § 172 Absatz 2 Satz 1 resultierende Verpflichtung zur Durchführung eines Finanzcontrollings, die mit den entsprechenden Satzungsregelungen der BKK Landesverbände konkretisiert wurde, nicht mehr.

Für eine Prognose der Entwicklung der Einnahmen reicht es nicht aus, sich ausschließlich auf die Haushaltsdaten der Krankenkassen sowie die Bescheide des BVA zum Gesundheitsfonds zu stützen. Gerade bei der Schätzung der Einnahmen vor und während eines Haushaltsjahres gibt es wesentliche Bewertungsspielräume. Vielmehr ist eine in die Zukunft gerichtete Bewertung der Haushaltsdaten mit Hilfe der Satzarten aus dem Morbi-RSA eine Voraussetzung für die frühzeitige Erkennung von Haftungsrisiken. Im Hinblick auf den Schutz personenbezogener Daten kann festgehalten werden, dass die Krankenkassenverbände nicht im Besitz des Pseudonymisierungsschlüssels sind, der für eine Re-Pseudonymisierung der Satzarten erforderlich wäre. Insofern ist die Herstellung eines Personenbezugs innerhalb der Satzarten aus dem Morbi-RSA für die Krankenkassenverbände nicht möglich.

Um zu gewährleisten, dass die bewährten Verfahren zum Finanzcontrolling und zur Haftungsprävention innerhalb des BKK Systems rechtssicher fortgesetzt werden können, ist deshalb die gewünschte Änderung erforderlich.

## 4. Änderungsbedarf

### RSAV

Zu § 3 Abs. 7 Satz 3 RSAV

*„Zu einer längeren Aufbewahrung ist eine Krankenkasse nur verpflichtet und berechtigt, wenn das Bundesversicherungsamt im Einzelfall feststellt, dass die weitere Aufbewahrung zur Durchführung von Korrekturen der gemeldeten Daten erforderlich ist; in diesem Fall sind die Daten nach zwölf Jahren zu löschen.“*

und

zu § 30 Abs. 2 Satz 6 RSAV

*„Die Krankenkassen sind verpflichtet, alle im Rahmen der Durchführung des Risikostrukturausgleichs maschinell erzeugten Datengrundlagen sowie die gesamte Dokumentation aller Korrekturmeldungen für die Datenmeldungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 6 sowie Nummer 8,9 und 11 in Verbindung mit Absatz 4 sowie die diesen Meldungen zugrunde liegenden, bei den Krankenkassen rechtmäßig gespeicherten Daten sechs Jahre lang reversionssicher und nachprüfbar zu speichern und aufzubewahren; § 3 Absatz 7 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.“*

#### a) Gewünschte Änderungen

§ 3 Abs. 7 Satz 3 RSAV wird gestrichen. In § 30 Abs. 2 Satz 6 RSAV werden nach „...§ 3 Absatz 7 Satz 2“ die Worte „und 3“ gestrichen.

#### b) Begründung

Die Regelung ist veraltet, denn sie stammt noch aus dem Alt-RSA und war gedacht für etwaige Korrekturen von Satzarten der Versicherungszeiten und später auch des Risikopools. Beide Satzarten sind heute nicht mehr existent und wurden von den Meldungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs abgelöst. Aus der Begründung der 5. RSAV-Änderungsverordnung vom 4. Dezember 2002, wonach diese Regelung eingeführt wurde, ist folgendes angeführt:

*„Diese Vorschrift stellt klar, dass die in Satz 1 genannte Aufbewahrungsfrist von der Krankenkasse grundsätzlich weder über- noch unterschritten werden darf. Zu einer Verlängerung der Aufbewahrungsfrist kann es nur in vom Bundesversicherungsamt jeweils festzustellenden Ausnahmefällen kommen. Diese Feststellung kann durch das Bundesversicherungsamt jedoch nur getroffen werden, wenn es hierfür sachliche Gründe, wie z.B. Unplausibilitäten in dem zuletzt erhobenen Korrekturjahr, gibt, die eine Korrektur der gemeldeten Daten erforderlich machen. Durch die Änderung wird eine Vereinfachung und Vereinheitlichung des Verfahrens erreicht.“*

Parallel zu der damaligen Einführung wurde auch das Korrekturverfahren der Versicherungszeiten erweitert. Die Korrekturen wurden auf das erste und das fünfte vor dem Berichtsjahr liegende Jahr ausgedehnt. In Ausnahmefällen wurde sogar eine Korrektur für Ausgleichsjahre, die vor den fünf Jahren gelten, mit der 5. RSAV-Änderungsverordnung ermöglicht. Dadurch war es theoretisch denkbar, dass etwaige Meldungen und die dazugehörigen Daten der Versicherungszeiten durch die damals geltenden neun Jahre nicht abgedeckt waren. Die Korrekturen des Alt-RSA und damit auch die Prüfung nach §15a RSAV wurde mit der 24. RSAV-Änderungsverordnung entsprechend zeitlich begrenzt.

„(2) Für Prüfungen bis zum Ausgleichsjahr 2008 ist § 15a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung anzuwenden. Korrekturen der Berichtsjahre bis einschließlich 2008 und die damit verbundenen Datenerhebungen sind ab dem 1. Januar 2012 nicht mehr durchzuführen.“

Eine Anpassung im Rahmen des nun geltenden morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches fand bei der 24. RSAV-ÄnderV statt. In der Begründung zur Änderung des §30 Absatz 2 RSAV wird dazu wurde folgendes aufgeführt:

„Weiterhin ist zu beachten, dass sich an die Durchführung eines Jahresausgleichs durch das Bundesversicherungsamt Klageverfahren anschließen können, für deren Ausgang es wesentlich sein kann, dass Originaldaten noch vorliegen. Der Jahresausgleich 2009, dem die Morbiditätsinformationen des Jahres 2008 zugrunde liegen, wurde Ende 2011 korrigiert. Die Aufbewahrung für darüber hinausgehende drei Jahre erscheint angemessen, da früher nicht mit einem Abschluss etwaiger Klageverfahren zu rechnen ist. Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, die zum Teil kürzeren gesetzlichen Aufbewahrungszeiten insbesondere für die Abrechnungsunterlagen für die Zwecke des Risikostrukturausgleichs auf sechs Jahre zu verlängern.“

Der Verweis auf § 3 Absatz 7 Satz 2 (Beginn der Frist) und Satz 3 konterkariert die oben genannten Ausführungen.

Zudem ist die eigentliche Prüfung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs nach § 42 RSAV an strikte Fristen gebunden. Nur zu diesem Zweck werden die entsprechenden Originalunterlagen von den Kassen aufbewahrt. Eine Ausweitung dieser Aufbewahrungsfrist der entsprechenden Abrechnungsunterlagen und der Original Datengrundlagen über den zu erwartenden Prüfungszeitraum hinaus ist nicht nachvollziehbar. Insofern ist der Passus redaktionell anzupassen, da eine unnötige Verlängerung der Aufbewahrungsfrist unwirtschaftlich ist.

## 5. Änderungsbedarf

### RSAV

Zu § 39 Abs. 3 RSAV

*„Das Bundesversicherungsamt berechnet für das jeweilige Ausgleichsjahr für alle Krankenkassen jeweils*

*a) bis zum 15. April des Ausgleichsjahres,*

*b) bis zum 15. Oktober des Ausgleichsjahres sowie*

*c) bis zum 15. April des auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahres die vorläufige Höhe der Zuweisungen nach Absatz 2 neu unter Berücksichtigung der aktuellen Datenmeldung nach § 32 und teilt diese den Krankenkassen mit; im Fall von Buchstabe c ermittelt das Bundesversicherungsamt außerdem auf der Grundlage der aktuellen Vierteljahresrechnungen nach § 10 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung die zu erwartenden Daten nach § 41 Absatz 1 Satz 1 und den zu erwartenden Betrag nach § 41 Absatz 2 vorläufig neu.“*

#### **a) Gewünschte Änderungen**

Hinter „...die zu erwartenden Daten nach § 41 Absatz 1 Satz 1 ...“ wird „und 3“ ergänzt.

Am Satzende wird vor den Punkt die Formulierung „;im Fall von Buchstabe a ermittelt das Bundesversicherungsamt auf der Grundlage der letzten Jahresrechnung nach § 9 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung die zu erwartenden Krankengeldzuweisungen nach § 41 Absatz 1 Satz 3 und im Fall von Buchstabe b die zu erwartenden Krankengeldzuweisungen nach § 41 Absatz 1 Satz 3 auf der Grundlage der letzten Vierteljahresrechnungen nach § 10 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung neu“ angefügt.

#### **b) Begründung**

Durch die gewünschte Änderung wird sichergestellt, dass die Übergangsregelung für die Zuweisung für Krankengeld aus dem Gesundheitsfonds auch im Abschlagsverfahren Anwendung findet. Eine entsprechende Regelung ist erforderlich, da es aufgrund der im GKV-FQWG rückwirkend ab 2013 eingeführten Übergangsregelung Krankengeld im Abschlagsverfahren derzeit noch zu Diskrepanzen zum Schlussausgleich kommt. Die Veränderung im Bereich des Übergangsverfahrens Krankengeld wirkt aktuell nämlich erst zum Schlussausgleich, was eine Verzerrung der Liquiditätssituation bei den Krankenkassen zur Folge hat. Gleichwohl sind die Kassen verpflichtet, etwaige finanzielle Beträge im Rahmen der KV45 beziehungsweise KJ1 zu bilanzieren. Die vorgeschlagene Regelung führt nach Auswertungen des GKV-Spitzenverbandes zu einer deutlich verbesserten Zielgenauigkeit des Abschlagsverfahrens im Gesundheitsfonds.