

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**19(14)0053(2.1)**  
gel. VB zur öAnh am 16.1.2019 -  
TSVG  
4.1.2019



BUNDESVERBAND

**Stellungnahme des  
AOK-Bundesverbandes  
zur Anhörung des Gesundheitsausschusses  
am 16.01.2019**

**Zum Kabinettsentwurf eines Gesetzes für  
schnellere Termine und bessere Versorgung  
(Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG)**

**Bundestagsdrucksache 19/6337 vom 07.12.2018**

Stand 14.12.2018

AOK-Bundesverband  
Rosenthaler Straße 31  
10178 Berlin

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

## Inhaltsverzeichnis:

<b>I. Vorbemerkung .....</b>	<b>- 8 -</b>
<b>II. Stellungnahme zu den Regelungen des Kabinettentwurfs .....</b>	<b>- 12 -</b>
Artikel 1 Änderungen des V Buches Sozialgesetzbuch .....	- 12 -
Art. 1 Nr. 2 § 5 Abs. 2 Satz 3 SGB V Versicherungspflicht .....	- 12 -
Art. 1 Nr. 6 a) § 10 SGB V Familienversicherung .....	- 13 -
Art. 1 Nr. 6 b) § 10 SGB V Familienversicherung .....	- 14 -
Art. 1 Nr. 6 c) § 10 SGB V Familienversicherung.....	- 15 -
Art. 1 Nr. 7 § 13 Abs. 3a SGB V Kostenerstattung .....	- 16 -
Art. 1 Nr. 8 § 14 SGB V Teilkostenerstattung .....	- 17 -
Art. 1 Nr. 9 § 16 SGB V Ruhen des Anspruchs .....	- 18 -
Art. 1 Nr. 9 § 20j SGB V Einführung medikamentöser HIV- Präexposition- prophylaxe (PrEP).....	- 19 -
Art. 1 Nr. 10 § 27a SGB V Künstliche Befruchtung .....	- 22 -
Art. 1 Nr. 12 § 29 Abs. 5 neu SGB V Kieferorthopädie neu Mehrkosten .....	- 23 -
Art. 1 Nr. 13 § 31a SGB V Rechtsbereinigung beim Umsetzungsdatum des Medikationsplans .....	- 25 -
Art. 1 Nr. 17 § 39 SGB V Krankenhausbehandlung .....	- 26 -
Art. 1 Nr. 20 § 40 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation .....	- 27 -
Art. 1 Nr. 21 a § 44 SGB V Abs. 2 Krankengeld .....	- 28 -
Art. 1 Nr. 21 b § 44 SGB V, Abs. 2 Krankengeld .....	- 29 -
Art. 1 Nr. 22 § 46 SGB V Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld .....	- 31 -
Art. 1 Nr. 23 § 48 SGB V Dauer des Krankengeldes .....	- 33 -
Art. 1 Nr. 24 § 49 SGB V Ruhen des Krankengeldes.....	- 34 -
Art. 1 Nr. 25 § 50 SGB V Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes .....	- 35 -
Art. 1 Nr. 26 § 51 SGB V Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe .....	- 38 -
Art. 1 Nr. 28 § 57 SGB V Beziehungen zu Zahnärzten und Zahntechnikern..	- 39 -
Art. 1 Nr. 29 § 64a SGB V Modellvorhaben zur Arzneimittelversorgung .....	- 40 -
Art. 1 Nr. 30 § 64c SGB V Modellvorhaben zum Screening auf 4MRGN .....	- 41 -
Art. 1 Nr. 31 § 65c SGB V Klinische Krebsregister .....	- 42 -
Art. 1 Nr.: 32: § 67 SGB V Elektronische Kommunikation.....	- 43 -
Art. 1 Nr. 33 § 73 SGB V Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung .....	- 44 -
Art. 1 Nr. 34 § 73b SGB V Hausarztzentrierte Versorgung .....	- 45 -
Art. 1 Nr. 35 § 74 SGB V Stufenweise Wiedereingliederung.....	- 46 -
Art. 1 Nr. 36 a) § 75 SGB V Inhalt und Umfang der Sicherstellung .....	- 47 -
Art. 1 Nr. 36 b) § 75 SGB V Inhalt und Umfang der Sicherstellung .....	- 50 -
Art. 1 Nr. 36 c) § 75 SGB V Inhalt und Umfang der Sicherstellung .....	- 51 -
Art. 1 Nr. 37 § 75a SGB V Förderung der Weiterbildung .....	- 52 -
Art. 1 Nr. 42 § 85 SGB V Gesamtvergütung Zahnärzte .....	- 53 -

Art. 1 Nr. 43 Buchstabe a § 87 Abs.1 SGB V Elektronisches Genehmigungsverfahren.....	- 54 -
Art. 1 Nr. 43 Buchstabe b) § 87 Abs. 1c SGB V Gutachterverfahren MDK und Vertragsgutachten gleichrangig.....	- 55 -
Art. 1 Nr. 43 c § §87 Abs. 2 SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte.....	- 56 -
Art. 1 Nr. 43 d) § 87 Absatz 2b Satz 3 SGB V Zuschlagsregelungen für Neupatienten und erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins .....	- 58 -
Art. 1 Nr. 43 e) § 87 Absatz 2c Satz 2 SGB V Zuschlagsregelungen für Neupatienten und offene Sprechstunde .....	- 60 -
Art. 1 Nr. 43g § 87 Abs. 3b SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte.....	- 63 -
Art. 1 Nr. 43h § 87 Abs. 3d SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte.....	- 64 -
Art. 1 Nr. 43i § 87 Abs. 4 Satz 2 SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte.....	- 65 -
Art. 1 Nr. 43j § 87 Abs. 5a SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte.....	- 66 -
Art. 1 Nr. 43k § 87 Abs. 6 SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte.....	- 67 -
Art. 1 Nr. 44 a) § 87a Absatz 3 SGB V Neustrukturierung und Aufzählung von Leistungen, welche außerhalb der morbiditäts- bedingten Gesamtvergütung mit Preisen der Euro- Gebührenordnung zu vergüten sind .....	- 68 -
Art. 1 Nr. 44 b) § 87a Absatz 4 SGB V Ermittlung der Veränderung der Morbiditätsstruktur auf Grundlage der Behandlungsdiagnosen.....	- 71 -
Art. 1 Nr. 44 c) § 87a Absatz 5 SGB V Verweisänderungen; Regelungen zur Bereinigung von Kodiereffekten .....	- 72 -
Art. 1 Nr. 47 § 87e SGB V Kieferorthopädische Leistungen: Folgeänderung zur Mehrkostenregelung .....	- 74 -
Art. 1 Nr. 48 § 89a SGB V Schiedsamt, Verordnungsermächtigungen .....	- 75 -
Art. 1 Nr. 49 § 90 SGB V Landesausschüsse .....	- 79 -
Art. 1 Nr. 51 b) § 92 Abs. 6a SGB V Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses .....	- 80 -
Art. 1 Nr. 52 a) § 95 SGB V Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung-	82 -
Art. 1 Nr. 52 b) § 95 SGB V Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung-	86 -
Art. 1 Nr. 52 c) § 95 SGB V Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung-	88 -
Art. 1 Nr. 52 d) § 95 SGB V Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung-	89 -
Art. 1 Nr. 52 e) § 95 SGB V Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung-	90 -
Art. 1 Nr. 52 f) § 95 SGB V Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung -	92 -

Art. 1 Nr. 52 g) § 95 SGB V Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung- 93 -  
 Art. 1 Nr. 52 h) § 95 SGB V Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung- 94 -  
 Art. 1 Nr. 53 § 96 SGB V Zulassungsausschüsse ..... - 95 -  
 Art. 1 Nr. 54 § 101 SGB V Überversorgung ..... - 96 -  
 Art. 1 Nr. 55 a) § 103 SGB V Zulassungsbeschränkungen ..... - 98 -  
 Art. 1 Nr. 55 b) § 103 SGB V Zulassungsbeschränkungen ..... - 99 -  
 Art. 1 Nr. 55 c) § 103 SGB V Zulassungsbeschränkungen ..... - 100 -  
 Art. 1 Nr. 55 d) § 103 SGB V Zulassungsbeschränkungen ..... - 101 -  
 Art. 1 Nr. 55 e) § 103 SGB V Zulassungsbeschränkungen ..... - 103 -  
 Art. 1 Nr. 55 f) § 103 SGB V Zulassungsbeschränkungen ..... - 104 -  
 Art. 1 Nr. 56 a) § 105 SGB V Förderung der vertragsärztlichen Versorgung - 105 -  
 Art. 1 Nr. 56 b) § 105 SGB V Förderung der vertragsärztlichen Versorgung - 106 -  
 Art. 1 Nr. 56 c) § 105 SGB V Förderung der vertragsärztlichen Versorgung - 108 -  
 Art. 1 Nr. 56 d) § 105 SGB V Förderung der vertragsärztlichen Versorgung - 109 -  
 Art. 1 Nr. 56 e) § 105 SGB V Förderung der vertragsärztlichen Versorgung - 110 -  
 Art. 1 Nr. 57 §106 a SGB V Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen- 111 -  
 Art. 1 Nr. 58 §106 b SGB V Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher verordneter  
 Leistungen ..... - 112 -  
 Art. 1 Nr. 59 §106 d SGB V Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher verordneter  
 Leistungen ..... - 113 -  
 Art. 1 Nr. 60 § 114 SGB V Landesschiedsstelle ..... - 114 -  
 Art. 1 Nr. 61 § 115 SGB V Dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen  
 zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertrags-  
 ärzten..... - 115 -  
 Art. 1 Nr. 62 § 115b SGB V Ambulantes Operieren am Krankenhaus ..... - 116 -  
 Art. 1 Nr. 62 § 115b SGB V Ambulantes Operieren am Krankenhaus ..... - 117 -  
 Art. 1 Nr. 62 § 120 Absatz 3a Satz 1 SGB V Vergütung ..... - 118 -  
 Art. 1 Nr. 63 § 116b SGB V Ambulante spezialfachärztliche Versorgung .... - 119 -  
 Art. 1 Nr. 64 § 117 SGB V Hochschulambulanzen ..... - 120 -  
 Art. 1 Nr. 65 § 118 SGB V Psychiatrische Institutsambulanzen ..... - 121 -  
 Art. 1 Nr. 66 § 118a SGB V Geriatriische Institutsambulanzen..... - 122 -  
 Art. 1 Nr. 67 § 120 SGB V Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen . - 123 -  
 Art. 1 Nr. 69 § 129 SGB V – Beziehungen zu Apotheken und  
 pharmazeutischen Unternehmen ..... - 124 -  
 Art. 1 Nr. 70 § 130a Absatz 2 SGB V – Rabatte der pharmazeutischen  
 Unternehmer ..... - 125 -  
 Art. 1 Nr. 71 § 130b SGB V Arzneimittel - Verordnungsermächtigung ..... - 127 -  
 Art. 1 Nr. 72 § 132a SGB V Versorgung mit häuslicher Krankenpflege in  
 Verbindung mit Art. 1 Nr. 48 § 89 SGB V Schiedsamt,  
 Verordnungsermächtigungen ..... - 128 -  
 Art. 1 Nr. 73 § 132d SGB V Spezialisierte ambulante Palliativversorgung ... - 129 -  
 Art. 1 Nr. 74 § 132e Absatz 2 SGB V - Schutzimpfungen ..... - 131 -  
 Art. 1 Nr. 75 § 134a SGB V Versorgung mit Hebammenhilfe..... - 134 -  
 Art. 1 Nr.77 §137c SGB V Bewertung von Untersuchungs- und  
 Behandlungsmethoden im Krankenhaus..... - 135 -

Art. 1 Nr. 78 § 137e Absatz 4 Satz 5 SGB V Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden .....	136 -
Art. 1 Nr.78 § 137e SGB V Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden .....	137 -
Art. 1 Nr.79 § 137h SGB V Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse.....	140 -
Art. 1 Nr. 80 § 140a SGB V Besondere Versorgung .....	142 -
Art. 1 Nr. 73 § 197a SGB V Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen .....	143 -
Art. 1 Nr. 74 § 217 f SGB V Aufgaben des Spitzenverbandes Bund .....	144 -
Art. 1 Nr. 86 § 225 Satz 1 Nummer 1 und 3 SGB V Beitragsfreiheit bestimmter Rentenantragsteller .....	145 -
Art. 1 Nr. 89 § 237 Satz 3 SGB V Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtiger Rentner.....	146 -
Art. 1 Nr. 90 § 256 Absatz 1 Satz 1, Absatz 4 SGB V Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen.....	147 -
Art. 1 Nr. 91 § 274 SGB V Prüfung der Krankenkassen und ihrer Verbände -	148 -
Art. 1 Nr. 92 § 275 SGB V Begutachtung und Beratung .....	150 -
Art. 1 Nr. 95 § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7, 12 und 13 SGB V Sozialdaten bei den Krankenkassen .....	151 -
Art.1 Nr. 96: § 291a SGB V Elektronische Patientenakte.....	152 -
Art.1 Nr. 97: § 291b SGB V Gesellschaft für Telematik .....	154 -
Art. 1 Nr. 98 § 293 SGB V Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer .....	155 -
Art. 1 Nr. 99 § 295 Absatz 4 SGB V Vorgabe von verbindlichen Regelung zur Vergabe und Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren .....	156 -
Art. 1 Nr. 100 § 295a SGB V Abrechnung der im Rahmen von Verträgen nach § 73b und § 140a SGB V sowie vom Krankenhaus im Notfall erbrachten Leistungen .....	158 -
Art. 1 Nr. 101 § 299 SGB V Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung .....	159 -
Art.1 Nr. 102: § 305 SGB V Auskünfte an Versicherte.....	160 -
Art. 2 Nr. 1 § 49 SGB V Ruhen des Krankengeldes.....	161 -
Art. 2 Nr. 2 § 55 SGB V Anpassung der Festzuschüsse - Zahnersatz .....	162 -
Art. 2 Nr. 3 § 295 SGB V Übermittlungspflichten und Abrechnung ärztlicher Leistungen .....	163 -
Art. 3 Nrn. 1 bis 3: Bundesvertriebenengesetz (BVFG) – Leistungen bei Krankheit: Lohnersatzleistungen .....	165 -
Art. 3 Nr. 4: Bundesvertriebenengesetz (BVFG) – Leistungen bei Krankheit: Zuständigkeit für die Erbringung der Leistungen .....	166 -
Art. 3 Nr. 5: Bundesvertriebenengesetz (BVFG) – Leistungen bei Krankheit: Abschaffung der Erstattung der der Krankenkasse entstandenen Aufwendungen.....	167 -
Art. 3 Nr. 6: Bundesvertriebenengesetz (BVFG) – Leistungen bei Krankheit: Folgeregelung zur Aufhebung des Absatzes 7a .....	168 -

Art. 5 Änderung des Aufwendungsausgleichsgesetzes .....	- 169 -
Art. 5 § 11 Absatz 2 des Aufwendungsausgleichsgesetzes .....	- 169 -
Art. 6 Neuformulierung der Schiedsamtverordnung .....	- 170 -
Art. 8 Änderungen der Schiedsstellenverordnung .....	- 171 -
Art. 10 Nr. 2 § 18 SGB XI Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit-	172 -
Art. 10 Nr. 3 § 18a SGB XI Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflicht .....	- 173 -
Art. 10 Nr. 4 a) § 25 SGB XI Familienversicherung.....	- 174 -
Art. 10 Nr. 5 § 37 SGB XI Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen.....	- 175 -
Art. 10 Nr. 7 § 71 SGB XI Pflegeeinrichtungen Art. 10 Nr. 8 § 72 SGB XI Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag.....	- 176 -
Art. 10 Nr. 9 § 112a SGB XI Qualitätssicherung bei ambulanten Betreuungs- diensten, Übergangsregelung in Verbindung mit Art. 10 Nr. 11 § 118 Folgeänderung: Beteiligung von Interessen- vertretungen, Verordnungsermächtigung .....	- 178 -
Art. 10 Nr. 10 § 114a Absatz 3a SGB XI Durchführung der Qualitäts- prüfungen.....	- 179 -
Art. 10 Nr. 12 § 120 SGB XI Pflegevertrag bei häuslicher Pflege.....	- 180 -
Art. 11 Nr. 1 §13 Änderung des Arzneimittelgesetzes .....	- 181 -
Art. 11 Nr. 1. § 13 Abs. 2b Satz 1 SGB V Änderung des Transfusions- gesetzes .....	- 182 -
Art. 12 Änderung der Arzneimittelpreisverordnung Nr. II.3.7 § 2 - Arznei- mittelpreisverordnung.....	- 183 -
Art. 13 § 12a Änderung des Transfusionsgesetzes .....	- 184 -
Art. 15 Nr. 1 § 18 Ärzte-ZV Voraussetzungen für die Zulassung.....	- 185 -
Art. 15 Nr. 2 § 19 Ärzte-ZV Zulassung und Vertragsarztsitz .....	- 186 -
Art. 15 Nr. 3 a) § 19a Ärzte-ZV Zulassung und Vertragsarztsitz .....	- 187 -
Art. 15 Nr. 3 b) § 19a Ärzte-ZV Zulassung und Vertragsarztsitz .....	- 188 -
Art. 15 Nr. 3 c) § 19a Ärzte-ZV Zulassung und Vertragsarztsitz.....	- 189 -
Art. 15 Nr. 4 § 26 Ärzte-ZV Ruhen, Entziehen und Ende der Zulassung.....	- 190 -
Art. 15 Nr. 5 § 27 Ärzte-ZV Ruhen, Entziehen und Ende der Zulassung.....	- 191 -
<b>III. Ergänzender Änderungsbedarf.....</b>	<b>- 192 -</b>
Änderung § 35a Abs. 6 SGB V: Bewertung von Bestandsmarktarzneimitteln bei Zulassungserweiterungen .....	- 192 -
Art. 1 § 37 Absatz 1 SGB V Häusliche Krankenpflege.....	- 193 -
Art. 1 Nr. 55 a) (neu) § 103 SGB V 1 a (neu) Zulassungsbeschränkungen..	- 194 -
Art 1 § 65e SGB V Beatmungsregister .....	- 195 -
Änderung § 131 Absatz 4 SGB V: Frühzeitige Preistransparenz bei Influenza-Impfstoffen.....	- 197 -
Art. 1 § 284 SGB V Grundsätze der Datenverwendung .....	- 198 -
Art. 3 § 11 Abs. 7 Satz 2 BVFG: .....	- 200 -
Art 10 § 7 SGB XI Aufklärung, Auskunft .....	- 201 -
Art. 10 § 18 Absatz 6 SGB XI Verfahren zur Feststellung der Pflegebe- dürftigkeit .....	- 202 -

Art. 10 § 72a SGB XI: Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag - Transparenz zu neuen Wohnformen .....	- 203 -
Art 10 § 105 SGB XI Abrechnung pflegerischer Leistungen und § 302 SGB V Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer .....	- 204 -



## I. Vorbemerkung

Mit dem vorgelegten Gesetz für schnellere Termine und eine bessere Versorgung will der Gesetzgeber allen Bürgern einen gleichwertigen Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung ermöglichen und diese stärken. Gesetzlich Versicherte sollen nicht länger auf Termine warten als die der privaten Krankenversicherung. Das schließt auch eine bessere Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen ein. Das Anliegen soll durch Regelungen zur Digitalisierung im Gesundheitswesen unterstützt werden. Ebenfalls stellt das Gesetz weitere Verbesserungen in der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung in Aussicht. Die grundsätzlichen Zielsetzungen werden von der AOK-Gemeinschaft ausdrücklich unterstützt. Die Sicherstellung einer guten gesundheitlichen Versorgung muss für alle Menschen im Gesundheitswesen gewährleistet sein.

Für die AOK-Gemeinschaft bedeutet das, den Patienten in den Mittelpunkt der Versorgung zu stellen. Der Gesetzgeber ist gefordert, die Grundlagen zu schaffen, um Sektorengrenzen abzubauen und auch die Verantwortung der Professionen im Gesundheitswesen an die neuen Anforderungen anzupassen. Versorgung muss in den Regionen mit den spezifischen Rahmenbedingungen durch die dort verantwortlichen Akteure gestaltet werden.

Statt die gesetzlichen Grundlagen für eine innovative, qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Versorgung auf den Weg zu bringen, sollen die Probleme ineffizienter Strukturen durch weitere kleinteilige Regelungen, Eingriffe in die Selbstverwaltung und zusätzliche Finanzmittel immer weiter staatlich reglementiert werden.

Das durchaus erkennbare versorgungspolitische Ansinnen muss daher an einigen Stellen deutliche Nachbesserungen erfahren, wenn die gewünschte Wirkung erreicht bzw. Unwirtschaftlichkeiten vermieden werden sollen. So ist es durchaus begrüßenswert, wenn das Sprechstundenangebot ausgebaut, die Aufgaben der Terminservicestellen ausgeweitet, der hausärztliche Versorgungsauftrag klargestellt oder die ländliche Versorgung gestärkt werden sollen. Allerdings muss der Strategieanfälligkeit der geplanten Maßnahmen entgegengewirkt werden. Anreize können heute schon im Rahmen der zur Verfügung gestellten Honorarmittel und des Sicherstellungsauftrages gesetzt werden.

Zusätzliche Finanzmittel für Vertragsärzte sind aus Sicht der AOK-Gemeinschaft nicht zu rechtfertigen und den Beitragszahlern auch nicht zu vermitteln, wenn sie lediglich Organisationsprobleme innerhalb der Ärzteschaft beheben sollen. Besonders kritisch werden zusätzliche Vergütungsregelungen für schon jetzt bestehende Behandlungspflichten eines Arztes gesehen, wie die Absicherung von Diagnostik und Therapie durch mitbehandelnde Kollegen oder eine zeitnahe Versorgung von akuten Erkrankungen, die im Rahmen der Patientensicherheit sicherzustellen sind. Zusätzliche Mittel müssen mit einer nachweislichen Verbesserung der Qualität der Versorgung verknüpft werden. Daher muss durch eine zeitnahe Evaluation festgestellt werden, ob diese Maßnahmen auch die gewünschte Wirkung entfalten und die weiteren Finanzmittel tatsächlich zu einer besseren Erreichbarkeit für die GKV-Patientinnen und Patienten führen.

### *Versorgung im ländlichen Raum*

Die Gesundheitsversorgung der Menschen im ländlichen Raum bedarf auch aus Sicht der AOK-Gemeinschaft einer weiteren Förderung. Allerdings erscheint es zweifelhaft, ob die geplante Erweiterung und Flexibilisierung der Sicherstellungsinstrumente in ländlichen unterversorgten Regionen zielführend sind. Anstatt die Handlungsmöglichkeiten



der Leistungserbringer wie auch der KV auszubauen und Krankenkassen in ihren Beteiligungsrechten zu beschneiden, sollte man wirksame Instrumente etablieren, um Überversorgung gezielt abbauen zu können, zum Beispiel, indem den Landesausschüssen das Recht eingeräumt wird, zum Zweck einer gleichmäßigeren Versorgung, für einzelne Arztgruppen Planungsbereiche bereits vor Erreichung der Zulassungssperre für neue Zulassungen zu schließen. Damit kann eine Versorgungssteuerung in Richtung weniger gut versorgter Bereiche erfolgen.

Das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) ist aus Sicht der AOK-Gemeinschaft eine Unternehmensform mit viel Potenzial für die Organisation ärztlicher Arbeit – auch im Hinblick auf die Versorgung des ländlichen Raums. MVZ ermöglichen Kooperation in der ambulanten Versorgung und bieten Arbeitsbedingungen, die vor allem junge Ärzte und Ärztinnen schätzen. Jedoch zeigen sich Fehlentwicklungen, die die Vorzüge konterkarieren. Trägerstrukturen bleiben oft intransparent, damit wächst das Misstrauen in die Unabhängigkeit ärztlicher Tätigkeit. Um bestehende Interessenskonflikte aufzudecken, müssen die Eigentümerstrukturen bei der Zulassung verpflichtend offengelegt werden, insbesondere dann, wenn die Träger auch finanzielle Interessen mit Produkten verbinden, die in den Praxen eingesetzt, veranlasst oder verordnet werden. Beispiele hierfür sind Onkologische MVZ, die ihre Chemotherapien aufgrund der Trägerverflechtungen bei bestimmten Apotheken oder Herstellungsbetrieben beziehen müssen, Radiologische Praxen beim Einkauf von Kontrastmitteln etc. Hierfür müssen die Zulassungsausschüsse erweiterte Prüfrechte erhalten. Die Gründung von MVZ durch Krankenhäuser sollte sich vor allem auf regional und am Versorgungsauftrag des Krankenhauses orientierte MVZ konzentrieren. Weiterhin muss die regionale Dominanz einzelner Träger verhindert werden, um die Anbietervielfalt und echte Patientenwahlrechte zu erhalten.

Die obersten Landesbehörden sollen zukünftig nicht nur die Rechtsaufsicht ausüben, sondern aktiv in die Sicherstellung der Versorgung und die Entscheidungen der gemeinsamen Selbstverwaltung eingreifen bzw. auf diese übergehen. Mit der Erweiterung der Zuständigkeiten entsteht ein Interessenskonflikt. Die Aufgaben der Selbstverwaltung werden beschnitten, obwohl diese in der Finanzierungsverantwortung steht. Damit wird ein reines Privileg der Landesbehörden unter Umgehung aller Regelungsebenen, die für die gemeinsame Selbstverwaltung nach dem SGB V verpflichtend sind, geschaffen.

Die AOK lehnt ebenfalls den ordnungspolitisch außergewöhnlich großen Eingriff in Regelungsbefugnisse der gemeinsamen Selbstverwaltung ab, nach der alle Zulassungssperren für drei Arztgruppen bzw. eine Subgruppe aufgehoben und diese damit weder versorgungspolitisch noch in anderer Weise nachvollziehbar gegenüber allen anderen Arztgruppen privilegiert werden. Es ist nicht nachvollziehbar, warum ausgerechnet für Arztgruppen mit Nachwuchsproblemen Regelungen geschaffen werden, von denen insbesondere gut versorgte Regionen profitieren werden.

### *Reform der Konfliktlösungsinstanzen in der gemeinsamen Selbstverwaltung*

Mit dem TSVG sollen die Schiedsämter in der gemeinsamen Selbstverwaltung neu strukturiert werden. Zusätzliche sektorenübergreifende Instanzen werden geschaffen. Die systematische Überarbeitung und die Neuregelung sind grundsätzlich sinnvoll. Allerdings führt die vorgesehene Stimmenverteilung dazu, dass die Leistungserbringerseite die Entscheidungen strukturell dominieren kann. Insbesondere in Vergütungsfragen wird der Selbstbedienung Tür und Tor geöffnet. Dies sind keine guten Voraussetzungen für eine lösungsorientierte Arbeit der gemeinsamen Selbstverwaltung auf dem wichtigen Feld der sektorübergreifenden Versorgung. Die Stimmenzahl der Krankenkassenseite muss deshalb der gemeinsamen Stimmenzahl der Leistungserbringer entsprechen.

### *Kodierrichtlinien*

Begrüßt wird, dass durch einheitliche und verbindliche Vorgaben gewährleistet werden soll, dass dieselben Behandlungsanlässe in allen Regionen, Einrichtungen und Praxen gleich kodiert werden und die Manipulationsresistenz gestärkt wird. Allerdings ist die für die Kassenärztliche Bundesvereinigung vorgesehene Zertifizierungsrolle insbesondere im Verhältnis zu den ggf. konkurrierenden Anbietern der Software in der Hausarztzentrierten Versorgung und der Krankenhausinformationssysteme klarzustellen.

### *Elektronische Patientenakte*

Die AOK-Gemeinschaft begrüßt den gesetzlichen Auftrag, die elektronische Patientenakte (ePA) im Wettbewerb nun zeitnah auf den Weg bringen zu können. Es war überfällig, dass Versicherte direkt auf ihre Daten zugreifen können und entscheiden, wer diese einsehen kann. Folgerichtig ist, dass auch die Unterscheidung zwischen Patientenakte und -fach entfällt. Die Forderung der AOK, die Versicherten in die elektronische Kommunikation einzubeziehen, wurde im Kabinettsentwurf berücksichtigt.

Um den Prozess der Digitalisierung voranzubringen ist zu überlegen, ob die bisher etwas schwerfällige Rolle der Gesellschaft für Telematik (gematik) neu im Sinne einer Netzentur definiert wird. Sie sollte sich dabei auf die Sicherstellung der Interoperabilität und die Einhaltung der grundlegenden Infrastruktur fokussieren. Vernetzte digitale Anwendungen und Dienste sollten künftig in einem regulierten Wettbewerb entstehen.

### *Kostspielige Finanzspritzen für die zahnärztliche Versorgung ohne Garantie auf Verbesserung der Versorgung und Entlastung der Versicherten*

Im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung soll zur Behebung von angeblichen Versorgungsproblemen in ländlichen und strukturschwachen Regionen die bisherige Punktwertdegression abgeschafft werden. Dies ist abzulehnen. Es gibt weder ausreichende Belege für Versorgungsprobleme in den genannten Gebieten noch ist zu erwarten, dass diese breit streuende Vergütungserhöhung geeignet ist, die im Gesetzentwurf unterstellten Probleme zielgerichtet zu lösen.

Mit der Erhöhung der befundorientierten Festzuschüsse zum Zahnersatz von 50 auf 60 Prozent ist die Erwartung verbunden, dass die Kosten, die die Versicherten außerhalb des Sachleistungsprinzips zu tragen haben, gesenkt werden können. Um das Ziel zu erreichen, sind allerdings begleitende Instrumente zur Begrenzung der von den Versicherten zu tragenden Kostenanteile erforderlich. Andernfalls besteht die Gefahr, dass die erwarteten Mehrausgaben der Krankenkassen von immerhin 570 Mio. Euro nicht als Entlastung bei den Patienten ankommen. Hierzu zählt insbesondere die Begrenzung der Steigerungssätze für die privat Zahnärztliche Abrechnung.

Die AOK-Gemeinschaft lehnt die Übertragung des umstrittenen Prinzips der Mehrkostenregelung auf den Bereich der Kieferorthopädie ab. Vielmehr müssen Familien evidenzbasierte Informationen zu zentralen Leistungsinhalten erhalten, um mündige Entscheidungen treffen zu können. Daher muss der Gemeinsame Bundesausschuss mit der Festlegung von Inhalt und Umfang der kieferorthopädischen Versorgung beauftragt werden und die Versorgung weiterhin im Rahmen des Sachleistungsprinzips erfolgen.

### *Einschränkungen bei der Preisverhandlung in der Impfstoffversorgung*

Die Erhöhung der Impfquote ist für die AOK-Gemeinschaft ein wichtiges Anliegen. Allerdings zeigt die derzeitige Entwicklung, dass die Verhandlungslösungen der Krankenkassen nicht ursächlich für die derzeitigen Lieferengpässe sind. Um einen Beitrag zur Versorgungssicherheit in der Impfstoffversorgung zu leisten, sollten umfassende Informationspflichten der Hersteller gesetzlich verankert werden, welche die notwendige Transparenz und frühestmögliche Erkenntnis über Engpässe herstellen. Mit der neuen Nachweisregelung über Einkaufspreise wird ein erheblicher bürokratischer Aufwand erzeugt, ohne dass sichergestellt wird, dass die Krankenkassen den Apotheken in der Tat nur den tatsächlich vereinbarten Einkaufspreis zahlen, wenn die Informationen aus den Nachweisen nicht für Preisverhandlungen genutzt werden können. Im Ergebnis führt die vorgesehene Regelung zu einer möglicherweise nicht beabsichtigten Verlagerung von finanziellen Vorteilen beim Einkauf von Impfstoffen an die Apotheker. Diese Apotheken (insbesondere auf Impfstoffe spezialisierte Versender) werden verstärkt von günstigen Einkaufskonditionen für die Direktbelieferung von Arztpraxen profitieren, während die Krankenkassen die fiktiven Listenpreise zu erstatten haben. Die vorgesehene konkrete Festlegung der Apothekenvergütung von einem Euro pro Einzeldosis direkt im SGB V ist vor dem Hintergrund der üblichen Abgabe von großen Mengen an Arztpraxen (und nicht an Patienten) als deutlich zu hoch anzusehen. Für diesen Lieferweg gilt die Arzneimittelpreisverordnung nicht und damit auch nicht das Rabattverbot für Apotheken.

Im Folgenden wird zu den einzelnen Regelungen des Kabinettsentwurfs Stellung genommen.

## **II. Stellungnahme zu den Regelungen des Kabinettdentwurfs**

### **Artikel 1 Änderungen des V Buches Sozialgesetzbuch**

#### **Art. 1 Nr. 2 § 5 Abs. 2 Satz 3 SGB V Versicherungspflicht**

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

Durch die Neuregelung wird die ursprünglich durch das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz für die KVdR-Vorversicherungszeit anrechenbare Mitgliedszeit für Kinder, Stief- und Pflegekinder von drei Jahren je Kind eingegrenzt. Bisher konnten Zeiten für Stief- oder Pflegekinder auch dann noch berücksichtigt werden, wenn sie bereits zum Zeitpunkt der Eheschließung der Eltern bzw. der Adoption die Altersgrenzen nach § 10 Abs. 2 SGB V vollendet hatten.

##### **B Stellungnahme**

Vom Gesetzgeber wurde erkannt, dass die ursprüngliche Regelung zu begrenzen ist. Nur dann wenn auch eine erzieherische Leistung erbracht werden konnte, ist eine Anrechnung von drei Jahren je Kind gerechtfertigt. Sofern die Adoption des Kindes oder die Eheschließung mit dem mit dem Kind verwandten Ehegatte erst nach Vollendung der in § 10 Abs. 2 SGB V genannten Altersgrenzen erfolgt ist, ist davon auszugehen, dass eine erzieherische Leistung nicht mehr erfolgte und somit besteht auch kein Anrecht auf die begünstigende Regelung hinsichtlich der KVdR-Vorversicherungszeit.

##### **C Änderungsvorschlag**

Keinen

## **Art. 1 Nr. 6 a) § 10 SGB V Familienversicherung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Klarstellung bezüglich der Berücksichtigung von Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen, die wegen der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, bei der Ermittlung des Gesamteinkommens für die Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung.

### **B Stellungnahme**

Die Regelung wird begrüßt, da sie eine Verfahrens- und Verwaltungsvereinfachung umsetzt, die zu einem bereits mehrfach geforderten Bürokratieabbau bei den Krankenkassen führen wird.

### **C Änderungsvorschlag**

Keinen

## **Art. 1 Nr. 6 b) § 10 SGB V Familienversicherung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

aa) Streichung der Angabe, ab wann diese Vorschrift gilt.

bb) Ergänzung, dass bei behinderten Kindern eine Familienversicherung möglich ist, wenn die Behinderung bereits zu einem Zeitpunkt innerhalb der Altersgrenzen für die Familienversicherung eingetreten ist, auch wenn eine Familienversicherung aufgrund einer Vorrangversicherung ausgeschlossen war.

### **B Stellungnahme**

aa) Die Streichung ist sachgerecht, da Prüfungen der Familienversicherung zu einem früheren Zeitpunkt nicht mehr erfolgen können.

bb) Die Regelung wird begrüßt, da sie eine Verfahrens- und Verwaltungsvereinfachung umsetzt, die zu einem bereits mehrfach geforderten Bürokratieabbau bei den Krankenkassen führen wird.

### **C Änderungsvorschlag**

aa) siehe hierzu auch Artikel 8 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch, Nr. 2

b) § 25 SGB XI Familienversicherung

bb) Keinen

**Art. 1 Nr. 6 c) § 10 SGB V Familienversicherung****A Beabsichtigte Neuregelung**

Ergänzung, dass die Familienversicherung für Stief- und Enkelkinder möglich ist, wenn das Stief- bzw. Enkelkind in den eigenen Haushalt aufgenommen wurde. Eine Prüfung des überwiegenden Unterhalts entfällt bei der Aufnahme in den eigenen Haushalt.

**B Stellungnahme**

Die Regelung wird begrüßt, da sie eine Verfahrens- und Verwaltungsvereinfachung umsetzt, die zu einem bereits mehrfach geforderten Bürokratieabbau bei den Krankenkassen führen wird.

**C Änderungsvorschlag**

Keinen



**Art. 1 Nr. 7 § 13 Abs. 3a SGB V Kostenerstattung****A Beabsichtigte Neuregelung**

In § 13 Absatz 3a Satz 4 wird durch die Einfügung der Wörter „gemäß § 87 Absatz 1c“ auf die neu eingeführte Ermächtigungsgrundlage des vertragszahnärztlichen Gutachterverfahrens hingewiesen.

**B Stellungnahme**

Folgeänderung, um das vertragszahnärztliche Gutachterverfahren im Gesetz zu legitimieren.

**C Änderungsvorschlag**

Keinen

## **Art. 1 Nr. 8 § 14 SGB V Teilkostenerstattung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

In Absatz 1 soll klargestellt werden, dass neben aktiven Dienstordnungsangestellten auch Dienstordnungsversorgungsempfänger der Krankenkassen und ihrer Verbände das Verfahren der Teilkostenerstattung in Anspruch nehmen können.

### **B Stellungnahme**

Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung, die der heutigen Rechtsauslegung der Krankenkassen entspricht. Die gesetzliche Änderung wird daher begrüßt.

### **C) Änderungsvorschlag**

Keinen

## Art. 1 Nr. 9 § 16 SGB V Ruhen des Anspruchs

### A Beabsichtigte Neuregelung

Die im Referentenentwurf vorgesehene Ergänzung im Absatz 3a, dass eine Feststellung der Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II und SGB XII durch den zuständigen Träger durchzuführen ist, ist im Kabinettsentwurf nicht mehr enthalten.

### B Stellungnahme

Die Streichung der– aus Krankenkassensicht erforderlichen – klarstellenden Ergänzung in Absatz 3a, dass eine Feststellung der Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II und SGB XII durch den zuständigen SGB II/SGB XII-Träger durchzuführen ist, wird abgelehnt. Es wird als nicht sachgerecht erachtet, dass die Krankenkassen diese Prüfung in eigener Zuständigkeit durchführen. Sie verfügen hierzu nicht über ausreichende Befugnisse und Kenntnisse. Im Ergebnis könnte es bei eigenständiger Prüfung durch die Krankenkassen zu einer Situation kommen, in der in ein und demselben Fall ein Träger (Krankenkasse) Hilfebedürftigkeit bejaht und ein anderer (z.B. Jobcenter) sie verneint.“

### C Änderungsvorschlag

Die Ergänzung im Absatz 3a ist wiederaufzunehmen:

(3a) Der Anspruch auf Leistungen für nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherte, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen, ruht nach näherer Bestimmung des § 16 Abs. 2 des Künstlersozialversicherungsgesetzes. Satz 1 gilt entsprechend für Mitglieder nach den Vorschriften dieses Buches, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen, ausgenommen sind Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 und Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind. Ist eine wirksame Ratenzahlungsvereinbarung zu Stande gekommen, hat das Mitglied ab diesem Zeitpunkt wieder Anspruch auf Leistungen, solange die Raten vertragsgemäß entrichtet werden. Das Ruhen tritt nicht ein oder endet, wenn Versicherte *nach Feststellung des zuständigen Trägers* hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches sind oder werden. *Die Hilfebedürftigkeit ist auf Antrag des Versicherten vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch zu bescheinigen.*

## **Art. 1 Nr. 9 § 20j SGB V Einführung medikamentöser HIV- Präexpositionsprophylaxe (PrEP)**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Versicherte mit einem substantiellen HIV-Infektionsrisiko, die älter als 16 Jahre sind, haben Anspruch auf ärztliche Beratung über Fragen der medikamentösen HIV- Präexpositionsprophylaxe, erforderliche Untersuchungen, Verordnung und nach der Beratung einer Versorgung mit dafür zugelassenen Arzneimitteln. Das Nähere zu Anspruchsberechtigten und Voraussetzungen ist in den Bundesmantelverträgen zu regeln.

### **B Stellungnahme**

a) Gesellschaftlich und gesundheitsökonomisch sind Präventionsmaßnahmen wichtig um schwerwiegende und chronische Erkrankungen zu vermeiden. Die Nutzen-Risiko-Abwägung der HIV-PrEP ist komplex und die verfügbare Evidenz ist – insbesondere bzgl. der Wirksamkeit außerhalb von Studien - noch unzureichend. Die Ausweitung der Leistungspflicht der PrEP auf die GKV darf daher keinesfalls das Risikoverhalten für ungeschützte Sexualkontakte fördern bzw. einer Bagatellisierung auch aktueller Informations- und Aufklärungskampagnen der BzGA Vorschub leisten. Die Wirkstoffkombination Emtricitabin/Tenofovirdisproxil ist für eine Anwendung als HIV-PrEP zusätzlich und nicht ersetzend zu Safer-Sex-Praktiken zugelassen, die darüber hinaus vor weiteren sexuell übertragbaren Erkrankungen (STIs eng: sexually transmitted infections) schützen.

Für die PrEP spricht eine Reduktion des HIV-Infektionsrisikos um bis zu 92% - eine dauerhafte tägliche Einnahme vorausgesetzt. Wenn die Arzneimittelanwendung nicht konsequent erfolgt und darüber hinaus auf Safer-Sex-Praktiken verzichtet wird, ist die Anwendung fragwürdig. Studien zeigen unter der PrEP einen signifikanten Anstieg ungeschützter Sexualkontakte. Daher könnte die PrEP das Risiko bzw. die Ansteckung mit anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen erhöhen.

Die Therapieadhärenz ist insbesondere stark gefährdet durch akute Nebenwirkungen, wie Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit und Diarrhoe, die sehr häufig schon nach einmaliger Anwendung auftreten können und die die Patienten direkt im täglichen Leben massiv einschränken und belasten. Zudem kann es bei langfristiger Anwendung zu schweren Nebenwirkungen, wie Nierenversagen und Nierenfunktionsstörungen, frakturbegünstigende Knochenanomalien, sowie Gewichtszunahme mit Anstieg der Blutzucker- und Blutfettwerte kommen. Dies kann die Therapietreue zusätzlich beeinträchtigen.

Auch mangels Therapietreue kann es bei PrEP-Nutzern zu (unentdeckten) HIV- Infektion kommen. Durch die weitere Gabe allein einer PrEP-Medikation bei erfolgter Ansteckung können sich HIV-Resistenzmutationen entwickeln, die eine HIV- Behandlung hinsichtlich Wirksamkeit und Verträglichkeit erschweren. Hierbei ist an die Situation bei Antibiotika zu erinnern, deren übermäßiger und breiter Einsatz zu erheblichen Schwierigkeiten bei der Behandlung mit zunehmend resistenten Erregern geführt hat.

HIV-Neuinfektionen können bereits heute zeitnah nach möglichem Viruskontakt durch eine Postexpositions-Prophylaxe (PEP) verhindert werden. Hierfür wird neben der PrEP Wirkstoffkombination Emtricitabin/Tenofovirdisproxil zusätzlich Raltegravir (Isentress®) eingesetzt. Damit kann anlassbezogen sehr gut auf Einzelfälle reagiert werden.

Obwohl die Zulassung der medikamentösen HIV-PrEP allein in Kombination mit Safer-Sex-Praktiken erteilt wurde, ist aber die zitierte deutsch-österreichische Leitlinie, an der sich die Zielgruppenbestimmung orientieren soll, primär auf Menschen mit ungeschütztem Sexualverkehr und entsprechendem Risikoverhalten fokussiert. Es ist gesellschaftlich hoch fragwürdig, wenn die GKV einen entsprechenden off-label-Gebrauch mit den dargestellten Risiken und Folgen finanzieren soll.

Sollte dennoch eine Gesetzesänderung zu Lasten der GKV erfolgen, sind Beratungsleistungen und notwendige Untersuchungen sowie die Therapiekontrolle eines zulassungskonformen Einsatzes wichtig und daher sinnvoller Weise durch die GKV zu tragen. Die Kosten für das Arzneimittel sollten allerdings, wie auch in ähnlich gelagerten Fällen (z. B. Kontrazeption) vom erwachsenen Patienten getragen werden. Denn auch andere wirksame Präventionsmaßnahmen, wie Kondome, verhindern zuverlässig eine Ansteckung mit HIV und anderen STIs (eng: sexually transmitted infections; Syphilis, Chlamydien, Gonorrhoe, Hepatitis C u. a.).

Die Kostenschätzung im Kabinettsentwurf dürfte insgesamt, unabhängig von der tatsächlichen Zielgruppe, zu gering kalkuliert sein. Aus den Erfahrungen z. B. im Zusammenhang mit der Cannabis-Gesetzgebung wurden die eingangs postulierten Patientenzahlen innerhalb kürzester Zeit weit überschritten.

b) Zur Ausgestaltung der möglichen neuen Leistungspflicht bedarf es einer breiten gesellschaftlichen Debatte und eines transparenten Verfahrens, welches die Beteiligung der verschiedenen Interessengruppen sicherstellt. Deshalb ist es sinnvoll, dem G-BA die Festlegung von Zugangsvoraussetzungen, ärztlicher Leistung und eine Definition der Zielgruppe, die von dieser Leistung profitieren soll, zu übertragen. Anschließend wären dann zur weiteren Umsetzung Abstimmungen zwischen den Trägern des Bewertungsausschusses erforderlich. Die Fristenplanung zur Beantwortung der komplexen Fragen, welche Arztgruppen überhaupt die ärztliche Beratung, Untersuchung und Verordnung durchführen können und wie der betroffene Personenkreis definiert werden soll, ist ambitioniert und berücksichtigt dabei in Anbetracht der potentiellen Risiken nicht die Tragweite der Entscheidung. Die üblichen Beratungs- und Entscheidungsfristen sollten auch in diesem Fall Anwendung finden.

Zur Beurteilung der möglichen neuen Leistungspflicht auf das Infektionsgeschehen, sollte neben den HIV-Neuinfektionen auch der Einfluss auf die Verbreitung anderer STIs untersucht werden. Der Zeitpunkt der Evaluation sollte entsprechend der Einführung der Leistungspflicht beispielsweise auf Ende 2022 verschoben werden um gesicherte Aussagen aus dem Verordnungsgeschehen abzuleiten.

## C Änderungsvorschlag

Streichung

Sollte am Regelungsvorhaben festgehalten werden wird Abs. 1 wie folgt formuliert:

Versicherte mit einem substantiellen HIV-Infektionsrisiko, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf

1. ärztliche Beratung über Fragen der medikamentösen Präexpositionsprophylaxe zur Verhütung einer Ansteckung mit HIV sowie
2. Untersuchungen, die bei Anwendung der für die medikamentöse Präexpositionsprophylaxe zugelassenen Arzneimittel erforderlich sind.

Abs. 2 wird wie folgt formuliert:

Das Nähere zum Kreis der Anspruchsberechtigten und zu den Voraussetzungen für die Ausführung der Leistungen regelt der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in den Richtlinien § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6.

Abs. 3 wird wie folgt formuliert:

Auf Grundlage der Regelung hat der Bewertungsausschuss den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zu überprüfen und spätestens innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten der Regelung nach Absatz 2 anzupassen.

(4) Versicherte nach Abs. 1 haben bis zum vollendeten 20. Lebensjahr nach Beratung Anspruch auf Versorgung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zur Präexpositionsprophylaxe einer HIV-Infektion.

Abs. 5 wird wie folgt formuliert:

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Wirkungen der ärztlichen Verordnung der Präexpositionsprophylaxe auf das Infektionsgeschehen mit sexuell übertragbaren Erkrankungen bis Ende 2022 nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards.

## **Art. 1 Nr. 10 § 27a SGB V Künstliche Befruchtung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der beabsichtigten Neuregelung soll der Anspruch von Versicherten auf Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe sowie auf die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen im Rahmen der künstlichen Befruchtung in den Fällen erweitert werden, in denen Versicherten wegen einer Erkrankung und deren Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie ein Verlust der Fertilität droht.

### **B Stellungnahme**

Die im Referentenentwurf vorgesehene Indikation „wegen einer Krebsbehandlung“ für den Anspruch des Versicherten auf Kryokonservierung wurde ersetzt durch „wegen einer Erkrankung und deren Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie“. Die Änderung ist sachgerecht.

Es wird klargestellt, dass sich die Richtlinienkompetenz des Gemeinsamen Bundesausschuss nicht nur auf die Künstlichen Befruchtung, sondern auch auf die neue Leistung der Kryokonservierung nach Absatz 4 erstreckt.

Durch die Regelungen zur Kryokonservierung entstehen der GKV geschätzte Mehrausgaben in Höhe eines mittleren zweistelligen Millionenbetrages. Die Kryokonservierung im Zusammenhang mit der künstlichen Befruchtung ist wie die künstliche Befruchtung selbst eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und damit über den Bundeszuschuss auszugleichen.

### **C Änderungsvorschlag**

Keinen



## **Art. 1 Nr. 12 § 29 Abs. 5 neu SGB V Kieferorthopädie neu Mehrkosten**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Es erfolgt die Ausweitung der Mehrkostenregelung, jetzt auch für den kieferorthopädischen Bereich. Es wird neu gesetzlich geregelt, welche mehrkostenfähigen Leistungen bei einer zukünftigen kieferorthopädischen Behandlung (Mehrleistungen, Zusatzleistungen, außervertragliche Leistungen) abgerechnet werden können. Hierzu sollen die Bundesmantelvertragspartner zur bereits bestehenden Vereinbarung zwischen KZBV und dem BDK (Bund Deutscher Kieferorthopäden) einen Katalog zur Anwendung von Mehrleistungen sowie ein Formular entwickeln. Diese sollen dem Versicherten die Behandlungsalternativen aufzeigen und gleichzeitig als Aufklärung und Information dienen. Dabei soll die KZV auch nur anlassbezogen die Umsetzung der Informationspflichten prüfen können.

### **B Stellungnahme**

Diese Gesetzesinitiative ist im Interesse der gesetzlich Krankenversicherten abzulehnen.

Die Inhalte im neuen Absatz 5 ignorieren komplett die Bemühungen des Bundesrechnungshofes aus dem Jahr 2017 und aus April 2018, der die Umsetzung einer aktuellen Nutzenbewertung in der kieferorthopädischen Versorgung mehrmals, auch medial, eingefordert hat. Das BMG hat im Juli 2018 mit einer aktuellen Ausschreibung zur wissenschaftlichen Nutzenbewertung reagiert.

Es entsteht der Eindruck, dass schnellstmöglich und damit im derzeitigen Gesetzgebungsverfahren die langjährigen Forderungen zur gesetzlichen Legitimation einer Mehrkostenregelung durch den Bund der Deutschen Kieferorthopäden umgesetzt werden soll, um damit die Abrechnungsfähigkeit von privatärztlichen Leistungen auch für gesetzlich Krankenversicherte zu ermöglichen. Darüber hinaus soll nur anlassbezogen und nur durch die KZV eine Prüfung der Informations- und Aufklärungspflicht über mehrkostenfähige Leistungen erfolgen. Den Krankenkassen wird diese Prüfmöglichkeit entzogen, so dass die Krankenkassen ihre Versicherten nicht mehr über die Kosten aufklären und informieren können. Was über Mehrkosten perspektivisch abgerechnet werden kann, sollen die Bundesmantelvertragspartner beschreiben. Ignoriert wird allerdings der Tatbestand, dass völlig unklar ist, welche Leistungen state of the art sind. Wenn allerdings die Mehrkostenregelung eingeführt werden sollte, dann fehlt hier der erste Schritt, die Beschreibung der Regelleistung und damit die Abgrenzung zwischen Regelversorgung und Mehrkostenregelung.

Folgt man dieser Gesetzesinitiative, dann wird das Sachleistungsprinzip im Segment der vertragszahnärztlichen Versorgung weiter ausgehöhlt.

Wenn einerseits eine Mehrkostenregelung im Bereich der Kieferorthopädie eingeführt werden soll, dann sollte zumindest andererseits die Möglichkeit für die Gremien der Selbstverwaltung die Möglichkeit geschaffen werden, die Richtlinien in geeigneten Abständen überprüfen zu können. Danach sollte der Gemeinsame Bundesausschuss in regelmäßigen Abständen eine Überprüfung des Nutzens hinsichtlich der notwendig ausreichend und wirtschaftlichen Versorgung in der Kieferorthopädie durchführen können, um somit immer auch die neusten wissenschaftlichen Erkenntnisse für den gesetzlich Krankenversicherten in den Richtlinien abzubilden. Damit die Richtlinien schnellstmöglich wissenschaftlich überprüft und angepasst werden, sollte auch eine Frist eingeführt werden.

### **C     Änderungsvorschlag**

In § 29 Abs. 4 Satz 2 werden folgende Sätze 3 und 4 angefügt:

„Inhalt und Umfang der kieferorthopädischen Versorgung ist in geeigneten Zeitabständen zu überprüfen und an die zahnmedizinische Entwicklung anzupassen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Maßnahmen in Satz 3 bis zum 31.12.2021 umzusetzen.“

Streichung des neuen Absatzes 5.

## **Art. 1 Nr. 13 § 31a SGB V Rechtsbereinigung beim Umsetzungsdatum des Medikationsplans**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Streichung des Datums „ab dem 1. Oktober 2016“.

### **B Stellungnahme**

Weil der papierene Medikationsplan bereits umgesetzt wurde, ist die Rechtsbereinigung nachvollziehbar.

### **C Änderungsvorschlag**

Keinen

## **Art. 1 Nr. 17 § 39 SGB V Krankenhausbehandlung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die bisherige Konfliktlösung in §39 Absatz 1a SGB V führte zu Unklarheiten und zu un-  
ausgeglichenen Interessenberücksichtigung der drei beteiligten Parteien. Als neue Kon-  
fliktlösung wird der §89a SGB V herangezogen. Es handelt sich somit um eine Änderung  
aufgrund der Vereinheitlichung des Schiedswesens im Zusammenhang mit § 89a SGB  
V.

### **B Stellungnahme**

Es handelt sich konkret um eine Folgeänderung zur Neufassung von § 89a SGB V.

### **C Änderungsvorschlag**

Keinen

## **Art. 1 Nr. 20 § 40 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Es handelt sich um eine Änderung zur Vereinheitlichung des Schiedswesens im Zusammenhang mit § 89a SGB V.

### **B Stellungnahme**

Es handelt sich konkret um eine Folgeänderung zur Neufassung von § 89a SGB V.

### **C Änderungsvorschlag**

Keinen

## **Art. 1 Nr. 21 a § 44 SGB V Abs. 2 Krankengeld**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

a) Es wird klargestellt, dass hauptberuflich Selbstständige die Möglichkeit zur Wahl eines Krankengeldanspruches haben und zwar unabhängig davon, ob sie nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V nachrangig pflichtversichert oder freiwilliges Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung sind.

### **B Stellungnahme**

Im Zusammenhang mit der Einführung des Krankengeldausschlusses für Versicherungspflichtige nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde in der Gesetzesbegründung ausgeführt, dass hauptberuflich Selbstständige, bezogen auf den Krankengeldwahltarif als zum damaligen Zeitpunkt einzige Option der Krankengeldabsicherung, nicht vom Krankengeldanspruch ausgeschlossen sein sollen. Die nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V Pflichtversicherten sind nach der Gesetzesbegründung zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz hingegen deshalb vom Krankengeldanspruch ausgeschlossen, weil ein Krankengeldanspruch für sie als nicht erforderlich angesehen wurde, da es sich überwiegend um Personen handelt, denen bei Arbeitsunfähigkeit kein Arbeitsentgelt entgeht (BT-Drs. 16/3100, S. 107). Der Personenkreis der nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V pflichtversicherten hauptberuflich Selbstständigen, denen bei Arbeitsunfähigkeit zuvor erzielt, beitragspflichtiges Arbeitseinkommen entgehen kann, wollte der Gesetzgeber die Wahlmöglichkeit eines Krankengeldanspruches jedoch nicht verweigern.

Mit der Regelung wird auch der Lebenswirklichkeit der nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V pflichtversicherten hauptberuflich Selbstständigen Rechnung getragen, bei denen gleichermaßen Arbeitseinkommen bei Arbeitsunfähigkeit ausfallen kann und insofern wird eine Gleichbehandlung der in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten hauptberuflich Selbstständigen gewährleistet.

Die Erweiterung der Wahlmöglichkeit auf die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherten hauptberuflich Selbstständigen ist sachgerecht und stellt sie dem Personenkreis der freiwillig versicherten hauptberuflich Selbstständigen gleich. Den möglichen Mehrausgaben durch Krankengeldzahlungen stehen höhere Beitragseinnahmen aufgrund des anzuwendenden allgemeinen Beitragssatzes ausgleichend gegenüber.

### **C Änderungsvorschlag**

Keinen

## **Art. 1 Nr. 21 b § 44 SGB V, Abs. 2 Krankengeld**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Um die Möglichkeit einer missbräuchlichen Gestaltung des Krankengeldanspruchs je nach voraussichtlicher Leistungsanspruchnahme auszuschließen, wird klargestellt, dass zum Zeitpunkt einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit keine Wahlerklärung zur Absicherung des Krankengeldanspruchs wirksam abgegeben werden kann.

### **B Stellungnahme**

Grundsätzlich wird die beabsichtigte Neuregelung begrüßt. Allerdings geht sie nicht weit genug.

Im Referentenentwurf war noch der Halbsatz „oder tritt die Arbeitsunfähigkeit zwischen der Abgabe und dem Tag des Wirksamwerdens der Erklärung ein“ vorgesehen. Dieser Halbsatz wird auch weiterhin für unbedingt erforderlich erachtet. Dieser Personenkreis kann sonst sehr wohl beeinflussen, wann die Wahlerklärung abgegeben wird und damit einen Krankengeldanspruch für eine ärztlich festgestellte Diagnose (mit längerer Arbeitsunfähigkeitsdauer) zeitnah generieren. Mit Bekanntwerden einer längerfristigen Erkrankung können Versicherte die Wahlerklärung abgeben (zu diesem Zeitpunkt ist die Arbeitsunfähigkeit noch nicht ärztlich bescheinigt) und die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit wird zwischen der Abgabe und dem Tag des Wirksamwerdens der Erklärung ausgestellt.

Im Gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene vom 25.08.2009 zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17.07.2009 (BGBl. I, Nr. 43, vom 22. Juli 2009, ab S. 1990) wurde dazu Folgendes vereinbart: „Ist das Mitglied zum Zeitpunkt der Abgabe der Wahlerklärung arbeitsunfähig oder tritt die Arbeitsunfähigkeit zwischen dem Tag der Abgabe und des Wirksamwerdens der Wahlerklärung ein, wirkt die Wahlerklärung erst zu dem Tag, der auf das Ende dieser Arbeitsunfähigkeit folgt, frühestens jedoch zum Beginn des auf den Eingang der Wahlerklärung folgenden Monats. Tritt am Tag des Wirksamwerdens der Wahlerklärung Arbeitsunfähigkeit ein, besteht ein Anspruch auf Krankengeld.“

Damit wurde nur ein Teil dieser Aussage in den Gesetzestext übernommen. Es muss daher auch gesetzlich geregelt sein, dass eine Wahlerklärung nicht wirksam wird, wenn die Arbeitsunfähigkeit zwischen dem Tag der Abgabe und des Wirksamwerdens der Wahlerklärung eintritt.



**C Änderungsvorschlag**

In § 44 Absatz 2 SGB V ist der im Referentenentwurf enthaltene Halbsatz wieder zu ergänzen und Absatz 2 damit wie folgt zu fassen:

„Wird die Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 und 3 zum Zeitpunkt einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit abgegeben oder tritt die Arbeitsunfähigkeit zwischen der Abgabe und dem Tag des Wirksamwerdens der Wahlerklärung ein, wirkt die Wahlerklärung erst zu dem Tag, der auf das Ende dieser Arbeitsunfähigkeit folgt.“

## Art. 1 Nr. 22 § 46 SGB V Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld

### A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung soll sichergestellt werden, dass Versicherten, deren Mitgliedschaft mit Anspruch auf Krankengeld vom lückenlosen Bestand des Anspruchs auf Krankengeld abhängig ist, bei verspäteter Feststellung einer Folgearbeitsunfähigkeitsbescheinigung das Versicherungsverhältnis und der Anspruch auf Krankengeld nicht dauerhaft entfallen und sie das Krankengeld nach dem Zeitraum der „Lücke“ weiter erhalten können.

### B Stellungnahme

Die Formulierung im Referentenentwurf, dass die Arbeitsunfähigkeit „... unverzüglich nach Wegfall des Hinderungsgrundes ...“ nachzuweisen ist, damit ein Ruhen des Krankengeldes nicht eintritt, wurde dahingehend konkretisiert, dass die Arbeitsunfähigkeit spätestens innerhalb eines Monats nach dem zuletzt bescheinigten AU-Ende ärztlich festgestellt werden muss. Die Konkretisierung wird begrüßt.

Allerdings bezieht sich der komplette Änderungsvorschlag nur auf Versicherte, deren Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 1 Nummer 2 SGB V vom Bestand des Anspruchs auf Krankengeld abhängig ist. Dies führt jedoch zu einer Ungleichbehandlung gegenüber den Versicherten, deren Beschäftigungsverhältnis während einer Arbeitsunfähigkeit weiterbesteht.

Für die gekündigten Beschäftigten und Bezieher von Arbeitslosengeld (Aufrechterhaltung der Mitgliedschaft nach § 192 SGB V) ruht das Krankengeld solange bis die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit nach § 46 Satz 3 (n.F.) ärztlich festgestellt wurde. Das heißt für diesen Personenkreis ruht das Krankengeld, wenn die weitere Arbeitsunfähigkeit nicht am nächsten Werktag, aber spätestens innerhalb eines Monats nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird.

Die Versicherten, deren Beschäftigung während einer Arbeitsunfähigkeit weiterbesteht, sind von dieser Regelung nicht betroffen. Damit kann die Ruhensregelung nicht auf diesen Personenkreis angewendet werden mit der Folge, dass der Krankengeldanspruch nicht besteht, wenn die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit nicht am nächsten Werktag ärztlich festgestellt wird.

Das kann vom Gesetzgeber nicht gewollt sein und muss dahingehend angepasst werden, den Halbsatz, ... deren Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nummer 2 vom Bestand des Anspruchs auf Krankengeld abhängig ist, ...“ zu streichen.

### **C      Änderungsvorschlag**

§ 46 Satz 3 SGB V ist wie folgt zu fassen:

Für Versicherte bleibt der Anspruch auf Krankengeld auch dann bestehen, wenn die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit nicht am nächsten Werktag im Sinne von Satz 2, aber spätestens innerhalb eines Monats nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird.

## **Art. 1 Nr. 23 § 48 SGB V Dauer des Krankengeldes**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Es wird gesetzlich klargestellt, dass die Zeiten des Bezugs von Verletztengeld auch bei der Ermittlung der Leistungsdauer des Krankengeldes berücksichtigt werden.

### **B Stellungnahme**

Die Neuregelung wird von der AOK ausdrücklich begrüßt.

Im Referentenentwurf gab es in diesem Zusammenhang einen Änderungsvorschlag in § 49 SGB V, welcher sich dabei auf das Ruhen des Krankengeldes bei Bezug von Verletztengeld bezog. Auch diese vorgeschlagene Regelung wurde unterstützt, jedoch war aus Sicht des AOK-BV eine weitere Änderung in § 48 Abs. 3 neuer Satz 3 erforderlich. Diese Folgeänderung in § 48 wurde mit dem Gesetzentwurf auch aufgegriffen.

### **C Änderungsvorschlag**

Keinen

**Art. 1 Nr. 24 § 49 SGB V Ruhen des Krankengeldes****A Beabsichtigte Neuregelung**

Es wird gesetzlich klargestellt, dass das Krankengeld ruht, wenn die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit nicht am nächsten Werktag ärztlich festgestellt wird.

**B Stellungnahme**

Die Neuregelung wird von der AOK ausdrücklich begrüßt.

**C Änderungsvorschlag**

Keinen

## Art. 1 Nr. 25 § 50 SGB V Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes

### A Beabsichtigte Neuregelung

Die Streichung der Formulierung im Referentenentwurf

- a) „... nach Erreichen der Regelaltersgrenze nach § 35 Satz 1 Nr. 1 SGB VI eine Rente wegen Alters von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente ...“ und
- b) „Ferner besteht rückwirkend kein Anspruch auf Krankengeld, wenn der Bescheid über die Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung wegen Überschreitens der Hinzuverdienstgrenze nach § 34 Abs. 2 SGB VI rückwirkend aufgehoben wird.“

ist nicht akzeptabel und soll im Gesetzentwurf wieder aufgenommen werden.

### B Stellungnahme

Zu a)

Mit dem Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz) vom 8. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2838) ist den Anspruchsberechtigten einer Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung seit dem 1. Juli 2017 die Möglichkeit eröffnet worden, statt der Altersvollrente eine Teilrente mindestens in Höhe von 10 Prozent der Vollrente bis hin zu 99 Prozent der Vollrente zu wählen. Nach der bis zum 30. Juni 2017 geltenden Rechtslage konnte eine Rente wegen Alters als Teilrente maximal bis zu zwei Dritteln der Vollrente in Anspruch genommen werden.

Somit besteht seit dem 1. Juli 2017 die Möglichkeit, durch Verzicht auf einen beliebig kleinen Teil des Rentenanspruchs die Altersvollrente in eine Teilrente umzuwandeln und damit einen Anspruch auf die zusätzliche Entgeltersatzleistung Krankengeld zu generieren. Eine derartige Kumulation von Entgeltersatzleistungen entspricht jedoch nicht der Systematik des Sozialgesetzbuchs und war vom Gesetzgeber auch nicht intendiert. Erforderlich ist deshalb die Festlegung eines Höchstbetrages, bis zu dem neben dem Bezug einer Altersteilrente ein Krankengeldanspruch bestehen kann.

Zu b)

Durch die neu geschaffene Möglichkeit eines rückwirkenden Wechsels von einer Voll- in eine Teilrente oder von einer Teil- in eine Vollrente ergeben sich Auswirkungen auf den Krankengeldanspruch sowie die Beitragspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Wird eine Rente wegen Alters als Vollrente gezahlt, ist vom Beginn der Vollrente an der Krankengeldanspruch nach § 50 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V ausgeschlossen. Wird infolge des Überschreitens der Hinzuverdienstgrenze des neuen § 34 Absatz 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) die Vollrente rückwirkend in eine Teilrente abgeändert oder entfällt der Altersrentenanspruch rückwirkend komplett, entsteht damit

nach bisheriger Rechtslage auch rückwirkend ein Anspruch auf Krankengeld und anstelle des ermäßigten Beitragssatzes nach § 243 SGB V ist rückwirkend auch der allgemeine Beitragssatz nach § 241 SGB V zu entrichten.

Dies führt zu einem erheblichen bürokratischen, finanziellen und administrativen Aufwand für Versicherte, Krankenkassen und Arbeitgeber, welcher in keiner Weise als sachgerecht angesehen wird.

- ◆ Arbeitgeber müssen bereits abgeschlossene Entgeltabrechnungszeiträume nachträglich korrigieren;
- ◆ Versicherte sind einerseits (ebenso wie Arbeitgeber) mit Beitragsnachforderungen der Krankenkasse konfrontiert und müssen andererseits nachträglich Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für teils weit in der Vergangenheit liegende Zeiträume vorlegen, um einen Krankengeldanspruch überhaupt realisieren zu können.

Letzteres begegnet besonderen Schwierigkeiten, da über die gegenüber dem Arbeitgeber bestehenden Nachweispflichten nach § 5 des Entgeltfortzahlungsgesetzes hinaus wegen § 50 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V der Krankenkasse keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorzulegen ist.

In typisierender Betrachtung ist festzustellen, dass ein eventueller nachträglicher Krankengeldanspruch, der ohnehin nur in einer geringen Zahl von Fällen entstehen und aufgrund der Dokumentationsanforderungen in noch weniger Fällen zu realisieren sein dürfte, die erhebliche Belastung nicht rechtfertigt, die mit einer Rückwirkung für die Gesamtheit der Betroffenen einherginge.

Um diese nachträgliche Belastung der Versicherten sowie die dargestellten, mit einem rückwirkenden Wechsel von einer Voll- in eine Teilrente wegen Alters sowie die mit einem rückwirkenden Entfall des Altersrentenanspruchs einhergehenden Probleme zu vermeiden, bedarf es des Ausschlusses eines rückwirkenden Anspruchs auf Krankengeld. Es soll daher (wie im Referentenentwurf vorgeschlagen) geregelt werden, dass bei einer rückwirkenden Aufhebung einer Vollrente wegen Alters wegen des Überschreitens der Hinzuverdienstgrenze rückwirkend kein Anspruch auf Krankengeld und in der Folge auch keine Pflicht zur Entrichtung von Beiträgen nach dem allgemeinen Beitragssatz entsteht. Damit werden die dargestellten, mit einem rückwirkenden Wechsel von einer Voll- in eine Teilrente wegen Alters sowie die mit einem rückwirkenden Entfall des Altersrentenanspruchs einhergehenden Probleme vermieden.

### C **Änderungsvorschlag**

„(1) Für Versicherte, die

1. Rente wegen voller Erwerbsminderung oder Vollrente wegen Alters oder nach Erreichen der Regelaltersgrenze nach § 35 Satz 1 Nr. 1 SGB VI eine Rente wegen Alters von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung, ...

beziehen, endet ein Anspruch auf Krankengeld ... Ferner besteht rückwirkend kein Anspruch auf Krankengeld, wenn der Bescheid über die Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung wegen Überschreitens der Hinzuverdienstgrenze nach § 34 Abs. 2 SGB VI rückwirkend aufgehoben wird.“



## **Art. 1 Nr. 26 § 51 SGB V Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Es handelt sich um eine weitere Folgeregelung durch das Flexirentengesetz. Versicherten, die eine Teilrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, kann die Krankenkasse eine Frist von vier Wochen setzen, innerhalb der sie einen Antrag bei der Rentenversicherung zur Überprüfung des Hinzuverdienstes zu stellen haben.

### **B Stellungnahme**

Die Regelung wird befürwortet. Mit der Regelung können längere Zeiträume mit Erstattungsansprüchen und Rückabwicklungen zwischen Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern vermieden und administrativer Aufwand für Arbeitgeber sowie Mehrkosten für die Krankenkassen vermindert werden.

### **C Änderungsvorschlag**

Keinen

## **Art. 1 Nr. 28 § 57 SGB V Beziehungen zu Zahnärzten und Zahntechnikern**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

In den Absätzen 1 und 2 werden die Schiedsregelungen an die neuen Formulierungen in § 89 SGB V (Schiedsamt) entsprechend angepasst.

### **B Stellungnahme**

Mit den im § 89 SGB V genannten Fristen für die jeweiligen Schiedsämter (Zahnärzte/Zahntechnik) sollen die Entscheidungen beschleunigt werden, falls die Vertragspartner nicht rechtzeitig ihre Verhandlungen abschließen. Die Anpassung dient insbesondere dem G-BA, die fristgerechte Bekanntgabe der Festzuschussbeträge gem. § 56 Abs.4 SGB V im Bundesanzeiger umzusetzen.

### **C Änderungsvorschlag**

Keinen

## **Art. 1 Nr. 29 § 64a SGB V Modellvorhaben zur Arzneimittelversorgung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Es handelt sich um eine Änderung zur Vereinheitlichung des Schiedswesens im Zusammenhang mit § 89a SGB V.

### **B Stellungnahme**

Es handelt sich konkret um eine Folgeänderung zur Neufassung von § 89a SGB V.

### **C Änderungsvorschlag**

Keinen

**Art. 1 Nr. 30 § 64c SGB V Modellvorhaben zum Screening auf 4MRGN****A Beabsichtigte Neuregelung**

Es handelt sich um eine Änderung zur Vereinheitlichung des Schiedswesens im Zusammenhang mit § 89a SGB V.

**B Stellungnahme**

Es handelt sich konkret um eine Folgeänderung zur Neufassung von § 89a SGB V.

**C Änderungsvorschlag**

Keinen

## **Art. 1 Nr. 31 § 65c SGB V Klinische Krebsregister**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Zu a) Die Regelung sieht eine Verlängerung der Nachbesserungsfrist zur Erfüllung der Förderkriterien als Voraussetzung der finanziellen Förderung klinischer Krebsregister durch die GKV um ein weiteres Jahr – bis zum 31.12.2019 vor. Die Regelungen zum neuen Schiedsgremium § 89a betreffen die klinischen Krebsregister im Kontext der dreiseitigen Vereinbarung von Meldevergütungen.

Zu b) aa) Rechtsbereinigung, da die Frist nicht mehr aktuell ist

Zu b) bb) Es handelt sich um eine Änderung zur Vereinheitlichung des Schiedswesens im Zusammenhang mit § 89a SGB V.

### **B Stellungnahme**

Zu a) Die Verlängerung ist inhaltlich und zeitlich aufgrund des aktuellen Umsetzungsstandes nachvollziehbar. Aus finanzieller Sicht bedeutet die Anpassung, dass volles Geld für unvollständige Leistungen gezahlt wird. Unbeschadet davon wären beim Thema Krebsregister grundsätzliche Änderungen zu erwirken, weil die gesamte Konstruktion aufwendig, teuer und wenig effizient ist.

Zu b) aa) Redaktionelle Anpassung wegen Rechtsbereinigung.

Zu b) bb) Es handelt sich konkret um eine Folgeänderung zur Neufassung von § 89a SGB V. Die Regelungen zum neuen Schiedsgremium § 89a sind gegenüber dem Status Quo zu begrüßen. Vgl. Stellungnahme zu Nr. 46 (neues sektorenübergreifendes Schiedsgremium).

### **C Änderungsvorschlag**

Zu a) Keinen

Zu b) aa) Keinen

Zu b) bb) Keinen

**Art.1 Nr.: 32: § 67 SGB V Elektronische Kommunikation****A Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der neuen Regelung wird präzisiert, dass die Verbesserung der elektronischen Kommunikation unter Leistungserbringern sowie zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen sich auch auf die Versicherten erstreckt.

**B Stellungnahme**

Der AOK-Bundesverband begrüßt, dass die Versicherten damit stärker in den Mittelpunkt der elektronischen Kommunikation gestellt und in ihrer Rolle als aktive Teilnehmer am Behandlungs- und Rehabilitationsprozess gestärkt werden.

**C Änderungsvorschlag**

Keinen

## **Art. 1 Nr. 33 § 73 SGB V Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Zu a) Das hausärztliche Aufgabenspektrum wird konkretisiert und ergänzt um die verpflichtende Aufgabe der Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins bei einem Facharzt. Für diese koordinative Vermittlung soll gemäß § 87 Absatz 2b Satz 3 Nr. 2 SGB V (Nr. 43, d)) eine Zuschlagsregelung im EBM aufgenommen werden. Gemäß Begründung ist eine Vermittlung insbesondere dann erforderlich, wenn eine Terminvermittlung über die Terminservicestelle oder eine eigenständige Terminvereinbarung durch Patienten aufgrund der medizinischen Besonderheit des Einzelfalls oder der Dringlichkeit nicht angemessen oder nicht zumutbar ist.

Zu b) Verweis, dass § 22 Absatz 1 Nr. 1 b) BDSG gilt.

### **B Stellungnahme**

Zu a) Die Konkretisierung des hausärztlichen Aufgabenspektrums wird begrüßt. Die Finanzierung einer in diesem Zusammenhang neu zu schaffenden EBM-Zuschlagsposition hat aus der bestehenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu erfolgen. (siehe dazu auch Nr. 43 d))

Zu b) Die Klarstellung, dass außerhalb des für den spezifischen Bereich geltenden Datenschutzes die von der Einwilligung des Patienten unabhängigen Regelungen des BDSG für die Verarbeitung von Behandlungsdaten gelten, wird begrüßt.

### **C Änderungsvorschlag**

Keinen

## **Art. 1 Nr. 34 § 73b SGB V Hausarztzentrierte Versorgung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Änderung soll der Versicherte künftig eine Teilnahmeerklärung zur Hausarztzentrierten Versorgung nicht nur schriftlich, sondern auch auf elektronischem Wege abgeben können. Die Schriftform bleibt weiterhin möglich, ist aber nicht mehr zwingende Formvoraussetzung. Analog soll auch ein Widerruf innerhalb von zwei Wochen schriftlich oder elektronisch möglich sein. Bisher war hier lediglich die Textform gefordert.

Damit soll auch eine Vereinheitlichung mit der gesetzlich vorgesehenen Form für datenschutzrechtliche Einwilligungen im SGB V hergestellt werden. Gemäß den Änderungen im 2. Datenschutzanpassungs- und Umsetzungsgesetz sollen diese in der Regel schriftlich oder elektronisch erfolgen.

Eine weitere Änderung betrifft lediglich die Korrektur eines Verweisfehlers.

### **B Stellungnahme**

Elektronische Verfahren ermöglichen grundsätzlich eine für alle Seiten schnelle, fehlerarme, kostengünstige und zeitgemäße Form der Teilnehmerverwaltung.

Die Möglichkeit, Teilnahmeerklärungen und datenschutzrechtliche Einwilligungen zur Hausarztzentrierten Versorgung künftig einheitlich auch elektronisch abgeben zu können, wird deshalb ausdrücklich begrüßt. Allerdings sind weiterhin die hohen Anforderungen an die elektronische Kommunikation gem. § 36a SGB I zu erfüllen (z. B. qualifizierte elektronische Signatur oder sicherer Identitätsnachweis bei Nutzung eines elektronischen Formulars über das Internet).

### **C Änderungsvorschlag**

Keinen



## **Art. 1 Nr. 35 § 74 SGB V Stufenweise Wiedereingliederung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Option für Versicherte, bei längerer Erkrankung stufenweise in das Arbeitsleben zurückzukehren, wird gestärkt. Durch die Neuregelung sollen Ärztinnen und Ärzte verpflichtet werden, künftig ab einer bescheinigten Dauer der Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen die Option einer stufenweisen Wiedereingliederung (SWE) regelmäßig zu prüfen. Damit soll gewährleistet werden, dass Versicherte, für die das Verfahren der stufenweisen Wiedereingliederung geeignet ist, auch tatsächlich von einer solchen Maßnahme profitieren können. Näheres zum Verfahren soll durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in seiner Richtlinie nach § 92 SGB V festgelegt werden.

### **B Stellungnahme**

Eine regelmäßige ärztliche Feststellung, ob eine SWE möglich ist, ist sachgerecht und wird unterstützt. Dennoch wird eine festgeschriebene Prüfung nach sechs Wochen als zu früh und nicht zielführend angesehen, da Ziel und Zweck der Wiedereingliederung für Langzeiterkrankte angedacht ist. Zu bedenken ist, dass eine zeitlich vorgeschriebene Feststellung einer möglichen SWE in noch laufende Therapien oder Behandlungen fallen kann und zu diesem Zeitpunkt damit unnötige Entscheidungen des Arztes erwartet werden. Des Weiteren muss eine SWE nicht immer zur Verkürzung der Krankengeldbezugszeiten führen, sondern kann diese auch verlängern (bis zum SWE-Ende), wenn das voraussichtliche AU-Ende auch kurzfristiger zu erwarten ist.

Die beabsichtigte Neuregelung wird als nicht notwendig erachtet. Die Feststellung einer SWE sollte vom Arzt – so wie heute gängige Praxis – individuell, in Abhängigkeit von der Diagnose und zum geeigneten Zeitpunkt erfolgen.

Im Rahmen der Digitalisierung würde sich anbieten, auch eine elektronische Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten sowie des SWE-Plans an den Arbeitgeber gesetzlich zu regeln. Damit könnte eine SWE schneller und zielgerichteter festgestellt und eingeleitet werden.

### **C Änderungsvorschlag**

Artikel 1 Nummer 35 ist zu streichen.

## Art. 1 Nr. 36 a) § 75 SGB V Inhalt und Umfang der Sicherstellung

### A Beabsichtigte Neuregelung

aa) Bisher umfasste der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen unter anderem die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung. Diese Regelung wird erweitert und umfasst damit zukünftig auch die hausärztliche und die kinder- und jugendärztliche Versorgung. Damit sind künftig ebenfalls für diese Arztgruppen über die Terminservicestelle Termine zu vermitteln.

bb) Der inzwischen obsoleter Umsetzungstermin der Terminservicestellen wird gelöscht. An seine Stelle tritt eine erweiternde Neufassung, nach der ab dem ersten Tag des vierten auf die Verkündung des Gesetzes folgenden Kalendermonats die Terminservicestellen für 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche unter einer bundeseinheitlichen Telefonnummer erreichbar sein müssen. Zusätzlich haben die Kassenärztlichen Vereinigungen im Internet über die Sprechstundenzeiten der Ärzte zu informieren. Dies beinhaltet auch Angaben über die offenen Sprechstunden. Die Terminservicestellen können in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen betrieben werden.

cc) Nach Absatz 1a Satz 3 hatten die Terminservicestellen bisher lediglich den Auftrag, Versicherten bei Vorliegen einer Überweisung zu einem Facharzt innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin zu vermitteln. Bei Augen- und Frauenärzten bedurfte es keiner Überweisung. Dieser Auftrag wird zum einen entsprechend der vorgenommenen Erweiterung auf alle Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 ausgeweitet. Ein neu eingefügter Satz 4 regelt, dass es für die Vermittlung von Behandlungsterminen bei Fachärzten (mit Ausnahme bei Augen- und Frauenärzten) weiter einer Überweisung bedarf. Das selbige gilt für Fälle, in denen im Bundesmantelvertrag vorgesehen wird, dass ausnahmsweise auch für einen Behandlungstermin bei einem Haus- oder einem Kinder- und Jugendarzt eine Überweisung erforderlich ist (siehe ii)). Zum anderen haben die Terminservicestellen den Versicherten bei der Suche nach einem Hausarzt zu unterstützen, der sie dauerhaft behandelt und (ab dem ersten Tag des vierten auf die Verkündung des TSVG folgenden Kalendermonats) in Akutfällen auch ohne Vorliegen einer Überweisung eine unmittelbare ärztliche Versorgung zu vermitteln. Grundlage soll hierbei ein bundesweit einheitliches und standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren bilden.

dd) bis hh) redaktionelle Folgeanpassungen aufgrund der Änderungen aa) bis cc)

ii) Satz 10 des Absatz 1a enthält die Regelungsaufträge an die Bundesmantelvertragspartner. Die inzwischen obsoleter Frist zur Umsetzung der bisherigen Aufträge wird gestrichen. Neu hinzu kommt der bereits unter cc) erwähnte Auftrag, im Bundesmantelvertrag zu regeln, in welchen Fällen es bei der Vermittlung zu einem Haus- oder einem Kinder- und Jugendarzt ausnahmsweise einer Überweisung bedarf. Als Folge der Aufnahme des zusätzlichen Auftrages erfolgen bei den bisherigen Aufträgen Nummerierungs- sowie Verweisanpassungen.

jj) redaktionelle Folgeanpassung

kk) Nach Satz 13 gelten die Regelungen zur Terminvermittlung auch für ein Erstgespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde und der sich daraus ergebenden zeitnah erforderlichen Behandlungstermine. Aufgrund des inzwischen in Kraft getretenen Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Absatz 6a Satz 3 (Neufassung Psychotherapie-Richtlinie), wird der Verweis hierauf gestrichen. Zusätzlich aufgenommen wird, dass die Wartezeit auf eine psychotherapeutische Akutbehandlung zwei Wochen nicht überschreiten darf.

ll) Die derzeit fakultativ ausgestaltete Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigungen durch die Kassenärztlichen Bundesvereinigung, indem diese eine Struktur für ein elektronisch gestütztes Wartezeitenmanagement bei der Terminvermittlung anbietet, wird nunmehr verpflichtend. Darüber hinaus hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung ein elektronisches Programm zur Verfügung zu stellen, mit dem die Versicherten auf die Internetseite der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung geleitet werden, um sich über die Sprechstundenzeiten der Ärzte informieren zu können.

mm) Folgeanpassung aufgrund der Änderung aa)

## **B Stellungnahme**

aa) Erweiterung wird ausdrücklich begrüßt

bb) Die Erweiterung wird ausdrücklich begrüßt. Ergänzend ist die Regelung aufzunehmen, dass den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zur Information ihrer gesetzlich Versicherten über Sprechstundenzeiten und Angaben zu offenen Sprechstunden diese Verzeichnisse in elektronischer und weiterverarbeitbarer Form zur Verfügung gestellt werden.

cc) Grundsätzlich ist die Ausweitung der Aufgaben der Terminservicestelle zu begrüßen.

dd) bis hh) nachvollziehbare Folgeänderungen/ redaktionelle Änderungen

ii) Die Regelung wird begrüßt.

jj) nachvollziehbare Folgeänderung

kk) Es wird ausdrücklich begrüßt, dass die Wartezeit auf eine Akutbehandlung auf maximal zwei Wochen begrenzt wird.

ll) Die Verpflichtung der Kassenärztlichen Bundesvereinbarung zur Bereitstellung eines elektronischen Programms wird als sinnvoll erachtet.

mm) nachvollziehbare Folgeänderung

**C Änderungsvorschlag**

aa) Keinen

bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Vertragsärzte“ folgende Wörter eingefügt:  
„, stellen diese Informationen den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkas-  
sen in elektronischer und weiterverarbeitbarer Form zu Verfügung“

cc) Keinen

dd) bis hh) Keinen

ii) Keinen

jj) Keinen

kk) Keinen

ll) Einführung des Wortes „zu“ vor dem Wort können

mm) Keinen

## **Art. 1 Nr. 36 b) § 75 SGB V Inhalt und Umfang der Sicherstellung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Folgeänderung zur Änderung des § 89 Absatz 3 Satz 4 bis 6.

### **B Stellungnahme**

Nachvollziehbare Folgeänderung

### **C Änderungsvorschlag**

Keinen

## **Art. 1 Nr. 36 c) § 75 SGB V Inhalt und Umfang der Sicherstellung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

aa) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird verpflichtet, zusätzlich zu den bereits in Absatz 7 genannten Richtlinien eine Richtlinie für ein digitales Angebot zur Vermittlung von Behandlungsterminen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 (Vermittlung von Behandlungsterminen bei einem Leistungserbringer innerhalb einer Woche) sowie zur Vermittlung einer unmittelbaren ärztlichen Versorgung in Akutfällen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 aufzustellen. Zusätzlich ist die bereits bestehende Richtlinie zur bundeseinheitlichen Notdienstnummer an die 24/7-verfügbare Telefonnummer anzupassen.

bb) Die neuen Richtlinien müssen sicherstellen, dass die von Vertragsärzten in Umsetzung der Richtlinienvorgaben genutzten elektronischen Programme von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zugelassen sind. Demnach müssen die Richtlinien Regelungen zur Zertifizierung erforderlicher Praxissoftware zum Terminmanagement enthalten.

### **B Stellungnahme**

aa) Eine durch Richtlinien erreichbare Einheitlichkeit der Vermittlung wird als sinnvoll erachtet.

bb) nachvollziehbare Änderung

### **C Änderungsvorschlag**

aa) Keinen

bb) Keinen

## **Art. 1 Nr. 37 § 75a SGB V Förderung der Weiterbildung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

- a) Streichung der inzwischen durch die Umsetzung obsolet gewordenen Frist, bis zu der die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft eine Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung zu vereinbaren haben.
- b) Bisher gibt es bei der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung keine Konfliktlösungsmöglichkeit. Um Verzögerungen bei Konfliktfällen zu vermeiden, wird geregelt, dass in den Fällen, in denen eine Vereinbarung nicht zustande kommt, künftig das neue sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a entscheidet.

### **B Stellungnahme**

- a) nachvollziehbare Änderung
- b) Auch wenn die Einrichtung eines Schiedsgremiums im Falle der Vereinbarung zur Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung als nur bedingt notwendig erachtet wird, kann der Verweis auf die Zuständigkeit des neuen sektorenübergreifenden Schiedsgremium nach § 89a nachvollzogen werden.

### **C Änderungsvorschlag**

- a) Keinen
- b) Keinen

## **Art. 1 Nr. 42 § 85 SGB V Gesamtvergütung Zahnärzte**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Abschaffung der Degression für die vertragszahnärztliche Versorgung in der Gesamtvergütung.

### **B Stellungnahme**

Begründet wird die Abschaffung der Degression für vertragszahnärztliche Leistungen mit der Beseitigung von Hemmnissen bei der Niederlassung in strukturschwachen Gebieten.

Versorgungsprobleme sind im Zahnärztebereich nicht bekannt oder empirisch belegt.

Die Umsetzung weiterer monetärer Anreize in der vertragszahnärztlichen Vergütung zu etablieren, wie dies in der fachärztlichen Versorgung aufgrund von Unterversorgung erforderlich erscheint, ist für den Zahnärztebereich abzulehnen.

Der Wegfall der Degression führt GKV weit zu Mehrkosten in Höhe von ca. 50 Mio. Euro pro Jahr.

### **C Änderungsvorschlag**

Die im § 85 gesetzlich geregelten Absätze 4b bis 4f sind beizubehalten und damit nicht aufzuheben.



## **Art. 1 Nr. 43 Buchstabe a § 87 Abs.1 SGB V Elektronisches Genehmigungsverfahren**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Gesetzliche Legitimation zum elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahren in der vertragszahnärztlichen Versorgung

### **B Stellungnahme**

Die gesetzliche Regelung zum elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahren ist ausdrücklich zu begrüßen, insbesondere auch die Frist zur Umsetzung.

Im letzten Satz des neuen Absatzes stellt sich jedoch die Frage, ob die Kassenzahnärztliche Vereinigung tatsächlich versicherungsbezogene Daten verarbeiten darf oder ob nicht vielmehr diese gesetzliche Regelung dazu dient, ausschließlich eine Verpflichtung zur Übermittlung von versicherungsbezogenen Daten zu regeln. Sollte dieser Satz bestehen bleiben, so sollte eine redaktionelle Korrektur vorgenommen werden. Kassenzahnärztliche Vereinigung sollte dann durch Kassenzahnärztliche Vereinigung ersetzt werden.

### **C Änderungsvorschlag**

Streichung des letzten Satzes:

„Die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung ist befugt, die für die Durchführung der elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahren erforderlichen versicherungsbezogenen übermittelten Angaben zu verarbeiten.“

## **Art. 1 Nr. 43 Buchstabe b) § 87 Abs. 1c SGB V Gutachterverfahren MDK und Vertragsgutachten gleichrangig**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Gesetzliche Legitimation auch für das vertragszahnärztliche Gutachterverfahren, neben dem MDK Gutachterverfahren

### **B Stellungnahme**

Die Zielsetzung zur Aufnahme des Absatz 1c bedeutet, dass neben den bereits etablierten MDK Gutachterverfahren die Schaffung einer gesetzlichen Legitimation für das seit Jahren praktizierte vertragszahnärztliche Gutachterverfahren umgesetzt werden soll. Dieser Absatz 1c und die damit verbundene sozialdatenschutzrechtliche Begleitregelung zur Verarbeitung notwendiger personenbezogener Daten ist zu befürworten.

### **C Änderungsvorschlag**

Keinen

## **Art. 1 Nr. 43 c § §87 Abs. 2 SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die geplante Neuregelung fasst die bisherige Regelung wesentlich genauer und verbindlicher und führt die darauf fußende, bereits in der 288. Sitzung des Bewertungsausschusses festgelegte, wirtschaftliche Anpassung des EBM in eine verbindliche gesetzliche Regelung mit einer fixen zeitlichen Umsetzungsvorgabe.

Nun müssen die wirtschaftlichen Aspekte insbesondere bei medizinisch-technischen Geräten unter der Berücksichtigung der Arztgruppen in bestimmten Zeitabständen aktualisiert werden. Grundlage soll grundsätzlich die Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamts sein, die noch durch sachgerechte Stichproben von Daten über Einnahmen und Ausgaben ergänzt werden können.

Die erste Neubewertung des EBM soll zum 30.09.2019 erfolgen. Hierbei sind insbesondere die Leistungen mit hohem technischen Leistungsanteil zu berücksichtigen. Dabei soll berücksichtigt werden, dass bei der Erbringung von technischen Leistungen in einem bestimmten Zeitraum die Bewertung ab einem bestimmten Schwellenwert sinkt.

Der Bewertungsausschuss muss hierfür dem BMG zum 31.03.2019 ein Konzept vorlegen. Die gesetzliche Regelung gilt ab der 1. Lesung.

### **B Stellungnahme**

Die Aufnahme der Regelung ins Gesetz wird begrüßt. Seit der 288. Sitzung des Bewertungsausschusses haben die untergeordneten Gremien versucht, im Rahmen der EBM Weiterentwicklung auch die wirtschaftlichen Aspekte bei der Kalkulation, hierbei insbesondere die Berücksichtigung des technischen Leistungsanteils, methodisch neu zu definieren. Erste Analysen des Instituts des Bewertungsausschusses zeigten große Potentiale. Zudem fordert die Kassenseite die Berücksichtigung der Fixkostendegression, die im Entwurf ebenfalls seine Berücksichtigung findet. Ärzte, die eine Vielzahl von Leistungen erbringen, werden kostentechnisch gegenüber anderen Ärzten bevorteilt. Die Kalkulation richtet sich nicht nach dem Anbieter mit der größten Leistungsmenge. Die hier gewonnenen Überschüsse sind nicht geplant und von daher ist es sachgerecht, ab einem gewissen Schwellenwert die Bewertung anzupassen.

Sachgerecht ist es auch, die Einsparungen bei den technischen Leistungen in die „sprechende Medizin“ zu überführen und diese Arztgruppen somit zu stützen, weil diese Leistungen nicht so stark mengenausweitungsfähig sind. Der Zeitplan ist ambitioniert, wird jedoch unterstützt, weil Vorüberlegungen bereits existieren. Die Umsetzung scheiterte hauptsächlich an der fehlenden Einigungsfähigkeit der beteiligten Bänke mit unterschiedlichen Interessenlagen. Es existieren jedoch auch Aspekte, die bisher methodisch nicht befriedigend gelöst werden konnten.

Es wird zudem der Aspekt begrüßt, dass auch zukünftig regelhaft insbesondere die technischen Leistungen vor dem Hintergrund der rasanten technischen und digitalen Veränderungen auf einer aktualisierten betriebswirtschaftlichen Basis überprüft werden müssen

**C Änderungsvorschlag**

Keinen

## **Art. 1 Nr. 43 d) § 87 Absatz 2b Satz 3 SGB V Zuschlagsregelungen für Neupatienten und erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

- d) Es erfolgt die Vorgabe zur Regelung eines einmaligen Zuschlags in Höhe von mindestens 25 Prozent auf die jeweilige Versichertenpauschale für Neupatienten im einheitlichen Bewertungsmaßstab.

Zur Förderung einer erfolgreichen Vermittlung eines Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 ist ein Zuschlag in Höhe von mindestens fünf Euro im einheitlichen Bewertungsmaßstab aufzunehmen.

### **B Stellungnahme**

Die Vorgabe zur Regelung eines einmaligen Zuschlags auf die jeweilige Versichertenpauschale zur Verbesserung der Förderung des Zugangs zur ambulanten ärztlichen Versorgung für Neupatienten wird grundsätzlich begrüßt. Explizit abgelehnt wird jedoch eine extrabudgetäre Förderung. Bereits heute schon vergüten die Krankenkassen mit befreiender Wirkung die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung. Hierbei erfolgt keine Unterscheidung der Versicherten in Bestandpatienten und Neupatienten.

Es ist darüber hinaus klarzustellen, dass Ausnahmen aufgrund besonderer Tatbestände von einer Zuschlagsregelung für Neupatienten vorgenommen werden können müssen. So können beispielsweise Änderungen in der Organisations- und Praxisstruktur z.B. durch Praxisübernahme oder Anstellung weiterer Ärzte Bestandpatienten allein durch den Wechsel des Arztes innerhalb der bestehenden Praxisstrukturen zu Neupatienten werden, obwohl die Patienteninformationen in der Praxisstruktur bereits vorliegen. Weiterhin sollten ebenfalls Praxisneugründungen mindestens für die ersten zwei Jahre von der Zuschlagsregelung für Neupatienten ausgenommen werden, um eine generelle Benachteiligung bestehender vertragsärztlicher Organisationsformen gegenüber Neugründungen zu vermeiden.

Die Förderung einer erfolgreichen Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 ist grundsätzlich nachvollziehbar. Eine extrabudgetäre Vergütung ist nicht notwendig und wird ebenfalls abgelehnt, da die Vermittlung eines Behandlungstermins durch einen Hausarzt bereits heute ein grundsätzlicher Bestandteil seiner koordinativen Aufgaben und folglich im Rahmen der zu leistenden Gesamtvergütung durch die gesetzlichen Krankenkassen ausfinanziert ist.

**C Änderungsvorschlag**

- d) In Absatz 2b Satz 3 werden nach dem Wort „Leistungen“ die Wörter „unter Berücksichtigung von Ausnahmetatbeständen“ eingefügt.

§ 87 Absatz 2b wird folgender Satz 4 neu eingefügt:

„Die Vergütung der Zuschläge nach den Nummern 1 und 2 erfolgt aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß § 87a Absatz 3 Satz 1.“

## **Art. 1 Nr. 43 e) § 87 Absatz 2c Satz 2 SGB V Zuschlagsregelungen für Neupatienten und offene Sprechstunde**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

e)

Zu aa)

Es erfolgt die Vorgabe zur Regelung eines einmaligen Zuschlags in Höhe von mindestens 25 Prozent für Neupatienten auf die jeweilige Grundpauschale bei Arztgruppen, die an der grundversorgenden und unmittelbaren medizinischen Versorgung teilnehmen. Die Regelung ist durch den Bewertungsausschuss im Einheitlichen Bewertungsmaßstab vorzunehmen.

Des Weiteren ist spätestens innerhalb von drei Monaten nach der Regelung gemäß § 19a Absatz 1 Satz 6 der Zulassungsverordnung Ärzte ein Zuschlag auf die jeweilige Grundpauschale in Höhe von mindestens 15 Prozent für den Fall vorzusehen, in dem die Leistungen im Rahmen der offenen Sprechstunde ohne vorherige Terminvereinbarung erbracht werden. Die Abrechnung des Zuschlags erfolgt auf der Grundlage einer Überweisung, ausgenommen sind Konsultationen beim Augenarzt oder Frauenarzt.

Zu bb)

Redaktionelle Folgeänderung

### **B Stellungnahme**

e)

Zu aa)

Die Vorgabe zur Regelung eines einmaligen Zuschlags auf die jeweilige Grundpauschale zur Verbesserung der Förderung des Zugangs zur ambulanten ärztlichen Versorgung für Neupatienten wird grundsätzlich begrüßt. Weiterhin wird begrüßt, dass der Bewertungsausschuss aufgrund sachgerechter Argumente von der Möglichkeit der Regelung eines Vergütungszuschlags für ausgewählte Facharztgruppen absehen kann. Ungeeignete Behandlungsanlässe, wie planbare Leistungen oder Früherkennungsuntersuchungen sowie Fachgruppen, deren Leistungsspektrum üblicherweise durch Erstkontakte gekennzeichnet ist (z. B. Radiologen) sollten von einer Zuschlagsregelung ausgenommen werden. Eine entsprechende Formulierung ist daher neben der Begründung auch im Gesetzesnormtext aufzunehmen. Darüber hinaus ist klarzustellen, dass weitere Ausnahmen aufgrund besonderer Tatbestände von einer Zuschlagsregelung für Neupatienten vorgenommen werden können müssen. So können beispielsweise Änderungen in der Organisations- und Praxisstruktur z.B. durch Praxisübernahme oder Anstellung weiterer Ärzte Bestandpatienten allein durch den Wechsel des Arztes innerhalb der bestehenden Praxisstrukturen zu Neupatienten werden, obwohl die Patienteninformationen in der bestehenden Praxisstruktur bereits vorliegen. Weiterhin sollten ebenfalls Praxisneugründungen mindestens für die ersten zwei Jahre von der Zuschlagsregelung

für Neupatienten ausgenommen werden, um eine generelle Benachteiligung bestehender vertragsärztlicher Organisationsformen gegenüber Neugründungen zu vermeiden. Die Förderung durch einen extrabudgetären Vergütungszuschlag wird explizit abgelehnt.

Die Förderung im Rahmen einer Zuschlagsregelung von Leistungen, die während der offenen Sprechstunde erbracht werden, wird grundsätzlich begrüßt. Analog der Regelung für Neupatienten sollte der Bewertungsausschuss die Möglichkeit erhalten aufgrund sachgerechter Argumente von der Möglichkeit der Regelung des Zuschlags abzusehen. Somit wird klargestellt, dass die Regelung der Arztgruppen gemäß § 87 Absatz 2c nicht zwingend der Regelung der Arztgruppen gemäß § 19a Absatz 1 Satz 6 der Zulassungsverordnung im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz entsprechen muss, und Ausnahmen für Facharztgruppen, für die aufgrund ihrer Besonderheit der Praxisstruktur und des Versorgungsauftrags eine Zuschlagsregelung nicht sachgerecht ist, möglich sind. Die Förderung sollte im Rahmen der budgetierten Gesamtvergütung erfolgen. Die Regelung eines extrabudgetären Zuschlags wird abgelehnt. Darüber hinaus ist klarzustellen, dass eine Addition beider Zuschlagsregelungen auszuschließen ist. Für den Fall, dass Neupatienten im Rahmen einer offenen Sprechstunde medizinisch versorgt werden, sollte lediglich der jeweils höhere Zuschlag zur Abrechnung gebracht werden dürfen. Somit wird eine ausreichende Anreizsteuerung erreicht und die Balance zur Versorgung von Bestandspatienten erhalten.

Den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen obliegt die Prüfung der vertragsärztlichen Abrechnung. Der 15%ige Vergütungszuschlag bei Erbringung einer Leistung im Rahmen der offenen Sprechstunde ist auf Rechtmäßigkeit in Bezug auf den Zeitpunkt der Erbringung zu überprüfen.

Daher sind bestehende Datenübermittlungsverfahren inhaltlich so zu erweitern, dass die zeitliche Organisation der vertragsärztlichen Praxisstruktur nachvollzogen -, und die Leistungserbringung im Rahmen der offenen Sprechstunde dieser bei Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen vorhandenen Information zugeordnet werden kann.

Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Praxisgemeinschaften und medizinischen Versorgungszentren übermitteln vor Quartalsbeginn den Kassenärztlichen Vereinigungen die regulären Öffnungszeiten der Praxis, sowie die für die Durchführung der offenen Sprechzeiten vorgesehenen Zeiten gemäß § 285 SGB V.

Bei der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen nach § 295 Abs. 1 SGB V, ist im Falle des Ansatzes des 15 %igen Zuschlages, KV-seitig ein Kennzeichen zu übermitteln, mit dem dokumentiert wird, dass die Prüfung auf Rechtmäßigkeit bei der Kassenärztlichen Vereinigung stattgefunden hat.

Zu bb)  
Redaktionelle Folgeänderung



## **C Änderungsvorschlag**

e)

Zu aa)

Im Absatz 2c wird nach dem Satz 3 (neu) folgender Satz ergänzt: Der Bewertungsausschuss regelt darüber hinaus insbesondere die Arztgruppen sowie Ausnahmetatbestände.“

Im Absatz 2c werden im Satz 4 nach den Wörtern „innerhalb von drei Monaten“ die Wörter „auf dieser Grundlage für durch den Bewertungsausschuss festzulegende Arztgruppen sowie Ausnahmetatbeständen“ eingefügt.

Im Absatz 2c werden folgende Sätze angefügt:

„In den Fällen, in denen die Zuschläge nach Satz 3 und Satz 4 gleichzeitig abgerechnet werden können, ist lediglich die Abrechnung des jeweils höheren Zuschlags zulässig. Eine Addition der Zuschläge ist unzulässig. Die Vergütung der Zuschläge gemäß der Sätze 3 und 4 erfolgt aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß § 87a Absatz 3 Satz 1.“

Im Absatz 2 c wird ein Satz 6 (neu) eingefügt:

„In den Fällen nach Satz 4 erfolgt die Abrechnung unter der Voraussetzung der Angabe des Tages sowie der Uhrzeit der Leistungserbringung je Arzt-Patienten-Kontakt.“

Zu bb)

Keinen

## **Art. 1 Nr. 43g § 87 Abs. 3b SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

In Absatz 3b werden die Sätze 3 bis 7 durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Erfüllt das Institut seinen Aufgaben nicht in dem vorgesehenen Umfang oder nicht entsprechend der geltenden Vorgaben oder wird es aufgelöst, kann das Bundesministerium für Gesundheit eine oder mehrere der in Satz 2 genannten Organisationen oder einen Dritten mit den Aufgaben nach Satz 1 beauftragen. Absatz 6 gilt entsprechend.“

### **B Stellungnahme**

Ein Teil der Änderungen kommt dadurch zustande, dass Sonderregelungen für Zeiten, in denen das InBA noch nicht gegründet war, obsolet sind.

Das BMG konnte bereits bisher einen oder mehrere der Träger oder einen Dritten mit Aufgaben zur Vorbereitung von Beschlüssen beauftragen, um die zeitnahe Umsetzung von Beschlüssen sicher zu stellen, sofern das InBA seine Aufgaben nicht nachkommt. Die Möglichkeit, einen Dritten zu beauftragen, bestand bisher auch für die Träger selbst.

Der Gesetzgeber erweitert jedoch grundsätzlich seine Kompetenzen, weil er diese Möglichkeit nun nur noch für das BMG vorsieht. Die Träger und damit die Selbstverwaltung werden damit in ihren bisherigen Rechten beschnitten. Dieser Schritt erschließt sich nicht.

Dieser Einschnitt ist abzulehnen.

### **C Änderungsvorschlag**

Nach dem neuen Satz 3 wird der bisherige Satz 5 eingefügt. Die neue Regelung lautet somit:

„(3b)... Erfüllt das Institut seinen Aufgaben nicht in dem vorgesehenen Umfang oder nicht entsprechend der geltenden Vorgaben oder wird es aufgelöst, kann das Bundesministerium für Gesundheit eine oder mehrere der in Satz 2 genannten Organisationen oder einen Dritten mit den Aufgaben nach Satz 1 beauftragen. Abweichend von den Sätzen 1 und 2 können die in Satz 2 genannten Organisationen einen Dritten mit den Aufgaben nach Satz 1 beauftragen. Absatz 6 gilt.“

## **Art. 1 Nr. 43h § 87 Abs. 3d SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Der Absatz 3d wird neu strukturiert und als Folge der Änderung im § 87 Absatz 3b SGB V die Rechte über die Ausstattung des beauftragten Dritten sowie die Nutzung der Daten nach Absatz 3f dem BMG übertragen.

### **B Stellungnahme**

Die Änderung, dass nur noch das BMG über die Ausstattung eines beauftragten Dritten bestimmen kann, wird analog zur Ablehnung im § 87 Absatz 3b SGB V hier ebenfalls als unnötiger Eingriff in die Selbstverwaltung abgelehnt.

### **C Änderungsvorschlag**

Der letzte Satz im Entwurf wird geändert:

„(3d) ... Über die Ausstattung des beauftragten Dritten nach Absatz 3b mit den für die Aufgabenwahrnehmung erforderlichen Sach- und Personalmitteln sowie die Nutzung der Daten gemäß Absatz 3f entscheidet das Bundesministerium für Gesundheit bzw. bei Auftragsvergabe durch die Träger des Instituts des Bewertungsausschusses der Bewertungsausschuss.“

**Art. 1 Nr. 43i § 87 Abs. 4 Satz 2 SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher  
Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte**

**A Beabsichtigte Neuregelung**

Folgeänderung zur Neustrukturierung des § 89 SGB V.

**B Stellungnahme**

Nachvollziehbare Folgeänderung

**C Änderungsvorschlag**

keine Änderung

## **Art. 1 Nr. 43j § 87 Abs. 5a SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Folgeregelung aufgrund der Einführungen einer einheitlichen sektorenübergreifenden Konfliktlösung in § 89a. Absatz 5a wird in diesem Zuge neu gefasst. Bei Beschlüssen zur Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes zur Vergütung der Leistungen der spezialfachärztlichen Versorgung wird der Bewertungsausschuss nach Abs. 3 um drei weitere Vertreter der Krankenhausseite ergänzt. Somit wird der ergänzte Bewertungsausschuss (ergBA) zukünftig mit sechs Vertretern der Leistungserbringerseite und nur drei Vertretern der Kostenträger tagen.

Sollte der ergBA zu keinem gemeinsamen Beschluss kommen, wird der ergänzte erweiterte Beratungsausschuss (erg E-BA) angerufen. Hierzu werden zwei Unparteiische benannt sowie die stimmberechtigten Mitglieder auf je zwei der Bänke begrenzt. Der erg E-BA hat somit 8 stimmberechtigte Mitglieder.

Die Regelungen zur Beschlussfindung orientieren sich stark an den Regelungen des neuen § 89a SGB V.

### **B Stellungnahme**

In Folge werden die Unwuchten zum Nachteil der Krankenkassenseite, die in der Neuregelung des sektorübergreifenden Schiedsgremiums nach § 89a SGB V liegen, auch auf den ergänzten bzw. ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss übertragen.

So gerät die Kostenträgerseite bereits im ergBA nach Stimmenanteil gegenüber den Leistungserbringern in einen Nachteil, weil hier die Ergänzung um drei Stimmen entfällt.

Im erg E-BA gelten die gleichen Regelungen wie im sektorübergreifenden Schiedsgremium, d.h. ein Beschluss kann mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der stimmberechtigten Mitglieder gefasst werden. Ein Beschluss der Kostenträger mit den beiden Unparteiischen ist somit nicht möglich, jedoch ein Beschluss der Leistungserbringerseite mit den Unparteiischen. Somit werden die Krankenkassen systematisch benachteiligt, weil sie auf eine Bank der Leistungserbringer angewiesen sind. Gerade bei der monetären Bewertung von Leistungen ist hier ein Schulterschluss der Leistungserbringerseite zu erwarten und damit finanziell überhöhte Bewertungen.

Siehe auch die Stellungnahme zu § 89a SGB V.

### **C Änderungsvorschlag**

Die Änderungen werden nicht umgesetzt, sondern die bisherigen Regelungen, die sich grundsätzlich bewährt haben, gelten fort.

## **Art. 1 Nr. 43k § 87 Abs. 6 SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

aa) Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wird in die Lage versetzt, bereits vor Ablauf einer gesetzlichen oder vom BMG gesetzten Frist das Institut zu beauftragen, Datenerhebungen in Auftrag zu geben und Sachverständigengutachten einzuholen. Voraussetzung hierfür ist, dass die Beratungen sowie die Beschlussfassung durch den Bewertungsausschuss nicht oder nicht in einem angemessenen Umfang vorbereitet oder durchgeführt werden.

bb) Änderung eines Verweises wegen des zusätzlichen Satzes.

### **B Stellungnahme**

aa) Die Regelung wird als unangemessener Eingriff in die Selbstverwaltung abgelehnt. Die bisherige Regelung sah vor, dass nach Fristablauf gesetzlicher Vorgaben oder vom BMG gesetzter Fristen, z.B. bei Beanstandungen, das BMG selbst das InBA beauftragen oder Gutachten einholen konnte, um die Vereinbarungen selbst festzusetzen. Diese Regelung konnte nachvollzogen werden, weil durch das Verstreichen von Fristen das BMG zum Handeln gedrängt wird. Die Fälle, dass Fristen nicht eingehalten wurden, sind allerdings relativ selten und begründbar.

Die neue Regelung geht von der These aus, dass der Bewertungsausschuss regelhaft die Fristen nicht einhält und deswegen das BMG im Vorgriff gezwungen ist, Zwangsmaßnahmen vorzubereiten. Zwar wird das BMG ggf. damit in die Lage versetzt, unmittelbar nach Fristablauf Ersatzvornahmen auszusprechen, müsste dafür aber bereits relativ lange im Voraus das Versagen des Bewertungsausschusses feststellen. Es ist jedoch wahrscheinlich, dass wie bisher Fristen regelhaft eingehalten werden, auch wenn dies häufiger knapp geschieht. Bei einer Beauftragung des Instituts führt das zudem zu einer Doppelbelastung und damit ggf. zu weiteren Verzögerungen einer Beschlussvorbereitung.

bb) redaktionelle Folgeänderung.

### **C Änderungsvorschlag**

Der Absatz 6 wird nicht geändert:

aa) Streichung des Vorschlags.

bb) keine redaktionelle Änderung notwendig.

**Art. 1 Nr. 44 a) § 87a Absatz 3 SGB V Neustrukturierung und Aufzählung von Leistungen, welche außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung mit Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten sind**

**A Beabsichtigte Neuregelung**

- a) Es erfolgt eine Festlegung zur Vergütung von Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für:
1. Leistungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des G-BA
  2. Zuschläge nach § 87 Absatz 2b Satz 3 sowie Absatz 2c Satz 3 und 4
  3. Leistungen im Behandlungsfall, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1 a Satz 3 Nummer 1 und 3 erbracht werden, sofern es sich nicht um Fälle nach § 75 Absatz 1 a Satz 8 handelt
  4. Leistungen im Behandlungsfall bei Weiterbehandlung eines Patientendurch einen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach Vermittlung durch einen nach § 75 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2

Des Weiteren wird eine Regelung zur Bereinigung der durch die Nummern 3 und 4 künftig außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergütenden Leistungen begrenzt auf ein Jahr aufgenommen.

**B Stellungnahme**

Zu Nummer 1

Redaktionelle Neustrukturierung

Zu Nummer 2

Eine aufwandsgerechte Differenzierung der Pauschalen in Bestands- und Neupatienten ist grundsätzlich nachvollziehbar. Weiterhin wird das Ziel der Förderung einer gezielten Erbringung fachärztlichen Grundleistungen in offenen Sprechstunden grundsätzlich begrüßt.

Dennoch ist eine zusätzliche Vergütung im Rahmen einer extrabudgetären Zuschlagsregelung auf die Leistungen der Versicherten- und Grundpauschale für Neupatienten sowie die beabsichtigte extrabudgetäre Zuschlagsregelung auf die Grundpauschale zur Förderung der gezielten Erbringung fachärztlicher Grundleistungen in der offenen Sprechstunde abzulehnen.

Eine Finanzierung aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für eine zusätzliche Förderung wird als zweckmäßig und ausreichend erachtet. Ferner wird erreicht, dass kein Anreiz für eine mögliche vergütungsoptimierte Versorgungssteuerung entsteht. Darüber hinaus ist klarzustellen, dass eine Addition der verschiedenen Zuschlagsregelungen nach Nr. 3 sowie eine Addition dieser Zuschläge in Verbindung mit der beabsichtigten extrabudgetären Vergütung von Leistungen im Behandlungsfall nach Nr. 3 und Nr. 4 auszuschließen ist. Für den Fall, dass Neupatienten im Rahmen einer offenen Sprechstunde medizinisch versorgt werden, sollte lediglich der jeweils höhere Zuschlag zur Abrechnung gebracht werden dürfen. Sofern sich aus der Versorgungssituation die Abrechnungskonstellation ergibt, dass Leistungen im Behandlungsfall nach Nr. 3 oder Nr. 4 und gleichzeitig auch Zuschläge nach Nr. 2 abgerechnet werden können, sollte ausschließlich die Abrechnung der Leistungen im Behandlungsfall nach Nr. 3

bzw. Nr. 4 zulässig sein. Mit dieser Regelungsvorgabe wird eine ausreichende Anreizsteuerung erreicht und die Balance zur Versorgung von Bestandspatienten erhalten. Die Vergütungszuschläge nach § 87a Abs.3 S. 5 Nr. 2 (neu) sollten nach angemessener Zeit wie andere neue Leistungen in ihren Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen und auf die Versorgungswirkungen evaluiert werden. Um eine zügige Entscheidung über den Fortbestand der Regelung zu erreichen, sollte die Zuschlagsregelung automatisch enden, sofern die Wirksamkeit nicht eindeutig belegt wird. Da die Regelung nicht vom G-BA, sondern vom Gesetzgeber festgelegt wurde, muss dieser konsequenterweise über eine Fortführung nach der Evaluation entscheiden.

#### Zu Nummer 3

Das Vorhaben der zusätzlichen Förderung der Übernahme von Patienten zur Weiterbehandlung aufgrund der Vermittlungsaktivität einer Terminservicestelle wird grundsätzlich begrüßt. Die in diesem Zusammenhang stehende Regelung einer extrabudgetären Vergütung wird als nicht sachgerecht und aufgrund ihrer zweifelhaften Anreizwirkung abgelehnt. Die Terminservicestelle sollte grundsätzlich als zusätzliche Maßnahme zur Sicherstellung einer zeitnahen Zurverfügungstellung eines Behandlungstermins verstanden werden. Die Vermittlungstätigkeit der Terminservicestelle beschränkt sich hierbei auf eine koordinative Funktion. Die Versorgung der Versicherten erfolgt weiterhin durch die Vertragsärzte und Psychotherapeuten. Im Ergebnis hat somit eine Förderung aus der von den gesetzlichen Krankenkassen mit befreiender Wirkung gezahlten Gesamtvergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung zu erfolgen.

Die Vergütungsregelung nach § 87a Abs.3 S. 5 Nr. 3 (neu) sollte nach angemessener Zeit wie andere neue Leistungen in ihren Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen und auf die Versorgungswirkungen evaluiert werden. Um eine zügige Entscheidung über den Fortbestand der Regelung zu erreichen, sollte die Zuschlagsregelung automatisch enden, sofern die Wirksamkeit nicht eindeutig belegt wird. Da die Regelung nicht vom G-BA, sondern vom Gesetzgeber festgelegt wurde, muss dieser konsequenterweise über eine Fortführung nach der Evaluation entscheiden.

#### Zu Nummer 4

Die Förderung der Übernahme eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins durch einen fachärztlich tätigen Leistungserbringer wird begrüßt. Abgelehnt wird jedoch eine extrabudgetäre Vergütung, der sich aus der Übernahmen erbrachten Leistungen im Behandlungsfall. Es handelt sich um keine neuen Leistungen, insofern ist dieses Leistungsgeschehen bereits mit der von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung zu zahlende Gesamtvergütung abgegolten. Eine Anreizsetzung innerhalb der budgetierten Gesamtvergütung wäre sachgerecht.

Gleichwohl eine extrabudgetäre Vergütung der Leistungen nach den Nummern 3 und 4 grundsätzlich abgelehnt wird, ist, bei Festhalten an den Regelungen, eine korrespondierende Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sachgerecht, nachvollziehbar und zwingend erforderlich. Hierbei ist jedoch klarzustellen, dass die Begrenzung der Bereinigung auf ein Jahr als wesentlich zu kurz bewertet wird. Vor dem Hintergrund, dass sich zunächst die Strukturen der Terminservicestelle entwickeln und etablieren müssen, entwickelt sich folglich das abgerechnete Leistungsgeschehen nur schrittweise. Insofern ist es konsequent auf eine Begrenzung des Bereinigungszeitraums zu verzichten. Des Weiteren ist die Anwendung arztgruppenspezifischer Auszahlungsquoten bei der Bereinigung auf der Ebene der Gesamtvergütung zwischen KVen und Kassen nicht sachgerecht: arztgruppenspezifische Auszahlungsquoten (bzw. arztgruppenspezifische Auszahlungspunktwerte) sind Folge der Honorarverteilungsregelungen einer jeden Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 87b, für die sie



allein verantwortlich ist. Auch können arztgruppenspezifische Auszahlungsquoten allein nur von den Kassenärztlichen Vereinigungen ermittelt werden, hier besteht vollkommene Intransparenz gegenüber den Krankenkassen. Sachgerecht sind auf der Ebene der Gesamtvergütung arztgruppenübergreifende Auszahlungsquoten, die sich aus dem Verhältnis von den Krankenkassen insgesamt bezahlter morbiditätsbedingter Gesamtvergütung zu von den Ärzten insgesamt angefordertem (Brutto-)Bedarf an Leistungen, welche der MGV zugeordnet sind, ergeben.

Die Vergütungsregelung nach § 87a Abs.3 S. 5 Nr. 4 (neu) sollten nach angemessener Zeit wie andere neue Leistungen in ihren Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen und auf die Versorgungswirkungen evaluiert werden. Um eine zügige Entscheidung über den Fortbestand der Regelung zu erreichen, sollte die Zuschlagsregelung automatisch enden, sofern die Wirksamkeit nicht eindeutig belegt wird. Da die Regelung nicht vom G-BA, sondern vom Gesetzgeber festgelegt wurde, muss dieser konsequenterweise über eine Fortführung nach der Evaluation entscheiden.

### **C     Änderungsvorschlag**

In § 87a Absatz 3 Satz 5 wird wie folgt gefasst:

*„Von den Krankenkassen sind die Leistungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütung mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 zu vergüten.“*

#### Alternativ:

In § 87a Absatz 3 Satz 7 werden das Wort „arztgruppenspezifischen“ durch das Wort „arztgruppenübergreifenden“ ersetzt sowie die Wörter „begrenzt auf ein Jahr“ gestrichen und durch das Wort „basiswirksam“ ersetzt.

In § 87 Absatz 3 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Vergütung der Leistungen und Zuschläge nach den Nummern 2 bis 4 außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung ist auf vier Jahre befristet. Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Regelungen und ihre Wirkungen auf die Patientenversorgung, insbesondere im Hinblick auf eine Reduzierung von Wartezeiten und schnellerer Terminvergabe und prüft eine Überführung der Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zum Ende dieser Frist.“

## **Art. 1 Nr. 44 b) § 87a Absatz 4 SGB V Ermittlung der Veränderung der Morbiditätsstruktur auf Grundlage der Behandlungsdiagnosen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

- b) Das bisherige Verfahren zur Ermittlung der Veränderung der Morbiditätsstruktur wird mit der Einführung verbindlicher Regelungen zur Kodierung und Prüfung der implementierten Prüfmaßstäbe im Rahmen der Abrechnungsprüfung einzig auf der Grundlage der Behandlungsdiagnosen ermittelt. Die Regelung wird im Jahr 2028 wirksam.

### **B Stellungnahme**

- b) Die Neuregelung wird grundsätzlich begrüßt. Die Ermittlung der Veränderung der Morbiditätsstruktur einzig auf der Grundlage der Behandlungsdiagnosen erfordert eine hohe Diagnose- und Kodierqualität. Änderungen in der Art und Weise der Kodierung aufgrund der nunmehr verbindlichen, jährlich zu aktualisierenden Regelungen können sich folglich direkt auf die Ermittlung der Veränderung der Morbiditätsstruktur auswirken. Eine tatsächliche Morbiditätsveränderung muss jedoch nicht zwingend vorliegen. Insofern ist eine ergänzende Regelung vorzunehmen, um dauerhaft und regelhaft Kodiereffekte zu ermitteln und zu bereinigen (vgl. Ausführungen zu Art 1 Nr. 44 c) cc)).

### **C Änderungsvorschlag**

- b) Keinen

## **Art. 1 Nr. 44 c) § 87a Absatz 5 SGB V Verweisänderungen; Regelungen zur Bereinigung von Kodiereffekten**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

- aa. Verweisänderung, aufgrund der Vorgaben zur Weiterentwicklung des Modells des Klassifikationsverfahrens (Nr. 44 c cc)
- bb. Verweisänderung, aufgrund der Vorgaben zur Weiterentwicklung des Modells des Klassifikationsverfahrens (Nr. 44 c cc)
- cc. Neu geregelt wird eine Vorgabe zur Bereinigung von Kodiereffekten, befristet auf den Zeitraum der Einführung, bis einschließlich zum Jahr 2024, aufgrund der bundeseinheitlichen Regelungen und Prüfmaßstäbe für die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen und Behandlungsprozeduren. Das Verfahren zur Bereinigung der Kodiereffekte hat der Bewertungsausschuss zu beschließen.

### **B Stellungnahme**

- aa. Die Änderung ist nachvollziehbar.
- bb. Die Änderung ist nachvollziehbar.
- cc. Die Bereinigung von Kodiereffekten wird ausdrücklich begrüßt. Die Möglichkeit einer Bereinigung von Kodiereffekten ist jedoch zwingend über den im Gesetzentwurf festgelegten Zeitraum dauerhaft vorzunehmen.

Aufgrund der ebenfalls im Gesetzentwurf vorgesehenen jährlichen Aktualisierung der verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung von Diagnosen und Behandlungsprozeduren gemäß § 295 Absatz 4 (Nr. 99 d) können Änderungen der Regelungen über den Zeitraum der Einführung hinaus Kodiereffekte verursachen, die nicht mit einer Änderung der tatsächlichen Morbiditätsstruktur einhergehen. Darüber hinaus können auch Anpassungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, z.B. durch Präzisierung von Vorgaben für die Behandlung konkreter Erkrankungsbilder, wie dem Vorliegen bestimmter Diagnosen, zu einer Veränderung der Kodierung, ohne Änderung der tatsächlichen Morbidität, führen. Die Bereinigung um Kodiereffekte erfolgt bei der Berechnung der Veränderungsdaten auf Grundlage der Behandlungsdiagnosen direkt im Klassifikationsverfahren.

**C Änderungsvorschlag**

aa. Keinen

bb. Keinen

cc. § 87a Absatz 5 cc) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Die durch das Institut des Bewertungsausschusses nach Satz 3 auf der Grundlage von Behandlungsdiagnosen zu errechnenden Veränderungsdaten sind hierbei nach Einführung der verbindlichen Regelungen nach § 295 Absatz 4 Satz 3 zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach § 295 Absatz um Kodiereffekte zu bereinigen. Hierzu hat der Bewertungsausschuss ein entsprechendes Verfahren zu beschließen“.

## **Art. 1 Nr. 47 § 87e SGB V Kieferorthopädische Leistungen: Folgeänderung zur Mehrkostenregelung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Durch die Aufnahme des § 29 Abs. 5 in das SGB V sollen zukünftig auch für den kieferorthopädischen Bereich die Mehrleistungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte privat mit dem Versicherten abgerechnet werden können. Deshalb soll § 87e Satz 1 als Folgeregelung entsprechend ergänzt werden.

### **B Stellungnahme**

§ 87e ist Abrechnungsgrundlage für die bisher bereits etablierten Mehrkostenregelungen für den Füllungsbereich und für Zahnersatz. Mit der Aufnahme des Absatz 5 im § 29 SGB V, für den kieferorthopädischen Bereich, würde die Mehrkostenregelung ausgeweitet und die Inanspruchnahme des Sachleistungsprinzips und damit verbunden eine zuzahlungsfreie Leistung, die nicht nur ausreichend, medizinisch notwendig und wirtschaftlich ist, sondern auch dem allgemein anerkannten wissenschaftlichen Stand entsprechen muss, für den gesetzlich Krankenversicherten noch weiter eingeschränkt.

Für gesetzlich Versicherte ist die an den Zahnarzt privat zu zahlende Rechnung für Mehrleistungen im Bereich Zahnersatz gemäß § 87e Satz 2 auf das 2,3fache des Gebührensatzes begrenzt. Gemäß § 87e Satz 3 sind die Mehrkosten für lichthärtende Composite-Füllungen im Seitenzahnbereich auf das 3,5-fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt abrechnungsfähig. Allerdings werden die aktuellen gesetzlichen Begrenzungsregelungen durch die Sätze 4 und 5 im § 87e SGB V obsolet.

Deshalb muss zum Schutz der Versicherten vor finanzieller Überforderung eine dauerhafte Begrenzung der Gebührenordnung Zahnärzte (GOZ) in das SGB V aufgenommen werden. Hierfür sind die Sätze 4 und 5 ersatzlos zu streichen.

### **C Änderungsvorschlag**

Die Aufnahme (Folgeregelung) des Absatz 5 im § 29 SGB V, im § 87e Satz 1 wird abgelehnt.

Artikel 1 Nr. 47 wird wie folgt gefasst:

„In § 87e werden die Sätze 4 und 5 ersatzlos gestrichen.“

## Art. 1 Nr. 48 § 89a SGB V Schiedsamt, Verordnungsermächtigungen

### A Beabsichtigte Neuregelung

Der § 89a regelt zukünftig die Tatbestände, die -überwiegend tripolar- sektorenübergreifend gelöst werden müssen. Dazu zählen u.a. auf Landesebene die §§64c, 115, 137e SGB V und auf Bundesebene die §§ 39, 40, 41, 65c, 75a, 115b, 117, 118, 118a und 293 SGB V). Die Aufgaben werden per Gesetz zugewiesen.

Das „Sektorenübergreifende Schiedsgremium“ nach § 89a SGB V soll die historisch gewachsenen uneinheitlichen Regelungen, die personellen „Aufstockungen“ bipolarer Schiedsgremien (§§ 89 und auf Landesebene §114 SGB V) und die damit verbundenen Unterschiede in den Mehrheitsverhältnissen, bei der Beschlussfassung und bei den Stimmverhältnissen beenden.

Die Absätze regeln zukünftig folgendes:

- (1) Bildung sektorenübergreifender Schiedsgremien auf Landesebene
- (2) Bildung eines sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene
- (3) Festsetzung der gesetzlich zugewiesenen Aufgaben durch das Schiedsamt auf Antrag einer Vertragspartei oder (bei dessen Fehlen) der zuständigen Aufsichtsbehörde mit 2/3 Mehrheit (=sechs Stimmen). Generalklausel.
- (4) Festsetzung eines gekündigten Vertrags auf Antrag einer Vertragspartei durch das Schiedsamt mit 2/3 Mehrheit (=sechs Stimmen) innerhalb von drei Monaten. Der gekündigte Vertrag gilt solange weiter.
- (5) Besetzungsregelungen: Jede Bank stellt zwei Vertreter; hinzukommen der unparteiische Vorsitzende und ein weiteres unparteiisches Mitglied; somit hat das Gremium acht Mitglieder. Zur Erreichung der 2/3 Mehrheit sind sechs Stimmen nötig, d.h. eine Entscheidung kommt nur dann zustande, wenn zwei Bänke und Unparteiische zustimmen. Bei Nichtbestellung von Vertretern und Stellvertretern durch die Bänke übernimmt dies die Aufsicht.
- (6) Regelungen zu den Unparteiischen und deren Vertreter; sie werden auf Vorschlag der Bänke gemeinsam bestimmt. Bei Nichteinigung entscheidet die Aufsicht.
- (7) Übernahme der Regelungen zur Abberufung, Amtsniederlegung und Teilnahmeverpflichtung aus der Schiedsamsordnung ins SGB V analog der Vorgaben im neuen §89 SGB V
- (8) Beschlussfähigkeit; Überführung wesentlicher Bestandteile des §16a der Schiedsamsverordnung in das SGB V.  
Beschlussfähig ist das Gremium bei Vollständigkeit. Muss eine Sitzung erneut einberufen werden und die Beschlussfähigkeit ist wiederum nicht gegeben, ist eine Entscheidung durch die Unparteiischen Mitglieder herbei zu führen.
- (9) Verfahren, falls das Schiedsamt nicht zu einer Entscheidung in Verfahren nach Abs. 3 oder Abs. 4 kommen sollte. Danach setzt die Aufsichtsbehörde zunächst eine Nachfrist. Kommt dann immer noch keine Entscheidung zustande, entscheiden die Unparteiischen. Ausschlaggebend ist die Stimme des Vorsitzenden.

(10) Aufsichts- und Beanstandungsregelungen. Teilnahmerecht der Aufsichten an den Sitzungen.

(11) Das BMG bestimmt die Details durch Rechtsverordnung

(12) Regelungen gelten für die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die KZBV nicht.

## **B Stellungnahme**

Eine zentrale Regelung für sektorenübergreifende Konfliktlösungen wird grundsätzlich befürwortet. Die Festlegungen insbesondere zur Zusammensetzung und zur Beschlussfindung sind jedoch abzulehnen.

Das sektorenübergreifende Schiedsgremien soll aus acht Mitgliedern bestehen: je zwei Vertreter der Ärzte, der Krankenhäuser, der Krankenkassen sowie zwei Unparteiische. Entscheidungen sollen mit einer Mehrheit von zwei Dritteln zustande kommen (also mindestens 6 Stimmen).

Die Besetzung des Schiedsgremiums mit lediglich zwei Vertretern der GKV wird ausdrücklich abgelehnt. Zum einen wird die Krankenkassenseite durch lediglich zwei Vertreter nicht angemessen repräsentiert. Dies gilt insbesondere auf Landesebene, auf der Verträge durch alle Landesverbände bzw. Vertreter der Ersatzkassen gemeinsam abgeschlossen werden.

Zum anderen wird das deutliche Stimmenübergewicht der Leistungserbringer abgelehnt. Den Gremien auf Bundes- und Landesebene werden zahlreiche Entscheidungen übertragen, die unmittelbar vergütungsrelevant sind. Hier verfolgen die Ärzte und Krankenhäuser in der Regel gleichgerichtete Interessen, insbesondere dann, wenn die Bedingungen der Leistungserbringung zunehmend harmonisiert werden. Auch die erforderliche Zweidrittel-Mehrheit beseitigt diese Unwucht nicht.

Darüber hinaus können die Unparteiischen nicht gegen einen geschlossenen Leistungserbringerblock entscheiden, selbst wenn die Krankenkassenseite ihren Vorschlag mitträgt. Nachteilig an der vorgesehenen Zweidrittelmehrheit ist ferner, dass die Hürden für eine Einigung im Schiedsgremium insgesamt sehr hoch sind. Dabei ist der auf die Kassenseite wirkende Einigungsdruck wesentlich höher als der auf der Seite der Leistungserbringer. Daher wird die Regelung den tatsächlichen Blockaden in der Entwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung nicht gerecht, sondern schafft neue Hürden. Diese bereits jetzt absehbaren Blockadehaltungen sind zu vermeiden.

Sachgerechter wäre es daher, die Stimmenanteile der Kassenseite bei dreiseitigen Verhandlungen auf vier zu erhöhen (auf dann insgesamt 10 Stimmen) und weiterhin die Mehrheit von sechs Stimmen gelten zu lassen. Auch wenn es sich um ein sektorenübergreifendes dreiseitiges Gremium handelt, so ist es doch sachgerecht auf der Entscheidungsebene eine Stimmenparität zwischen den Leistungserbringern in ihrer Gesamtheit und den Krankenkassen herzustellen. Die Entscheidungssituation ist hier in vielen

Fällen vergleichbar mit den Entscheidungen im Gemeinsamen Bundesausschuss und auch dort besteht diese Parität aus guten Gründen.

Gemäß Absatz 4 der beabsichtigten Neuregelung muss eine Vertragspartei, die einen sektorenübergreifenden Vertrag kündigt, dies dem zuständigen sektorenübergreifenden Schiedsgremium mitteilen. Falls die Vertragsparteien keinen neuen Vertrag abschließen, setzt das Schiedsgremium den Vertragsinhalt fest. Diese Pflichten gemäß sollten sich nur auf diejenigen sektorenübergreifenden Verträge beziehen, die in den gemäß Absatz 3 durch oder aufgrund eines Gesetzes zugewiesenen Aufgabenbereich des Schiedsgremiums fallen, und nicht uneingeschränkt auf alle sektorenübergreifenden Verträge wie etwa Verträge, die auf der Grundlage von § 140a SGB V abgeschlossen wurden. Aus Gründen der Rechtsklarheit sollte dies im Text der Norm ausdrücklich klargestellt werden.

Ein weiterer Kritikpunkt bezieht sich auf die vorgesehene Teilnahme von Vertretern der Aufsichtsbehörde an den Sitzungen der Schiedsgremien gemäß § 89a Abs. 10 Satz 4 SGB V. Die Teilnahme der Aufsichtsbehörde an den Sitzungen wird abgelehnt.

### **C Änderungsvorschlag**

§ 89a SGB V wird wie folgt geändert:

§89a Absatz 3 Satz 1:

„(3) Die sektorenübergreifenden Schiedsgremien nach den Absätzen 1 und 2 entscheiden mit einer Mehrheit von sechs Stimmen der Mitglieder innerhalb von drei Monaten in den ihnen durch Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes zugewiesenen Aufgaben....“

§ 89a Abs. 4 S. 1:

nach dem Wort „Vertrag“ werden folgende Wörter eingefügt: „im Aufgabenbereich des Schiedsgremiums gemäß Abs. 3 Satz 1“.

§89a Absatz 4 Satz 2:

„(4) ... Kommt bis zum Ablauf eines Vertrages ein neuer Vertrag nicht zustande, setzt das zuständige sektorenübergreifende Schiedsgremium mit einer Mehrheit von sechs Stimmen der Mitglieder innerhalb von drei Monaten dessen Inhalt fest..“

§89a Absatz 5 Satz 1:

„(5) Die sektorenübergreifenden Schiedsgremien nach den Absätzen 1 und 2 bestehen aus je zwei Vertretern der Ärzte und der zugelassenen Krankenhäuser sowie vier Vertretern der Krankenkassen sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und einem weiteren unparteiischem Mitglied...“

In Absatz 6 werden die Sätze 2 und 3 gestrichen und durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, stellen die Beteiligten eine gemeinsame Liste auf, die mindestens die Namen für den unparteiischen Vorsitzenden, einem weiteren unparteiischem Mitglied und deren Stellvertreter enthalten muss. Über die Wahl der



Mitglieder nach Satz 1 entscheidet dann das Los. Die Amtsdauer beträgt bei Bestimmung durch Los ein Jahr. Die unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreter sind bestellt, sobald sie sich den beteiligten Organisationen gegenüber zur Amtsübernahme bereit erklärt haben.“

Zusätzlich kann nach S. 5 eingefügt werden:

„Wurde der unparteiische Vorsitzende oder ein unparteiisches Mitglied aufgrund eines Losverfahrens bestellt, kann dieselbe Person in der unmittelbar folgenden Amtszeit nicht erneut durch ein Losverfahren für das Schiedsamt ausgewählt werden.“

§89a Absatz 8 Satz 2:

8) .... Bei Beschlussunfähigkeit entscheidet das Schiedsgremium in einer zweiten einberufenen Sitzung mit einer Mehrheit von sechs Stimmen der anwesenden Mitglieder.

§ 89a Absatz 9 Satz 2 wird gestrichen.

**Art. 1 Nr. 49 § 90 SGB V Landesausschüsse****A Beabsichtigte Neuregelung**

Aufgrund der Ergänzung des § 103 Absatz 2, wonach die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden ländliche oder strukturschwache Teilgebiete bestimmen können, die auf ihren Antrag von den Zulassungsbeschränkungen auszunehmen sind, wird das in § 90 Absatz 4 näher beschriebene Mitberatungsrecht der obersten Landesbehörden im Landesausschuss um ein entsprechendes Antragsrecht erweitert.

**B Stellungnahme**

Grundsätzlich handelt es sich um eine nachvollziehbare Folgeänderung. Da das zusätzliche Antragsrecht der obersten Landesbehörden nach § 103 Absatz 2 abgelehnt wird, ist jedoch auch die hier beschriebene Neuregelung abzulehnen

**C Änderungsvorschlag**

keine Aufnahme

## **Art. 1 Nr. 51 b) § 92 Abs. 6a SGB V Richtlinien des Gemeinsamen Bundes-** **ausschusses**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Der Gemeinsame Bundesausschuss wird beauftragt Regelungen für eine gestufte und gesteuerte Versorgung in die Psychotherapie-Richtlinie aufzunehmen, sowie die Qualifikationsanforderungen für die an der Behandlungssteuerung beteiligten Vertragsärzte und Psychologischen Psychotherapeuten festzulegen.

### **B Stellungnahme**

Die Einführung einer gestuften und gesteuerten Versorgung wird ausdrücklich begrüßt, sollte sich aber nicht ausschließlich auf die psychotherapeutische Versorgung beschränken, sondern auch die psychiatrische und psychosomatische Versorgung im ambulanten sowie stationären Bereich mit einschließen.

In Deutschland sind laut bevölkerungsbezogenen Studien jährlich etwa 28 % der erwachsenen Bevölkerung von einer psychischen Erkrankung betroffen; damit gehören psychische Erkrankungen schon seit geraumer Zeit zu den Volkskrankheiten. Zu den häufigsten Erkrankungsbildern gehören Störungen durch Substanzgebrauch, Angststörungen sowie affektive Störungen und bei letzteren insbesondere Depressionen.<sup>1</sup>

In Deutschland existiert ein sehr gutes Versorgungssystem für Menschen mit psychischen Erkrankungen, das jedoch durch die Vielzahl und Vielfalt unterschiedlicher Leistungserbringer nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für die daran Beteiligten kaum noch zu überschauen ist. Der Sachverständigenrat konstatiert an vielen Stellen zudem die ausgeprägten Sektorengrenzen, die sich nachteilig auf die Koordination auswirken.<sup>2</sup> Allein im ambulanten Bereich stehen den Betroffenen eine Vielzahl an verschiedenen Leistungserbringern zur Verfügung, hinzu kommen stationäre Einrichtungen und Rehabilitationseinrichtungen sowie außerklinische psychosoziale Angebote.

Hinsichtlich ihres spezifischen Versorgungsbeitrages lassen sich die einzelnen Akteure in der Behandlung psychisch erkrankter Menschen zudem nur schwer unterscheiden. Große Schnittmengen im Tätigkeitsspektrum gibt es beispielsweise zwischen den niedergelassenen Leistungserbringern und den Institutsambulanzen, die für die Versorgung von psychischen Erkrankungen zu Verfügung stehen, sowie unter den Institutsambulanzen selbst, d.h. zwischen Psychiatrischen und Psychosomatischen Institutsambulanzen. Vorhandene ambulante, stationäre und rehabilitative Angebote sind zudem wenig vernetzt.

Leitlinien bzw. definierte Versorgungspfade geben Empfehlungen zur Feststellung und Behandlung von Erkrankungen. Das sich im Bereich der Versorgung von psychischen Erkrankungen das aktuelle Versorgungsgeschehen nicht mit dem aktuellen Stand der Wissenschaft in Form von Leitlinienempfehlungen zur Behandlung deckt, zeigt sich am

Beispiel der Behandlung von Depressionen: Nur rund 50 % der Patientinnen und Patienten mit schweren Depressionen erhalten eine Kombinationstherapie aus Psychotherapie und Pharmakotherapie, die zur Behandlung laut Leitlinie empfohlen wird. Etwa ein Drittel der Patientinnen und Patienten mit schweren Depressionen wird sogar ausschließlich hausärztlich versorgt. 40 % der Patientinnen und Patienten mit einer leichten Depression erhielten Antidepressiva, obwohl diese nicht generell zur Behandlung eingesetzt werden sollten.<sup>3</sup>

Zum 01.04.2017 wurde die Psychotherapie-Richtlinie überarbeitet und um eine psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung ergänzt. Beide Leistungen sollen für einen niedrigschwelligen Zugang und eine flexible und schnell verfügbare Versorgung, insbesondere die Verkürzung der Wartezeiten auf Psychotherapie, sorgen. Ergänzend vermitteln die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen Termine zur psychotherapeutischen Versorgung. Die Regelungen der Psychotherapie-Richtlinie nehmen jedoch nur einen kleinen Teil des Versorgungssystems psychischer Erkrankungen in den Blick; die psychiatrische und psychosomatische Versorgung bleibt außen vor, muss aber zwingend in einem gestuften Versorgungsmodell Beachtung finden.

Ein gestuftes Versorgungsmodell muss vom Bedarf des Patienten ausgehen und die verschiedenen Behandlungs- und Hilfsangebote koordinieren und den Weg des Patienten durch das Versorgungssystem steuern. Bisher werden Versorgungsstufen in der Versorgung mit psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Leistungen nicht oder nur zum Teil realisiert. Eine patientengerechte Koordination sowie eine verbindliche Festlegung der Aufgaben der einzelnen Leistungserbringer ist notwendig, um die Versorgungssituation psychischer Erkrankungen zu verbessern. Die Beantwortung der Frage, mit welchen Maßnahmen auch die Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Versorgung durch eine gestufte Versorgung reduziert werden können, bedarf weiterer Analysen. Eine zeitnahe und für den jeweiligen Behandlungsfall angemessene Behandlung ohne Wartezeiten sollte das Ziel für die Entwicklung einer gestuften Versorgung sein.

<sup>1</sup> Vgl. Jacobi, F. et al.: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH), in: Nervenarzt 85 (Nervenarzt), 77-87.

<sup>2</sup> Vgl. Gerlach, F. M. et al (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018.

<sup>3</sup> Vgl. Freytag, A. et al. (2016): Daten-Monitoring Depression zur psycho- und pharmakotherapeutischen Inanspruchnahme von Patienten mit Depression, in: Klauber, J. et al. (Hrsg): Versorgungsreport 2015/2016, Stuttgart. S. 329-361.

## **C     Änderungsvorschlag**

Ausweitung der gestuften und gesteuerten Versorgung auf die Bereiche Psychiatrie und Psychosomatik.

## **Artikel 1 Nr. 52 a) § 95 SGB V Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

aa) Zur Sicherstellung der Versorgung wird es anerkannten Praxisnetzen ermöglicht, in unterversorgten Gebieten medizinische Versorgungszentren zu gründen.

Die Auflistung der zur Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums möglichen Rechtsformen wird gestrichen und an anderer Stelle verortet.

bb) Der neuen Entwicklung, dass zunehmend Kapitalinvestoren ohne medizinisch-fachlichen Bezug zur vertragsärztlichen Versorgung Leistungserbringer nach § 126 Absatz 3 aufkaufen, um hierüber Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung zu erhalten, wird dadurch entgegnet, dass zukünftig die Möglichkeit zur Gründung von medizinischen Versorgungszentren für Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 auf fachbezogene medizinische Versorgungszentren beschränkt ist.

Im Anschluss an diese Ergänzung wird die unter aa) gestrichene Auflistung der zur Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums möglichen Rechtsformen eingefügt. Durch Umformulierung der bestehenden Regelung wird klargestellt, dass eine Träger-GmbH mehrere medizinische Versorgungszentren tragen kann.

cc) Für bereits bestehende medizinische Versorgungszentren von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 wird ein umfassender Bestandsschutz eingeführt.

### **B Stellungnahme**

aa) Die Schaffung der Möglichkeit zur Gründung von medizinischen Versorgungszentren durch anerkannte Praxisnetze nach § 87b Absatz 4 wird ausdrücklich begrüßt. Es ist von zentraler Bedeutung, dass medizinische Versorgungszentren auch in diesem Fall nur in den vorgesehenen Rechtsformen gegründet werden können.

Laut der Rahmenvorgaben für die Anerkennung von Praxisnetzen haben Praxisnetze Strukturvorgaben nachzuweisen. Darunter fällt auch die Vereinbarung von gemeinsamen Standards, insbesondere zu Unabhängigkeit gegenüber Dritten. Diese Regelungen haben zukünftig auch für ggf. gegründete medizinische Versorgungszentren zu gelten.

bb) Nichtärztliche Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 werden unter anderem von gemeinnützigen Organisationen, wie dem Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation (KfH) oder der Patienten-Heim-Versorgung (PHV), betrieben. Vermehrt sind Aufkäufe von Leistungserbringern nach § 126 Abs. 3 SGB V zu beobachten, die zur Gründung weiterer fachfremder medizinischer Versorgungszentren geführt haben, was der bisherigen Intention des Gesetzgebers widerspricht. Dass die Gründung medizinischer Versorgungszentren durch Leistungserbringer nach § 126 Abs. 3 SGB V nun auf fachbezogene medizinische Versorgungszentren beschränkt wird, ist zu begrüßen. Diese Regelung ist auch auf die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums durch ein Krankenhaus zu übertragen. Ein Krankenhaus sollte nur ambulante Leistungen auf den Fachgebieten in seinem medizinischen Versorgungszentrum anbieten dürfen, die es auch stationär vorhält.

Darüber hinaus wird die Notwendigkeit gesehen, weitere Regelungen zu treffen: Es wird zunehmend beobachtet, dass Krankenhäuser auch außerhalb ihres Einzugsbereichs Facharztsitze (häufig mit onkologischem Schwerpunkt) aufkaufen und medizinische Versorgungszentren gründen. Durch die private Eigentümerstruktur dieser Krankenhäuser wird es nichtärztlichen Leistungserbringern, Kapitalgesellschaften und Privatpersonen ermöglicht, ohne direkten Bezug zur ambulanten ärztlichen Versorgung in diesen Markt vorzudringen. Dies birgt die Gefahr der Missachtung der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte, wonach diese nicht das Interesse Dritter über das Wohl der Patienten stellen dürfen (§ 2 Abs. 2 MBO-Ä) und hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidung keine Weisung von Nichtärzten entgegennehmen dürfen (§ 2 Abs. 4 MBO-Ä).

Genau das war aber nicht das Ziel des Gesetzgebers bei Einführung der medizinischen Versorgungszentren durch das GMG (Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung v. 14.11.2003, BGBl I 2003, 2190). Vielmehr stand im Vordergrund, Ärzten und Ärztinnen, die gern ambulant tätig sein wollen, eine Alternative zur Niederlassung zu bieten. Bereits im Jahre 2011 hatte der Gesetzgeber festgestellt, dass insbesondere im Bereich der operierenden Augenärzte und der Labormedizin medizinische Versorgungszentren von Investoren gegründet werden, die keinen fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung haben (BT-DrS. 17/6906 Bl. 70). Er reagierte darauf, indem er mit der Einfügung des § 95 Abs. 1a SGB V durch das GKV-VStG (Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung v. 22.12.2011, BGBl I 2011, 2983) die Voraussetzungen für die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums erheblich verschärfte, so dass nun nur noch Vertragsärzte, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen, gemeinnützige Träger die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen oder Kommunen medizinische Versorgungszentren gründen dürfen.

Die obigen Feststellungen zeigen jedoch, dass seitens der Investoren auch weiterhin Strategien entwickelt werden, um die bestehenden gesetzlichen Hürden zu überwinden. Deshalb soll zusätzlich zur oben beschriebenen fachlichen Beschränkung, die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren auf den jeweiligen Planungsbereich, in dem der nach § 95 Absatz 1a Satz 1 SGB V zugelassene Träger seinen Sitz hat, begrenzt werden. Aus Gründen der Sicherstellung der vertrags(zahn-)ärztlichen Versorgung kann der Zulassungsausschuss hierzu Ausnahmen beschließen. Bei fachübergreifenden medizinischen Versorgungszentren ist jeweils der größte Planungsbereich, der entsprechend der Bedarfsplanungs-Richtlinie einer der im medizinischen Versorgungszentren vertretenen Arztgruppen zugeordnet wird, anzuwenden.

Damit die geforderten Beschränkungen greifen können, muss in Absatz 2 eine Ergänzung aufgenommen werden, die regelt, dass dem Zulassungsausschuss die Eigentümerstrukturen des Antragsstellers offengelegt werden. Hierdurch soll verhindert werden, dass ggf. bestehende Interessenskonflikte unerkannt bleiben. Derzeit sind die Eigentumsverhältnisse nicht transparent, weswegen zum Beispiel die in § 95 Abs. 6 Satz 3 SGB V genannte 6 Monatsfrist durch den Zulassungsausschuss nicht überprüft werden kann. Nach dieser Vorschrift ist einem medizinischen Versorgungszentrum erst dann die Zulassung zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzungen länger als sechs Monate nicht vorliegen. Die Zulassungsausschüsse erhalten aber nicht automatisch Kenntnis, wenn sich die Gesellschafterstruktur eines medizinischen Versorgungszentrums derart ändert, dass es mit dieser Gesellschafterstruktur eine Zulassung nicht

erhalten hätte. Auch diese Lücke kann von Investoren genutzt werden, um sich auf diesem Weg Zugang zum Markt der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zu verschaffen. Um dies zu verhindern, sollten die Zulassungsausschüsse schon präventiv tätig werden dürfen und ein entsprechendes Prüfrecht erhalten. Wie der Antwort der Bundesregierung (Drucksache 19/5386) auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Achim Keller, weiter Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE (Drucksache 19/4926) zu entnehmen ist, liegen auch der Bundesregierung keine Informationen über die Eigentumsverhältnisse vor.

cc) Die Aufnahme eines Bestandsschutzes ist rechtlich nachvollziehbar, birgt jedoch das Potential, die durch den Gesetzgeber intendierte Begrenzung auf die Gründung fachbezogener medizinischer Versorgungszentren auszuhebeln. Vor diesem Hintergrund halten wir es zielführend, den Bestandsschutz auf den Status quo zu beschränken, um eine perspektivisch unbegrenzte Ausdehnung der bestehenden medizinischen Versorgungszentren zu verhindern. Bestehende medizinische Versorgungszentren dürfen demnach ihr Leistungsangebot im bestehenden Umfang aufrechterhalten, aber nicht fachfremd erweitern. In diesem Sinne könnten z. B. freierwerdende Stellen zwar nachbesetzt - jedoch keine zusätzlichen fachfremden Ärzte angestellt bzw. Arztsitze aufgekauft werden. Selbige Regelung gilt für den angebotenen Leistungsumfang. Für die unter bb) zusätzlich eingeführten Beschränkungen gilt für die bereits zugelassenen medizinischen Versorgungszentren ebenso ein Bestandsschutz auf den Status quo.

## C Änderungsvorschlag

aa) keine Änderung

bb) Begrenzung der Gründung medizinischer Versorgungszentren durch Krankenhäuser auf fachbezogene medizinische Versorgungszentren:

Zu Beginn des neu eingeführten Satz 2 des § 95 Absatz 1a (in der Fassung des Gesetzesentwurfs zum TSVG) werden die Wörter „Zugelassene Krankenhäuser und“ eingefügt.

Räumliche Begrenzung der Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums:

Nach dem neu eingefügten Satz 3 werden folgende Sätze eingefügt:

„Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die von zugelassenen Trägern nach Satz 1 gegründet wurden, ist auf den jeweiligen Planungsbereich, in dem der Träger seinen Sitz hat begrenzt; der Zulassungsausschuss kann hierzu aus Gründen der vertragsärztlichen Versorgung Ausnahmen festlegen. Bei fachübergreifenden medizinischen Versorgungszentren ist jeweils der größte Planungsbereich, der entsprechend der Bedarfsplanungs-Richtlinie einer der im medizinischen Versorgungszentren vertretenen Arztgruppen zugeordnet wird, anzuwenden. Die Regelung gemäß Satz 3 gilt gleichermaßen für medizinische Versorgungszentren, in denen zahnärztliche Leistungen erbracht werden sollen.“

Offenlegung der Eigentümerstrukturen und Einführung eines Prüfrechts für Zulassungsausschüsse:

Nach § 95 Absatz 2 Satz 6 wird folgender Satz 7 (neu) eingefügt: „Dem Zulassungsausschuss sind die Eigentümerstrukturen des Antragsstellers durch diesen offen zu legen.“

Nach § 95 Absatz 6 Satz 3 (in der Fassung des Kabinettsentwurfs zum TSVG) werden folgende Sätze eingefügt:

„Der Zulassungsausschuss ist berechtigt, bei einem medizinischen Versorgungszentrum die Voraussetzungen der Gründereigenschaften jederzeit nachzuprüfen. Das medizinische Versorgungszentrum hat ihm die hierfür erforderlichen Unterlagen auf Anforderung zu übermitteln. Der Zulassungsausschuss hat bei medizinischen Versorgungszentren die Voraussetzung der Gründereigenschaften regelmäßig spätestens in einem Abstand von 5 Jahren zu überprüfen; erstmalig spätestens in einem Abstand von 5 Jahren ab Zulassung des medizinischen Versorgungszentrums. Bei nicht Vorliegen der Gründereigenschaften ist die Zulassung zu entziehen.“

cc) Bestandsschutz

Nach Absatz 1a wird ein neuer Absatz 1b eingefügt. Der Absatz 1b wird wie folgt neu gefasst:

Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am 1. Januar 2012 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort. Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 oder von zugelassenen Krankenhäusern gegründet wurden und am ... [einsetzen: Datum des Tages der Verkündung] bereits zugelassen sind, gilt mit der Maßgabe fort, dass diese ihr am [einsetzen: Datum des Tages der Verkündung] bestehendes Versorgungsangebot nicht erweitern dürfen. Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am [einsetzen: Datum des Tages der Verkündung] bereits zugelassen sind, gilt mit der Maßgabe fort, dass diese ihr am [einsetzen: Datum des Tages der Verkündung] bestehendes Versorgungsangebot nur dann erweitern dürfen, wenn dies mit den Vorgaben des Absatz 1a Sätze 4 bis 6 vereinbar ist.



## **Artikel 1 Nr. 52 b) § 95 SGB V Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

aa) Klarstellung, dass die selbstschuldnerische Bürgschaft und die Sicherstellungen nach § 232 BGB gleichwertig und optional nebeneinanderstehen, da in der Praxis teilweise eine Beschränkung auf die Möglichkeit der Abgabe einer selbstschuldnerischen Bürgschaft vorgenommen wird, die insbesondere für öffentlich-rechtliche Träger Schwierigkeiten bereiten kann.

bb) Die Erläuterung, wann ein Antrag auf Zulassung abzulehnen ist, wird um die neue Regelungskompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 101 Absatz 1 Satz 8 zur Festlegung von Mindest- oder Höchstversorgungsanteilen erweitert.

### **B Stellungnahme**

aa) Nachvollziehbare Klarstellung

Darüber hinaus sollen auch medizinische Versorgungszentren in der Rechtsform einer Genossenschaft eine selbstschuldnerische Bürgschaft oder andere Sicherheitsleistungen nach § 232 BGB abgeben.

Einer der Gründe dafür, dass der Gesetzgeber zwar die Gründung von medizinischen Versorgungszentren in der Rechtsform einer GmbH, nicht jedoch die Gründung von medizinischen Versorgungszentren in der Rechtsform einer Genossenschaft von der Vorlage selbstschuldnerischer Bürgschaftserklärungen der Gesellschafter abhängig gemacht hat, dürfte in dem Umstand zu sehen sein, dass der Entwurf des GKV-VSG (BT-Drucks 17/6906 S 21, S 71 zu Art 1 Nr. 31 b) zunächst vorgesehen hatte, dass medizinische Versorgungszentren nur noch in der Rechtsform einer Personengesellschaft oder einer GmbH gegründet werden können. Die Möglichkeit zur Gründung von medizinischen Versorgungszentren in Form einer Genossenschaft ist erst im weiteren Gesetzgebungsverfahren auf Empfehlung des Bundestagsausschusses für Gesundheit (BT-Drucks 17/8005 S 36) eingefügt worden. Daher liegt die Vermutung nahe, dass die entsprechende Änderung des § 95 Absatz 1a Satz 1 SGB V bei der Regelung zur Bürgschaftsverpflichtung in § 95 Absatz 2 Satz 6 SGB V versehentlich nicht nachvollzogen wurde.

bb) Die Regelung korrespondiert mit der Absicht des Gesetzgebers, dem G-BA Gestaltungsspielräume bei der Versorgungsplanung zu ermöglichen, indem Versorgungsanteile für einzelne Fachgruppen bzw. Untergruppen von Fachgruppen definiert werden können. Der Vorschlag ist sachgerecht und wird positiv gesehen.

Darüber hinaus sollte jedoch der Gefahr entgegengewirkt werden, dass medizinische Versorgungszentren in einzelnen Planungsbereichen die gebotene Vielfalt der Leistungserbringer im Sinne von § 2 Abs. 3 SGB V gefährden und damit nach ihren Vorstellungen und wirtschaftlichen Interessen die Versorgung prägen können. Eine entsprechende Regelung ist aufzunehmen. Ein Aussetzen dieser Regelung erscheint in unterversorgten und von Unterversorgung bedrohten Planungsbereichen als sinnvoll.

## C Änderungsvorschlag

aa) Nach den Worten „in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung“ werden die Worte „oder einer eingetragenen Genossenschaft“ ergänzt.

bb) Nach Satz 9 werden folgende Sätze angefügt:

„Anträge auf Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums sowie auf Genehmigung der Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum sind abzulehnen, wenn das medizinische Versorgungszentrum oder eine Gesamtheit von medizinischen Versorgungszentren dadurch die Vielfalt der Leistungserbringer gefährdet. Eine Gefährdung wird angenommen, wenn

1. ein oder mehrere medizinische Versorgungszentren unter gleicher Trägerschaft mehr als 40 Prozent der Arztsitze der jeweiligen Fachgruppe innerhalb des Planungsbereiches innehaben,
2. drei oder weniger Träger von medizinischen Versorgungszentren zusammen mehr als 50 Prozent der Arztsitze der jeweiligen Fachgruppe innerhalb des Planungsbereiches inne haben oder,
3. fünf oder weniger Träger von medizinischen Versorgungszentren zusammen mehr als zwei Drittel der Arztsitze der jeweiligen Fachgruppe innerhalb des Planungsbereiches innehaben.

Ausnahmen der Regelung gemäß Satz 10 sind für Gebiete, für die der Landesausschuss Unterversorgung oder drohende Unterversorgung festgestellt hat, zulässig.“

## **Art. 1 Nr. 52 c) § 95 SGB V Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

aa) Aufgrund einer Änderung in § 19a Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, wonach die Möglichkeit eröffnet wird, die Zulassung bzw. den Versorgungsauftrag neben der Hälfte auch nur um ein Viertel zu reduzieren, wird im SGB V die obsoletere Konkretisierung des Umfangs bei der Verpflichtung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung gestrichen.

bb) Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet zu prüfen, ob Vertragsärztinnen und -ärzte ihren Versorgungsauftrag und damit auch ihre Mindestsprechstundenzeiten einhalten. Aufgrund der bisher sehr unterschiedlichen Umsetzung, wird der Prüfauftrag durch folgenden Einschub konkretisiert:

„bundeseinheitlich insbesondere anhand der abgerechneten Fälle und anhand der Gebührenordnungspositionen mit den Angaben für den zur ärztlichen Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand nach § 87 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz“

cc) Auch die Umsetzung der Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Ergebnisse ihrer Prüfung den Landes- und Zulassungsausschüssen mindestens jährlich zu übermitteln, erfolgt nicht bundeseinheitlich. Um auch hier ein einheitliches Verfahren zu gewährleisten, werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, ihre Berichte zu den Ergebnissen der Prüfungen gegenüber den Landes- und Zulassungsausschüssen jeweils zum 30. Juni des Jahres vorzulegen. Zusätzlich sind die Prüfberichte künftig auch den zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen. Neben den Ergebnissen haben die Berichte nun zusätzlich eine Übersicht über die gegebenenfalls getroffenen Maßnahmen zu enthalten.

### **B Stellungnahme**

aa) Nachvollziehbare Änderung

bb) In der Vergangenheit sind die Kassenärztlichen Vereinigungen ihrem Prüfauftrag zur Erfüllung des Versorgungsauftrages nur in begrenztem Umfang nachgekommen. Die verbindlichere Ausgestaltung der Überprüfung wird daher ausdrücklich begrüßt. In Anlehnung an

cc) Die Übermittlung einer Übersicht der getroffenen Maßnahmen wird ausdrücklich begrüßt.

### **C Änderungsvorschlag**

aa) Keinen

bb) Keinen

cc) Keinen

## **Art. 1 Nr. 52 d) § 95 SGB V Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

In Folge einer Änderung in § 19a Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, wonach die Möglichkeit eröffnet wird, die Zulassung bzw. den Versorgungsauftrag neben der Hälfte auch nur um ein Viertel zu reduzieren, kann der Zulassungsausschuss künftig auch beschließen, dass nur ein Viertel der Zulassung ruht.

### **B Stellungnahme**

Nachvollziehbare Anpassung

### **C Änderungsvorschlag**

Keinen

## **Art. 1 Nr. 52 e) § 95 SGB V Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

aa) In Folge einer Änderung in § 19a Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, wonach die Möglichkeit eröffnet wird, die Zulassung bzw. den Versorgungsauftrag neben der Hälfte auch nur um ein Viertel zu reduzieren, kann der Zulassungsausschuss künftig neben einer hälftigen Entziehung auch die Entziehung eines Viertels der Zulassung beschließen.

bb) Hat ein Praxisnetz in einem unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebiet ein MVZ gegründet und wird dadurch die Unterversorgung beseitigt, müsste die Zulassung entzogen werden, da die Gründungsvoraussetzungen nicht mehr gegeben sind. Um dies zu verhindern wird geregelt, dass die Gründungsvoraussetzungen für bereits errichtete Praxisnetze gewahrt bleiben.

cc) Um zu verhindern, dass einem medizinischen Versorgungszentrum nach dem Ausscheiden aller originären Gründer die Zulassung entzogen wird, obwohl angestellte Ärzte des medizinischen Versorgungszentrums bereit sind die Gesellschafteranteile zu übernehmen, wird geregelt, dass die Gründungsvoraussetzung gewahrt bleibt, wenn angestellte Ärzte die Gesellschafteranteile übernehmen. Dies gilt, solange sie in dem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind.

dd) Änderung eines Verweises

### **B Stellungnahme**

aa) Nachvollziehbare Anpassung

bb) Nachvollziehbare Anpassung

cc) Es ist kritisch zu sehen, dass mit dieser Regelung der Betrieb eines medizinischen Versorgungszentrums verstetigt wird. Vor dem Hintergrund, dass das Zusammenspiel von am Gesundheitsmarkt in mehrfacher Hinsicht tätigen Betreibern von medizinischen Versorgungszentren einerseits und Leistungserbringern an medizinischen Versorgungszentren andererseits transparent sein sollte, wird eine Prüfung des Weiterbetriebes (Versorgungsbedarf, Gründungsvoraussetzungen) als notwendig erachtet.

dd) Nachvollziehbare Verweisänderung

**C Änderungsvorschlag**

aa) Keinen

bb) Keinen

cc) Aufnahme der Prüfung des Versorgungsbedarfs und der Gründungsvoraussetzungen. Textierung: „Bei Ausscheiden aller Gründungsmitglieder ist zu prüfen, ob weiterhin eine Versorgungsnotwendigkeit sowie die Gründungsvoraussetzungen bestehen.“

dd) keinen

## **Art. 1 Nr. 52 f) § 95 SGB V Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Bisher regelt der § 19 Absatz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, dass eine Zulassung endet, wenn die vertragsärztliche Tätigkeit in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich nicht innerhalb von drei Monaten nach Zustellung des Beschlusses über die Zulassung aufgenommen wird. Das Bundesverfassungsgericht hat diesen Paragraphen wegen Verstoß gegen Art. 12 Absatz 1 Grundgesetz für nichtig erklärt. Es sah in § 98 Absatz 1 keine hinreichende Ermächtigungsgrundlage für § 19 Absatz 3 Ärzte-ZV und bewertete die Verortung dieser Regelung außerhalb des SGB V in einer Rechtsverordnung, deren gesetzliche Ermächtigungsgrundlage im SGB V den entsprechenden Regelungsinhalt nicht mehr umfasse, als verfassungswidrig. Nun wird der Absatz 7 des § 95 SGB V um diese Sonderregelung ergänzt.

### **B Stellungnahme**

Art. 12 Absatz 1 Grundgesetz besagt, dass alle Deutschen das Recht haben, Beruf, Arbeitsplatz und Ausbildungsstätte frei zu wählen. Die Berufsausübung kann durch Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes geregelt werden. Vor diesem Hintergrund ist die Verschiebung der Regelung von der Ärzte-ZV in das SGB V nachvollziehbar.

### **C Änderungsvorschlag**

Keinen

## **Art. 1 Nr. 52 g) § 95 SGB V Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Ergänzung der Regelung zur Genehmigung für die Anstellung bei einem Vertragsarzt um die neue Regelungskompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 101 Absatz 1 Satz 8 zur Festlegung von Mindest- oder Höchstversorgungsanteilen.

### **B Stellungnahme**

Folgerichtige Anpassung

### **C Änderungsvorschlag**

Keinen



## **Art. 1 Nr. 52 h) § 95 SGB V Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Im Absatz 9a zur Umwandlung einer genehmigten Anstellung in eine Zulassung erfolgt die Korrektur eines Verweisfehlers.

### **B Stellungnahme**

Die Anpassung ist insofern nachvollziehbar, als das nicht auf das Nachbesetzungsverfahren verwiesen wird, welches in § 103 Absatz 4 beschrieben wird, sondern auf die Beantragung eines Nachbesetzungsverfahrens, welches in § 103 Absatz 3a beschrieben ist.

Darüber hinaus ist in diesem Absatz der mit diesem Gesetz neu eingeführte dreiviertelte Versorgungsauftrag zu ergänzen.

### **C Änderungsvorschlag**

Keinen

## Art. 1 Nr. 53 § 96 SGB V Zulassungsausschüsse

### A Beabsichtigte Neuregelung

Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden erhalten ein Mitberatungsrecht in den Verfahren, in denen der Zulassungsausschuss für Ärzte eine der folgenden Entscheidungen trifft:

1. ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze, um einen zusätzlichen lokalen oder einen qualifikationsbezogenen Versorgungsauftrag zu decken,
2. Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens,
3. Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze in ländlichen oder strukturschwachen Teilgebieten,
4. Ablehnung einer Nachbesetzung,
5. Ermächtigung von Ärzten und Einrichtungen,
6. Befristung einer Zulassung und
7. Verlegung eines Vertragsarztsitzes oder einer genehmigten Anstellung.

Bei dem Mitberatungsrecht handelt es sich um eine Teilnahme-, Informations- und Mitberatungsbefugnis. Darüber hinaus erhalten sie das Recht zur Stellung verfahrensliefernder Anträge.

### B Stellungnahme

Die Regelung ist mit Nachdruck abzulehnen. Die obersten Landesbehörden sind bereits im Sinne einer Rechtsaufsicht als auch mitberatend in den Landesausschüssen in die Bedarfsplanung eingebunden als auch mitwirkend im Gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V. Darüber hinaus wird die Rechtsaufsicht um eine Fachaufsicht erweitert, wodurch ein Interessenskonflikt entsteht. Diese Regelung ist eine Aushöhlung der Selbstverwaltung, welche die Finanzierung zu leisten hat.

### C Änderungsvorschlag

Keine Aufnahme der Neuregelung

## Art. 1 Nr. 54 § 101 SGB V Überversorgung

### A Beabsichtigte Neuregelung

- a) Anpassung der Frist für die Überprüfung und Weiterentwicklung der Bedarfsplanungs-Richtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vom 1. Januar 2017 auf den 1. Juli 2019.
- b) Erweiterung der Regelungskompetenzen des Gemeinsamen Bundesausschusses um die Möglichkeit, innerhalb einzelner Arztgruppen nach Fachgebieten, Facharzt-kompetenzen oder Schwerpunkt-kompetenzen differenzierte Mindest- oder Höchst-versorgungsanteile für Ärzte dieser Fachrichtungen oder Ärzte mit entsprechenden Kompetenzen festzulegen. Dabei haben diese Festlegungen keine Auswirkungen auf die für die betreffenden Arztgruppen festgesetzten Verhältniszahlen.
- c) Aufgrund der unter b) eingefügten Erweiterung wird ein Verweis redaktionell ange-passt.

### B Stellungnahme

zu a) Bereits mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde der Gemeinsame Bun-desausschuss verpflichtet, die Bedarfsplanung zu überprüfen. Eine Anpassung der Frist wurde aufgrund des hierfür durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in Auftrag ge-gebenen umfangreichen Gutachtens notwendig. Vor dem Hintergrund, dass das Gut-achten erst am 15. Oktober 2018 veröffentlicht wurde, wäre eine verlängerte Frist wün-schenswert, um die Vorschläge adäquat auf Umsetzbarkeit prüfen zu können und spä-tere Nachbesserungen zu vermeiden. Da das Gutachten jedoch einen Großteil der ak-tuellen Bedarfsplanung bestätigt, wird eine Fristanpassung auf den 31. Dezember 2019 als ausreichend eingeschätzt.

zu b) Die Bildung von Versorgungsanteilen innerhalb der Arztgruppen wurde lange von der Selbstverwaltung gefordert und wird damit ausdrücklich begrüßt. Damit kann die Be-darfsplanung so weiterentwickelt werden, dass die wachsende Anzahl an zusätzlichen Qualifikationen und sich aus der Entwicklung der Weiterbildungsordnung für Ärzte erge-bende Subqualifikationen angemessen abgebildet werden können. Die in der Gesetzes-begründung skizzierte Steuerung zwischen Grundversorgung und spezialisierter Versor-gung ist vor allem in ländlichen Gebieten sowie aufgrund der zunehmenden Spezialisie-rung notwendig und sollte daher explizit im Gesetzestext wiedergegeben werden.

zu c) Redaktionell notwendige Anpassung eines Verweises

**C Änderungsvorschlag**

zu a) Anpassung der Frist auf den 31. Dezember 2019

zu b) Übertragung der Steuerung zwischen Grundversorgung und spezialisierter Versorgung aus der Gesetzesbegründung in das SGB V indem die Aufzählung um „spezifizierten Behandlungsumfang“ erweitert wird.

zu c) Keinen

## **Art. 1 Nr. 55 a) § 103 SGB V Zulassungsbeschränkungen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Mit einer Erweiterung des Absatz 1 werden für Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, die sich gegenüber dem Zulassungsausschuss verpflichten, mindestens 80 Prozent ihrer abrechnungsfähigen Leistungen aus dem Bereich der psychiatrischen Leistungen zu erbringen, sowie für Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie und Kinderärzte, geltende Zulassungsbeschränkungen befristet aufgehoben, soweit die Ärzte in den fünf Jahren vor Beantragung der Zulassung nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen haben. Die Befristung endet mit der Umsetzung des gesetzlichen Auftrages des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Überprüfung der Bedarfsplanung, welche gemäß der Anpassung aufgrund dieses Gesetzes mit Wirkung zum 1. Juli 2019 zu erfolgen hat.

### **B Stellungnahme**

Bei dieser Regelung handelt es sich um einen ordnungspolitisch außergewöhnlichen Eingriff in Regelungsbefugnisse der Selbstverwaltung, der mit Nachdruck abzulehnen ist. Durch die Aufhebung der Zulassungssperren für drei Arztgruppen bzw. eine Subgruppe werden diese versorgungspolitisch nicht nachvollziehbar privilegiert. Stattdessen könnte der Selbstverwaltung im Rahmen der Überprüfung der Bedarfsplanungs-Richtlinie für Juli 2019 hierzu ein besonderer Überprüfungsauftrag erteilt werden.

Bei Umsetzung dieser Regelung droht schlecht versorgten Regionen weiterer Ressourcenentzug: Es wird erwartet, dass Ärzte dieser Fachgruppen mit Zulassungsabsichten die Gelegenheit nutzen werden und sich in bereits zulassungsbeschränkten Planungsbereichen niederlassen. Damit wird die Versorgung der Patienten weiter verschlechtert, da der Versorgungsgrad in unterversorgten oder nicht gesperrten Planungsbereichen zwar kurzfristig unverändert bleibt, aber mittelfristig keine neuen Zulassungen zu erwarten sind.

Das Instrument der Quotenbildung auf Basis eines Leistungsspektrums wird begrüßt und sollte zukünftig durch den GBA genutzt werden können (siehe Stellungnahme zu Nr. 54 § 101 SGB V). Sollte der Gesetzgeber an der Regelung festhalten, wäre auch für die Kinderärzte eine Quotenregelung notwendig, die eine Verpflichtung auf kinderärztliche Grund- bzw. Basisversorgung vorsieht.

### **C Änderungsvorschlag**

Für die Aufnahme einer Quote für Kinderärzte wird nach „die der Arztgruppe der Kinderärzte angehören“ folgender Halbsatz aufgenommen: „die sich verpflichten, mindestens 80 Prozent ihrer abrechnungsfähigen Leistungen aus dem Bereich der kinderärztlichen Grund- bzw. Basisversorgung zu erbringen“.

## **Art. 1 Nr. 55 b) § 103 SGB V Zulassungsbeschränkungen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Mit einer Erweiterung des Absatz 2 wird den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden die Möglichkeit eingeräumt, ländliche oder strukturschwache Teilgebiete eines Planungsbereichs zu bestimmen, die auf ihren Antrag hin von Zulassungsbeschränkungen auszunehmen sind.

Die arztgruppenbezogene Anzahl der zusätzlichen Zulassungsmöglichkeiten wird vom Landesausschuss festgelegt.

Für die Bestimmung der ländlichen und strukturschwachen Teilgebiete sowie für die Ermittlung der Anzahl und Fachrichtungen der zusätzlichen Zulassungsmöglichkeiten stellt der Landesausschuss unter Beteiligung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde allgemeingültige Kriterien auf, die den jeweiligen Entscheidungen zugrunde zu legen sind. Der Landesausschuss hat sich dabei an den laufenden Raubeobachtungen und Raumabgrenzungen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung zu orientieren oder eine vergleichbare Abgrenzung ländlicher Gebiete durch die für die Landesplanung zuständigen Stellen zu Grunde zu legen.

Die zusätzlichen Arztstühle sind in den Bedarfsplänen auszuweisen.

### **B Stellungnahme**

Die Regelung ist mit Nachdruck abzulehnen, da die obersten Landesbehörden sowohl im Sinne einer Rechtsaufsicht als auch mitberatend in die Bedarfsplanung eingebunden werden und damit ihre zusätzlichen Kompetenzen in den Planungsprozess einbringen können. Dies betrifft auch die Feststellung von zusätzlichem lokalem Versorgungsbedarf für gesperrte Planungsbereiche durch die Landesausschüsse, die regelmäßig Neuzulassungen zur Folge haben. Insofern handelt es sich hierbei um eine unnötige Doppelregelung mit großem vorgelagertem Beratungs- und Festlegungsaufwand. Darüber hinaus wird die Rechtsaufsicht um eine Fachaufsicht erweitert, wodurch ein Interessenskonflikt entsteht. Diese Regelung ist eine Aushöhlung der Selbstverwaltung, welche die Finanzierung zu leisten hat.

### **C Änderungsvorschlag**

Keinen

## **Art. 1 Nr. 55 c) § 103 SGB V Zulassungsbeschränkungen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Mit Einführung eines Verweises auf die in § 101 hinzugewonnene Kompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses, innerhalb einer Arztgruppe Mindest- oder Höchstversorgungsanteile festlegen zu können (in Absatz 3a) gilt diese auch für Entscheidungen über die Nachbesetzung von Arztsitzen. Damit kann der Zulassungsausschuss einen Antrag auf Nachbesetzung nicht ablehnen, wenn der Nachfolger die Festlegungen zur Erfüllung von Mindestanteilen innerhalb der Arztgruppen erfüllt.

### **B Stellungnahme**

Die Berücksichtigung der Mindest- oder Höchstversorgungsanteile bei der Nachbesetzung ist konsequent.

### **C Änderungsvorschlag**

Keinen

## Art. 1 Nr. 55 d) § 103 SGB V Zulassungsbeschränkungen

### A Beabsichtigte Neuregelung

aa) Absatz 4 beschreibt das Verfahren, wenn in einem zulassungsbeschränkten Planungsbereich einem Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens entsprochen wurde. Durch die Aufnahme eines entsprechenden Verweises gilt dieses Verfahren nun auch für zusätzliche Zulassungen in ländlichen oder strukturschwachen Teilgebieten, die aufgrund des Antrages durch die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden entstanden sind.

bb) Darüber hinaus wird die Liste der Kriterien, die bei der Auswahl der Bewerber im Rahmen des Nachbesetzungsverfahrens zu berücksichtigen sind, ergänzt.

aaa) Hierfür wird zunächst in Nummer 8 der Punkt durch ein Komma ersetzt.

bbb) Anschließend wird eine Nummer 9 eingefügt: Bei der Auswahl der Bewerber ist bei medizinischen Versorgungszentren, Vertragsärzten und Berufsausübungsgemeinschaften das besondere Versorgungsangebot zu berücksichtigen.

cc) Die fakultative Möglichkeit zur Berücksichtigung der Ergänzung des besonderen Versorgungsangebotes des medizinischen Versorgungszentrums bei der Auswahl der Bewerber war bisher bereits an anderer Stelle verortet. Mit der Verschiebung in die Liste der bei der Auswahl der Bewerber zu berücksichtigenden Kriterien ist der Zulassungsausschuss nunmehr verpflichtet, dieses Kriterium zu berücksichtigen.

### B Stellungnahme

aa) Wie unter Nr. 55 b) ausgeführt, wird der Eingriff durch die Landesbehörde abgelehnt. Abgesehen davon handelt es sich an dieser Stelle um eine daraus resultierende, nachvollziehbare Folgeänderung. Die konkrete Verortung als Halbsatz nach dem Hinweis, dass die beschriebenen Regelungen auch bei hälftigem Verzicht oder bei hälftiger Entziehung der Zulassung gelten, wird jedoch als unpassend empfunden. Da bereits in Absatz 2 geregelt wird, die zusätzlichen Arztsitze in den Bedarfsplänen auszuweisen und bei der parallel laufenden Feststellung von zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf ein Hinweis in diesem Absatz fehlt, kann bei den zusätzlichen Zulassungen in ländlichen und strukturschwachen Teilgebieten ebenso auf eine Nennung im Absatz 4 verzichtet werden.

Darüber hinaus ist in diesem Absatz der mit diesem Gesetz neu eingeführte dreiviertelte Versorgungsauftrag zu ergänzen.

bb) Es wird begrüßt, dass die kann-Regelung zur Berücksichtigung des besonderen Versorgungsangebotes bei medizinischen Versorgungszentren verbindlicher ausgestaltet wurde. Soweit auch von Vertragsärzten und Berufsausübungsgemeinschaften ein besonderes Versorgungsspektrum angeboten wird, ist dieses korrekterweise ebenso zu berücksichtigen.

aa) Nachvollziehbare Folgeänderung



**C      Änderungsvorschlag**

aa) keine Aufnahme

bb) Keinen

cc) Keinen

## Art. 1 Nr. 55 e) § 103 SGB V Zulassungsbeschränkungen

### A Beabsichtigte Neuregelung

aa) Die Regelungen im Zusammenhang mit dem Verzicht auf Zulassung von Vertragsärzten in gesperrten Planungsbereichen zugunsten einer Anstellung in einem MVZ werden dahingehend konkretisiert, als dass die Ergänzung des besonderen Versorgungsangebots des MVZ durch den Arzt bei der Prüfung, ob der Anstellung Gründe der vertragsärztlichen Versorgung entgegenstehen, zu berücksichtigen ist.

Darüber hinaus wird ergänzt, dass ein Vertragsarzt weiterhin in seinem bisherigen Planungsbereich tätig sein kann - auch wenn der Sitz des medizinischen Versorgungszentrums in einem anderen Planungsbereich liegt.

bb) Die bisherige Möglichkeit zur Nachbesetzung einer Arztstelle in MVZ wird beschränkt: MVZ müssen zur Nachbesetzung einer Arztstelle zukünftig einen Antrag stellen. Der Zulassungsausschuss kann die Nachbesetzung im Anschluss innerhalb von drei Monaten ablehnen, wenn diese aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. Erfüllt der Nachfolger die Anforderung an die Zusammensetzung der Arztgruppen entsprechend der neuen Regelungskompetenz des Gemeinsamen Bundesausschuss, ist dem Antrag stattzugeben.

### B Stellungnahme

aa) Es ist zu klären, wie die Berücksichtigung der Anstellung in den Bedarfsplänen erfolgt, wenn der Arzt in einem anderen Planungsbereich angestellt ist als er tatsächlich tätig ist, da ggf. ein Zulassungskarussell in Gang gesetzt werden kann. Um dies zu vermeiden, müsste für den angestellten Arzt eine Nebenbetriebsstätte im bisherigen Planungsbereich gegründet werden, sodass keine Veränderung der Zuordnung im Bedarfsplan erfolgt.

bb) Es ist nachvollziehbar, dass vor allem aufgrund der zunehmenden Anzahl medizinischer Versorgungszentren bzw. Ärzten in Anstellungsverhältnissen die Möglichkeit geschaffen werden sollte, eine einmal genehmigte Anstellung regelmäßig zu überprüfen. Insofern wird die Aufnahme dieser Regelung begrüßt.

### C Änderungsvorschlag

aa) keine Aufnahme des neuen Satz 3

bb) Keinen

## Art. 1 Nr. 55 f) § 103 SGB V Zulassungsbeschränkungen

### A Beabsichtigte Neuregelung

aa) Die Regelungen im Zusammenhang mit dem Verzicht auf Zulassung von Vertragsärzten in gesperrten Planungsbereichen zugunsten einer Anstellung bei einem Vertragsarzt werden dahingehend konkretisiert, als dass die Ergänzung des besonderen Versorgungsangebots des anstellenden Arztes durch den anzustellenden Arzt bei der Prüfung, ob der Anstellung Gründe der vertragsärztlichen Versorgung entgegenstehen, zu berücksichtigen ist.

Darüber hinaus wird ergänzt, dass der Vertragsarzt weiterhin in seinem bisherigen Planungsbereich tätig sein kann - auch wenn der Sitz des anstellenden Arztes in einem anderen Planungsbereich liegt.

bb) Die bisherige Möglichkeit zur Nachbesetzung einer angestellten Arztstelle bei einem anstellenden Arzt wird beschränkt: Anstellende Ärzte müssen zur Nachbesetzung einer Arztstelle zukünftig einen Antrag stellen. Der Zulassungsausschuss kann die Nachbesetzung im Anschluss innerhalb von drei Monaten ablehnen, wenn diese aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. Erfüllt der Nachfolger die Anforderung an die Zusammensetzung der Arztgruppen entsprechend der neuen Regelungskompetenz des Gemeinsamen Bundesausschuss, ist dem Antrag stattzugeben.

### B Stellungnahme

aa) Hierbei ist zu klären, wie die Berücksichtigung der Anstellung in den Bedarfsplänen erfolgt, wenn der Arzt in einem anderen Planungsbereich angestellt ist als er tatsächlich tätig ist, da ggf. ein Zulassungskarussell in Gang gesetzt werden kann. Um dies zu vermeiden, müsste für den angestellten Arzt eine Nebenbetriebsstätte im bisherigen Planungsbereich gegründet werden, sodass keine Veränderung der Zuordnung im Bedarfsplan erfolgt.

bb) Vor allem aufgrund der zunehmenden Anzahl von Ärzten in Anstellungsverhältnissen sollte die Möglichkeit geschaffen werden, eine einmal genehmigte Anstellung regelmäßig zu überprüfen. Insofern wird die Aufnahme dieser Regelung begrüßt.

### C Änderungsvorschlag

aa) keine Aufnahme des neuen Satz 3

bb) Keinen

## **Art. 1 Nr. 56 a) § 105 SGB V Förderung der vertragsärztlichen Versorgung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

aa) Laut Absatz 1 haben die KVen alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern. Die Konkretisierung zu Sicherstellungszuschlägen wird an dieser Stelle gestrichen und in veränderter Form an anderer Stelle verortet (siehe Nr. 56 e).

bb) Das selbige gilt für die Eigeneinrichtungen: Zugunsten eines neu eingeführten Absatz 1b werden die Ausführungen zu Eigeneinrichtungen im Absatz 1 aufgehoben. Dass die Kassenärztlichen Vereinigungen für das Betreiben von Eigeneinrichtungen das Benehmen der Krankenkassen bedürfen wird zwar gestrichen, jedoch nicht im Absatz 1b aufgenommen.

### **B Stellungnahme**

aa) Nachvollziehbare Folgeänderung

bb) Grundsätzlich kann die Streichung aufgrund der Neuverortung nachvollzogen werden, jedoch nicht der Wegfall der Notwendigkeit der Benehmensherstellung mit den Krankenkassen, weswegen eine Wiederaufnahme im neuen Absatz 1b gefordert wird.

### **C Änderungsvorschlag**

aa) Keinen

bb) Wiederaufnahme der Benehmensherstellung

## Art. 1 Nr. 56 b) § 105 SGB V Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

### A Beabsichtigte Neuregelung

aa) Der bisher fakultativ einzurichtende Strukturfonds wird mit der Neufassung des Absatz 1a für jede Kassenärztliche Vereinigung verpflichtend. Zusätzlich werden die finanziellen Mittel von bisher 0,1 Prozent der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auf mindestens 0,1 und höchstens 0,2 Prozent erhöht.

bb) Aufgrund der Verpflichtung folgen redaktionelle Änderungen in Satz 2.

cc) Die bestehende und nicht abschließende Aufzählung möglicher Verwendungszwecke wird um folgende Maßnahmen erweitert:

- Zuschüsse zu den Investitionskosten auch bei Praxisübernahmen in Ergänzung zu bei Neuniederlassung oder Gründung von Zweigpraxen,
- Förderung von KV-Eigeneinrichtungen und lokalen Gesundheitszentren für die medizinische Grundversorgung,
- Förderung der Erteilung von Sonderbedarfszulassungen,
- Förderung des freiwilligen Verzichts auf die Zulassung als Vertragsarzt, insbesondere bei Verzicht auf einen Nachbesetzungsantrag, und Entschädigungszahlungen, wenn ein Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens abgelehnt wird.

Damit kann die Kassenärztliche Vereinigung ihrer in § 103 Absatz 3a Satz 13 festgelegten Verpflichtung zur Zahlung einer Entschädigung bei nicht Nachbesetzung und den nach § 105 Absatz 3 Satz 1 freiwilligen Verzicht auf die Zulassungen als Vertragsarzt nun mit Mitteln aus dem Strukturfonds nachkommen.

Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass die für den Strukturfonds bereitgestellten Mittel vollständig verwendet werden. Die KV hat jährlich einen im Internet zu veröffentlichen Bericht über die Verwendung der Mittel zu erstellen.

### B Stellungnahme

aa) Die Verpflichtung zur Einrichtung eines Strukturfonds wird als nicht sinnvoll erachtet. Vor allem in sehr gut versorgten Planungsbereichen wie beispielsweise Ballungsgebieten mit Überversorgung, besteht das Risiko, Versicherungsgelder in nicht notwendige Maßnahmen zu „versenken“. Dies wird durch die einzustellende Mindestsumme und die Verpflichtung zur vollständigen Verwendung der Gelder verstärkt. Im Zusammenspiel mit der Verpflichtung wäre es daher wünschenswert, auf die Untergrenze zu verzichten, sowie nicht verwendete Gelder an die Krankenkassen bzw. in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zurückzuführen.

Die Flexibilisierung der Fördersumme wird begrüßt.

bb) Nachvollziehbare redaktionelle Änderungen

cc) Grundsätzlich ist es unabdingbar, dass die Krankenkassen bezüglich der geförderten Maßnahmen ein Mitspracherecht erhalten bzw. zumindest ins Benehmen zu setzen sind. Vor allem vor dem Hintergrund, dass der Strukturfonds auch zur Förderung von KV-Eigeneinrichtungen oder bei freiwilligem Verzicht auf eine Zulassung als Vertragsarzt eingesetzt werden kann. Hier wird großes Missbrauchspotential gesehen.

Entschädigungszahlungen nach § 103 Absatz 3a Satz 13 können zukünftig durch den Strukturfonds geleistet werden, obwohl diese nach demselben Satz von den KVen zu zahlen sind. Es wird gefordert, die Entschädigungszahlungen aus der Liste der Verwendungszwecke zu streichen. Das selbige gilt für den freiwilligen Verzicht auf die Zulassung, der ebenso weiterhin allein durch die KVen finanziell gefördert werden soll. Wichtiger als die Frage der Finanzierung der Entschädigungszahlung ist jedoch, dass diese endlich zum Tragen kommen. Anders als bei anderen Entscheidungen der Zulassungsausschüsse kann hier bei Stimmgleichheit eine Aufkaufregelung abgewendet werden (§ 103 Absatz 3a Satz 9 SGB V). Diese Regelung sollte gestrichen werden.

Der im Internet zu veröffentliche Bericht über die Verwendung der Mittel wird begrüßt. Darüber hinaus wird angeregt, die Kassenärztlichen Vereinigungen dazu zu verpflichten, im Landesausschuss über die Art der Fördermaßnahmen, die Höhe der jeweils eingesetzten Mittel sowie deren Wirkung zu berichten. Eine bundesweite Evaluation der Effekte der Strukturfonds mit dem Ziel, ggf. bundeseinheitliche Kriterien festzulegen, wird als sinnvoll erachtet.

### **C Änderungsvorschlag**

aa) Wird an der Verpflichtung zur Einrichtung eines Strukturfonds festgehalten, sollte zumindest die Mindestgrenze aufgehoben werden (Textierung: Die Angabe „0,1 Prozent“ wird durch die Wörter „höchstens 0,2 Prozent“ ersetzt.) sowie die nicht verwendeten Mittel an die Krankenkassen bzw. in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zurückfließen (Textierung: „Nicht verwendete Mittel fließen zurück an die Krankenkassen bzw. in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung.“)

bb) Da die Verpflichtung abgelehnt wird, sollen die Änderungen in Satz 2 nicht durchgeführt werden.

cc) Streichung der Maßnahme Nr. 6 des Absatz 1a, Satz 3 sowie § 103 Absatz 3a Satz 9 zweiter Halbsatz SGB V.

Die Benehmensherstellung sowie die Meldepflicht und die Evaluation sind einzuführen: „Für den Einsatz der Mittel des Strukturfonds bedürfen die Kassenärztlichen Vereinigungen des Benehmens mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, im Landesausschuss über die Art der Fördermaßnahmen, die Höhe der jeweils eingesetzten Mittel sowie deren Wirkung zu berichten. Mit dem Ziel, ggf. bundeseinheitliche Kriterien festzulegen, ist in regelmäßigen Abständen eine bundesweite Evaluation der Effekte der Strukturfonds durchzuführen.“

## **Art. 1 Nr. 56 c) § 105 SGB V Förderung der vertragsärztlichen Versorgung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

In einem neuen Absatz 1b wird die bislang in Absatz 1 geregelte Möglichkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen, Eigeneinrichtungen zu betreiben oder sich an solchen zu beteiligen, erweitert. Zum einen können Einrichtungen auch durch Kooperationen und gemeinsam mit Krankenhäusern sowie in Form von mobilen oder telemedizinischen Versorgungsangebotsformen betrieben werden. Zum anderen werden Kassenärztliche Vereinigungen mit einer Frist von maximal 6 Monaten zum Betreiben von Eigeneinrichtungen verpflichtet, wenn Unterversorgung eingetreten ist oder in absehbarer Zeit droht. Die Vergütung erfolgt äquivalent zu den anderen Leistungserbringern nach den Regelungen §§ 87 bis 87c.

Entsprechend eines neu eingeführten Absatz 1c wirken KVen an dem Verfahren zur Vergabe von Medizinstudienplätzen sowie der Umsetzung der von Studienplatzbewerbern im Zusammenhang mit der Vergabe des Studienplatzes eingegangenen Verpflichtungen mit. Voraussetzung ist, dass der Landesgesetzgeber Regelungen getroffen hat, die eine entsprechende Beteiligung der KVen vorsieht.

### **B Stellungnahme**

Grundsätzlich ist es zu begrüßen, dass der Betrieb von Eigeneinrichtungen erweitert und flexibilisiert wird. In unterversorgten oder drohend unterversorgten Gebieten sind die Kassenärztlichen Vereinigungen zukünftig verpflichtet, Eigeneinrichtungen zu betreiben. Zu begrüßen sind die Kooperationen mit Krankenhäusern. Abzulehnen ist, dass die Krankenkassen, sofern es sich um die verpflichtende Sicherstellung handelt, nicht eingebunden werden. Wir plädieren grundsätzlich dafür, dass alle Eigeneinrichtungen in den Bedarfsplänen auszuweisen sind.

Die beratende Einbindung der für die Sicherstellung zuständigen KVen an der Vergabe von Medizinstudienplätzen erscheint sinnvoll, muss jedoch nicht zusätzlich im SGB V geregelt werden.

### **C Änderungsvorschlag**

Die Benehmensherstellung ist beizubehalten: „Zum Betreiben von Einrichtungen, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten dienen, oder zur Beteiligung an solchen Einrichtungen bedürfen die Kassenärztlichen Vereinigungen des Benehmens mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen.“

Keine Aufnahme des Absatz 1 c.

## Art. 1 Nr. 56 d) § 105 SGB V Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

### A Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 3, der die finanzielle Förderung des freiwilligen Verzichts auf eine Zulassung als Vertragsarzt und die Möglichkeit des Aufkaufs von Arztpraxen bei Ausschreibungsverzicht in einem gesperrten Planungsbereich durch die Kassenärztliche Vereinigung regelt, wird gestrichen. Stattdessen wurden – wie unter Nr. 56 b) cc) ausgeführt – die Förderung des freiwilligen Verzichts auf die Zulassung, insbesondere bei Verzicht auf einen Nachbesetzungsantrag nach § 103 Absatz 3a Satz 1 und eine Entschädigungszahlung, wenn der Zulassungsausschuss den Antrag eines Nachbesetzungsverfahrens abgelehnt hat, als mögliche Verwendungszwecke für die Mittel des Strukturfonds aufgenommen. Die bisherige Möglichkeit, in gesperrten Planungsbereichen den Aufkauf von Arztpraxen finanziell zu fördern, wenn auf eine Ausschreibung zur Nachbesetzung verzichtet wird, wird nicht mehr explizit genannt.

### B Stellungnahme

Die Streichung des freiwilligen Verzichts auf eine Zulassung als Vertragsarzt kann aufgrund des neuen Absatz 1a Satz 3 nachvollzogen werden – obwohl die Mittel hierfür bisher korrekterweise allein durch die Kassenärztliche Vereinigung zu tragen waren. Warum die Fördermöglichkeit des Aufkaufs von Arztpraxen bei Ausschreibungsverzicht der Nachbesetzung in einem gesperrten Planungsbereich gestrichen bzw. nicht in der Neufassung des Absatz 1a gelistet wird, erschließt sich nicht. Insgesamt wird die Streichung und Aufnahme in Absatz 1a jedoch abgelehnt.

### C Änderungsvorschlag

Keine Streichung des Absatz 3.



## **Art. 1 Nr. 56 e) § 105 SGB V Förderung der vertragsärztlichen Versorgung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Nach Neufassung des Absatz 4 sind in Gebieten, in denen Unterversorgung besteht oder droht oder zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht, obligatorisch regionale Sicherstellungszuschläge zu zahlen. Die Landesausschüsse entscheiden demnach lediglich noch über die Höhe der Sicherstellungszuschläge und über die Anforderungen an den berechtigten Leistungserbringerkreis, jedoch nicht mehr ob Zuschläge gewährt werden oder nicht.

### **B Stellungnahme**

Bevor eine verpflichtende Zahlung von Sicherstellungszuschlägen festgelegt wird, sind derartige finanzielle Anreize auf ihre Wirkung hin zu untersuchen.

Kassenärztliche Vereinigungen werden zum Betreiben von Eigeneinrichtungen verpflichtet, weswegen finanzielle Anreize als nicht notwendig erachtet werden. Darüber hinaus können diese bereits über den Strukturfonds gefördert werden. Eine zusätzliche finanzielle Förderung über Strukturzuschläge wird abgelehnt.

### **C Änderungsvorschlag**

Keine Aufnahme des Absatz 4 Satz 1

## **Art. 1 Nr. 57 §106 a SGB V Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Aus der beabsichtigten Änderung ergibt sich die Verpflichtung, Kriterien für die Definition von Praxisbesonderheiten in Bezug besondere Standort- und Strukturmerkmalen des Leistungserbringers festzulegen.

Ergänzend dazu wird die Verpflichtung der Prüfungsstelle geregelt, die festgelegten Praxisbesonderheiten als besonderen Versorgungsbedarf anzuerkennen.

### **B Stellungnahme**

Mit der geplanten Änderung kann eine größere Zielgenauigkeit hinsichtlich der durch die Wirtschaftlichkeitsprüfung erfassten Vertragsärzte und Vertragszahnärzte erreicht werden. Die Änderung wird daher ausdrücklich begrüßt.

### **C Änderungsvorschlag**

Keinen

**Art. 1 Nr. 58 §106 b SGB V Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher verordneter Leistungen**

**A Beabsichtigte Neuregelung**

Änderung zur Vereinheitlichung des Schiedswesens im Zusammenhang mit § 89 SGB V.

**B Stellungnahme**

Folgeänderung zur Neufassung von § 89 SGB V.

**C Änderungsvorschlag**

Keinen

## **Art. 1 Nr. 59 §106 d SGB V Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher verordneter Leistungen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

- a) Es wird klargestellt, dass die arztbezogene Prüfung durch die Kassenärztliche Vereinigung auch die Einhaltung der Prüfmaßstäbe für die verbindlichen und bundeseinheitlichen Regelungen zur Vergabe und Dokumentation von Diagnose und Prozeduren beinhaltet.
- b) Korrektur eines Verweisfehlers

### **B Stellungnahme**

- a) Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt.
- b) keine

### **C Änderungsvorschlag**

- a) Keinen
- b) keinen

**Art. 1 Nr. 60 § 114 SGB V Landesschiedsstelle****A Beabsichtigte Neuregelung**

- a) Anpassung an die Neuregelungen im § 89 SGB V.
- b) Anpassung durch den Wegfall der erweiterten Schiedsstelle in §115 Absatz 3 SGB V.

**B Stellungnahme**

- a) Durch Wegfall des Losverfahrens Anpassung an die Neuregelungen im § 89 SGB V.
- b) Anpassung wegen des Wegfalls der erweiterten Schiedsstelle mit der Überleitung auf das sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a SGB V.

**C Änderungsvorschlag**

- a) Keinen
- b) Keinen

## **Art. 1 Nr. 61 § 115 SGB V Dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

- a) Anpassung an die Neuregelungen im §89a SGB V
- b) Folgeregelung an den Wegfall einer Sonderregelung mit Fristablauf nach §114 SGB V.

### **B Stellungnahme**

- a) Folgerichtige Anpassung zur Vereinheitlichung des Schiedswesens.
- b) Folgerichtige Anpassung zur Vereinheitlichung des Schiedswesens und Wegfall der Sonderregelung mit Anrufung des §114 SGB V.

### **C Änderungsvorschlag**

- a) Keinen
- b) Keinen

**Art. 1 Nr. 62 § 115b SGB V Ambulantes Operieren am Krankenhaus****A Beabsichtigte Neuregelung**

Anpassung an die Neuregelungen im §89a SGB V

**B Stellungnahme**

Folgerichtige Anpassung zur Vereinheitlichung des Schiedswesens und redaktionelle Anpassung einer bereits erfüllten gesetzlichen Vorschrift.

**C Änderungsvorschlag**

Keinen

## **Art. 1 Nr. 62 § 115b SGB V Ambulantes Operieren am Krankenhaus**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Anpassung an die Neuregelungen im §89a SGB V

### **B Stellungnahme**

Folgerichtige Anpassung zur Vereinheitlichung des Schiedswesens und redaktionelle Anpassung einer bereits erfüllten gesetzlichen Vorschrift.

### **C Änderungsvorschlag**

Keinen



**Art. 1 Nr. 62 § 120 Absatz 3a Satz 1 SGB V Vergütung****A Beabsichtigte Neuregelung**

redaktionelle Änderung zum §89a SGB V

**B Stellungnahme**

Keine

**C Änderungsvorschlag**

keinen

## **Art. 1 Nr. 63 § 116b SGB V Ambulante spezialfachärztliche Versorgung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Anpassung an die Neuregelungen im §89a SGB V

### **B Stellungnahme**

Folgerichtige Anpassung zur Vereinheitlichung des Schiedswesens.

### **C Änderungsvorschlag**

Keinen

## **Art. 1 Nr. 64 § 117 SGB V Hochschulambulanzen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Anpassung an die Neuregelungen im §89a SGB V

### **B Stellungnahme**

Folgerichtige Anpassung zur Vereinheitlichung des Schiedswesens.

### **C Änderungsvorschlag**

Keinen

## **Art. 1 Nr. 65 § 118 SGB V Psychiatrische Institutsambulanzen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Anpassung an die Neuregelungen im §89a SGB V

### **B Stellungnahme**

Folgerichtige Anpassung zur Vereinheitlichung des Schiedswesens.

### **C Änderungsvorschlag**

Keinen

## **Art. 1 Nr. 66 § 118a SGB V Geriatrische Institutsambulanzen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Anpassung an die Neuregelungen im §89a SGB V

### **B Stellungnahme**

Folgerichtige Anpassung zur Vereinheitlichung des Schiedswesens.

### **C Änderungsvorschlag**

Keinen

**Art. 1 Nr. 67 § 120 SGB V Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen****A Beabsichtigte Neuregelung**

Redaktionelle Ergänzung des §120 Absatz 3a SGB V wegen Änderungen im §87a Absatz 3 Satz 5 und 6 SGB V

**B Stellungnahme**

Redaktionelle Folgeanpassung.

**C Änderungsvorschlag**

Keinen

## **Art. 1 Nr. 69 § 129 SGB V – Beziehungen zu Apotheken und pharmazeutischen Unternehmen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Änderung zur Vereinheitlichung des Schiedswesens im Zusammenhang mit § 89 SGB V.

### **B Stellungnahme**

Folgeänderung zur Neufassung von § 89 SGB V.

### **C Änderungsvorschlag**

Keinen

## **Art. 1 Nr. 70 § 130a Absatz 2 SGB V – Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Bildung des Referenzabschlages für Impfstoffe wird neu geregelt. Für die Errechnung des durchschnittlichen Preises werden neben den Staaten der Europäischen Union auch die Staaten des europäischen Wirtschaftsraumes mit einbezogen. Soweit dieser nicht ermittelt werden kann, soll zumindest ein Abschlag nach Absatz 1 gelten. Außerdem wird konkretisiert, dass nur Staaten in die Berechnung einbezogen werden, in denen der Impfstoff auch wirklich abgegeben wird. Dabei wird der Abschlag grundsätzlich erhöht um 5 Prozent, für saisonale Grippeimpfstoffe um 10 Prozent auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmens.

### **B Stellungnahme**

Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass der Gesetzgeber Handlungsbedarf bei der Stärkung einer wirtschaftlichen Versorgung auch bei Impfstoffen sieht. Durch die Schwächung und letztliche Streichung der Ausschreibung von Selektivverträgen für Impfstoffe nach § 132e SGB V ist die bislang wirkende Säule zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit in der GKV-Impfstoffversorgung ersatzlos weggebrochen.

Hinsichtlich des Impfstoffabschlages war seit Jahren zu beobachten, dass dieser in weiten Teilen des Marktes nicht gegriffen hat. Insofern sind die gesetzlichen Bestrebungen zu seiner Stärkung zu begrüßen. Gleichwohl ist nicht zu erwarten, dass aus dieser Maßnahme allein eine deutlich verbesserte Wirtschaftlichkeit resultiert. In der Praxis hat sich gezeigt, dass Preisreferenzierungen zur Bestimmung eines Abschlags regelmäßig daran scheitern, dass die tatsächlichen Preise in den vier Mitgliedsstaaten der europäischen Union mit den am nächsten kommenden Bruttonationaleinkommen nicht vorliegen. Daher erscheint es fraglich, ob die Erweiterung der Referenzstaaten und die Einschränkung auf Staaten, in denen der Impfstoff auch tatsächlich abgegeben wird, zu einer vermehrten Anwendung der Preisreferenzierung auf Grundlage des durchschnittlichen Preises führen wird.

Vor diesem Hintergrund sind die Maßnahmen der Erhöhung des Referenzpreisabschlages auf Impfstoffe um 5 Prozent (Influenza-Impfstoffe 10 Prozent) sowie alternativ des Abschlags nach Absatz 1 grundsätzlich positiv zu bewerten. Diese Erhöhung wird jedoch die Wirkung immer dann verfehlen, wenn sie entweder gar nicht erst greift bzw. in Folgezeiträumen und bei Neuausbietung mit eingepreist wird. Vor allem für die saisonalen Grippeimpfstoffe wird ein Impfstoffabschlag ohne nachhaltigen Effekt bleiben, da diese jährlich neu ausgeschrieben werden. Demnach wäre spätestens ein Jahr nach Geltung der gesetzlichen Neuregelung eine Einpreisung des zusätzlichen Abschlages erfolgt.

Um dies effektiv zu verhindern, wäre eine Begrenzung der Preissteigerung für Influenza-Impfstoffe durch ein entsprechendes Moratorium sicher zu stellen. Diese Maßnahme



wäre grundsätzlich angemessen, da die im Markt befindlichen Influenza-Impfstoffe sich zuletzt auf etwa konstantem Preisniveau bewegt haben, obwohl durch die Umstellung der Schutzimpfungs-Richtlinie die GKV-Versorgung vollständig mit tetravalenten Impfstoffen sichergestellt werden soll. Demnach haben sich die sich ergebenden Skaleneffekte bislang nicht auf das Preisniveau ausgewirkt, so dass eine relevante Wirtschaftlichkeitsreserve fortbesteht. Ein solches Preismoratorium wäre passenderweise für die Wirkstoffgruppe (also herstellerunabhängig) zu definieren und könnte sich am gewichteten durchschnittlichen tatsächlichen Herstellerabgabepreis pro Impfdosis auf Basis der zu Lasten der GKV abgegebenen Influenzaimpfstoffe in der Saison 2018/19 entsprechend den Abrechnungsdaten des regionalen Sprechstundenbedarfs bemessen.

### **C     Änderungsvorschlag**

Absatz 2 (neu) werden nach Satz 3 folgende Sätze eingefügt:

Für die saisonalen Grippe-Impfstoffe wird für den Zeitraum ab (Tag des Inkrafttretens der Regelung XX.XX.XXXX) bis zum 30.06.2023 ein Höchstbetrag für den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers festgelegt, der sich aus den gewichteten Mengen der jeweiligen Grippe-Impfstoffe der Saison 2018/19, bezogen auf deren jeweilige tatsächliche Herstellerabgabepreise ergibt. Basis der Berechnung sind die im Rahmen des Sprechstundenbedarfs abgegeben Mengen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen veröffentlicht das Ergebnis der Berechnung auf Basis der Angaben der pharmazeutischen Hersteller zum tatsächlichen Herstellerabgabepreis zum 30.06.2019; die pharmazeutischen Hersteller legen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen Nachweise über die tatsächlichen Abgabepreise vor.

**Art. 1 Nr. 71 § 130b SGB V Arzneimittel - Verordnungsermächtigung****A Beabsichtigte Neuregelung**

Änderung zur Vereinheitlichung des Schiedswesens im Zusammenhang mit § 89 SGB V. Das Bundesministerium für Gesundheit kann zukünftig an Beratung und Beschlussfassung der Schiedsstelle teilnehmen.

**B Stellungnahme**

Folgeänderung zur Neufassung von § 89 SGB V. Die Möglichkeit der Teilnahme des Bundesministeriums für Gesundheit ist positiv zu bewerten, da es die getroffenen Entscheidungen stärkt.

**C Änderungsvorschlag**

Keinen

## **Art. 1 Nr. 72 § 132a SGB V Versorgung mit häuslicher Krankenpflege in Verbindung mit Art. 1 Nr. 48 § 89 SGB V Schiedsamt, Verordnungsermächtigungen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Folgeänderung auf der Grundlage der Änderung des § 89. Das bisherige Losverfahren - soweit sich die Rahmenempfehlungspartner zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege über den Vorsitzenden der gemeinsamen Schiedsstelle, die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter nicht einigen konnten -, entfällt. Stattdessen erfolgt nach der neuen Regelung eine Bestellung durch die zuständige Aufsichtsbehörde für die Amtsdauer von vier Jahren. Die bisherige Amtsdauer bei Entscheidung durch Los beträgt ein Jahr.

### **B Stellungnahme**

Da es sich um eine Folgeänderung auf der Grundlage der Änderung des § 89 handelt, wird auf die Stellungnahme zu Nr. 45 § 89 SGB V verwiesen.

In § 132a Absatz 3 Satz 5 werden die Wörter „§ 89 Absatz 3 Satz 5 und 6“ durch die Wörter „§ 89 Absatz 6 Satz 3“ ersetzt.

### **C Änderungsvorschlag**

Keinen

## **Art. 1 Nr. 73 § 132d SGB V Spezialisierte ambulante Palliativversorgung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die geplante gesetzliche Neuregelung sieht nunmehr vor, dass die bisherigen Regelungen nach § 132d Absätze 1 und 2 SGB V gestrichen werden und durch die Regelung der Vereinbarung eines einheitlichen Rahmenvertrages ersetzt werden, der zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung auf Bundesebene unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37b Absatz 3 SGB V erstmals bis zum 30. September 2019 zu vereinbaren ist. Für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen soll ein gesonderter Rahmenvertrag vereinbart werden. Bei Nichteinigung greift die Regelung des Schiedsverfahrens. Sofern Einrichtungen oder Personen die festgelegten Voraussetzungen erfüllen, haben sie Anspruch auf einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen. Sollte es hier zu keiner Einigung kommen, gilt hier ebenfalls das Schiedsverfahren. In Absatz 3 werden die die Wörter „Empfehlungen nach Absatz 2“ durch die Wörter „Rahmenverträgen nach Absatz 1“ als Folgeänderung ersetzt.

### **B Stellungnahme**

Vor dem Hintergrund des Beschlusses des OLG Düsseldorf vom 15.6.2018 (Verg 56/15), dass es sich bei den Verträgen zur SAPV um ausschreibungspflichtige öffentliche Aufträge handelt, gab es in der Folge Unsicherheiten in der vertraglichen Umsetzung. Die vertragliche Umsetzung des § 132d SGB V erfolgte bis dato im Rahmen eines nicht formalisierten Zulassungsverfahrens. Trotz des fehlenden formalisierten Zulassungsverfahrens war diese geübte Praxis aber bis zum Beschluss des OLG Düsseldorf erfolgreich in der Fläche umgesetzt. Das zeigt auch der Bericht des GKV-Spitzenverbandes zur vertraglichen Umsetzung der SAPV. In der Fassung des Referentenentwurfes sollte der neu gefasste Absatz 1 dieses Verfahren nunmehr gesetzlich absichern und dieses im näheren beschreiben. Diese gesetzliche Änderung hat der AOK-Bundesverband begrüßt. Mit der nunmehr geplanten Neuregelung des § 132d SGB V besteht die Gefahr, dass sich die über die Jahre hinweg bereits sehr gut etablierten und länderspezifisch entwickelten SAPV-Strukturen im Rahmen eines bundesweit einheitlichen festgelegten Rahmenvertrages mit einheitlichen Kriterien nicht mehr abbilden lassen. Das gilt insbesondere für Regionen, die gesonderte Konstrukte für die Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen entwickelt haben, die nicht dem klassischen Modell des SAPV-Teams entsprechen, aber in der Versorgungsrealität dieser Regionen eine sehr wichtige Rolle spielen. Aus diesem Grund wird die geplante Neuregelung abgelehnt und mit Änderungen die vormals geplante Regelung zum § 132d SGB V des Referentenentwurfes unterstützt. Die Änderungen betreffen ausschließlich die Konkretisierung und damit Klarstellung der Vertragsform.

### **C     Änderungsvorschlag**

Streichung der geplanten Änderungen der Absätze 1 und 2 sowie der Folgeänderung in Absatz 3.

Auf der Grundlage der geplanten Änderung des Referentenentwurfes wird folgende Neufassung für § 132d Absatz 1 vorgeschlagen:

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen einzeln oder gemeinsam schließen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37b Absatz 3 und der Empfehlungen nach Absatz 2 einheitliche Rahmenverträge über die Durchführung der Leistungen nach § 37b mit den maßgeblichen Vertretern der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung auf Landesebene. In den Rahmenverträgen sind auch die Grundzüge der Vergütung zu vereinbaren. Personen oder Einrichtungen, die die in den Rahmenverträgen nach Satz 1 festgelegten Voraussetzungen erfüllen, haben Anspruch auf Abschluss eines zur Versorgung berechtigenden Vertrages mit den Krankenkassen, in dem die Einzelheiten der Versorgung und die Vergütungen zu vereinbaren sind. Dabei sind regionale Besonderheiten angemessen zu berücksichtigen. Im Fall der Nichteinigung wird der Inhalt der Rahmen- und Versorgungsverträge nach diesem Absatz durch eine von den jeweiligen Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für den vertragschließenden Landesverband nach Satz 1 oder für die vertragsschließende Krankenkasse nach Satz 3 zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.

## **Art. 1 Nr. 74 § 132e Absatz 2 SGB V - Schutzimpfungen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

In den Verträgen nach §129 Absatz 5 Satz 1 soll künftig regelhaft eine Vergütungsregelung mit Apotheken getroffen werden, nach denen diese für die Versorgung mit Impfstoffen den tatsächlich vereinbarten Einkaufspreis, höchstens jedoch den Apothekenverkaufspreis sowie eine Apothekenvergütung von einem Euro je Einzeldosis sowie die Umsatzsteuer erstattet bekommen. Es können von der Krankenkasse sowohl von der Apotheke, als auch vom pharmazeutischen Unternehmer Nachweise verlangt werden, über die abgegebenen bzw. bezogenen Mengen, den Abnehmer bzw. die Bezugsquelle sowie die vereinbarten Preise.

### **B Stellungnahme**

Die gesetzgeberische Intention der Sicherung einer wirtschaftlichen Versorgung auch bei Impfstoffen ist grundsätzlich positiv zu bewerten. Die vorgesehene gesetzliche Regelung bedarf jedoch an einzelnen Stellen noch Konkretisierungen bzw. Ergänzungen:

So führt der gesetzliche Regelungsvorschlag aus, dass den Apotheken der tatsächliche Einkaufspreis, jedoch nicht mehr als der Apothekeneinkaufspreis von den Krankenkassen erstattet werden soll. Der Apotheker soll keinerlei Vorteil mehr aus einem günstigeren Einkauf ziehen. Stattdessen wird sein Honorar auf einen Euro pro Dosis zuzüglich der Umsatzsteuer fixiert. Der gesetzliche Regelungsvorschlag bildet dies nicht zwingend ab, zumindest ergibt sich hier ein weiterer Interpretationsspielraum, der schädlich erscheint: Denn eine solche Regelung wäre in mehreren Punkten kontraproduktiv für eine wirtschaftliche Versorgung. Bislang gab es für die Versorgung im Sprechstundenbedarf Abrechnungsvereinbarungen zwischen Apotheken und Krankenkassen; Teil dieser Vereinbarungen waren auch Abschläge auf Listenpreise bzw. Vereinbarungen zur Höhe der Erstattungen. Diese kamen dadurch zustande, dass Apotheken Wirtschaftlichkeitsreserven auch zugunsten der Krankenkassen genutzt haben. Ein entsprechend der Gesetzesbegründung intendiertes Verbot für Apotheken zur Verhandlung eines wirtschaftlichen Bezugspreises würde dazu führen, dass künftig die Listenpreise an die Krankenkasse durchgereicht werden – ohne dass die Krankenkassen oder die Apotheken hier eine Möglichkeit zur Herstellung von mehr Wirtschaftlichkeit haben. Eine vollständige Aufhebung von Regelungen für Wirtschaftlichkeit im Einkauf kann jedoch gesetzgeberisch nicht intendiert sein.

Daher wäre es sachgerecht, wenn der Gesetzesentwurf die vorgesehene Neuregelung entsprechend konkretisiert und v.a. auch in seiner Begründung dem Apotheker wettbewerbliches Handeln zugunsten der GKV nicht untersagt. Dabei könnten Krankenkassen die Apotheken an den erzielten Wirtschaftlichkeitsreserven beteiligen.

Der Gesetzgeber stellt in seiner Begründung zudem klar, dass eine Apothekenhonorierung für die Belieferung mit Impfstoffen geringer ausfallen soll als dies bei anderen Arz-

neimitteln der Fall ist, da eine Abgabe an Arztpraxen keinerlei Beratungsleistung beinhaltet. Vor diesem Hintergrund ist eine Vergütung von einem Euro pro Einzeldosis als zu hoch anzusehen. Gerade im Bereich der Grippeimpfstoffe werden üblicherweise Bündelpackungen abgegeben, z.T. mehrere hundert Impfdosen pro Belieferung, die zu einer erheblich höheren Vergütung gegenüber der Abgabe von Fertigarzneimitteln, nicht aber zu einem Mehraufwand für den Apotheker führen und dadurch ungerechtfertigt sind. Insofern wäre die vorgesehene Vergütung zu adjustieren und der vorgesehene Betrag jeweils auf eine Bündelpackung zu beziehen sowie bei 30 Euro pro Verordnungsblatt zu begrenzen. Insofern ist es sachgerecht, dass Krankenkassen Nachweise über die bezogenen Mengen und Bündelpackungen von Apotheken erhalten.

Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass es dringend einer Konkretisierung der Regelungen für mehr Transparenz zu Lieferengpässen im Hinblick auf die Versorgungssicherheit bedarf. Die Sicherstellung der Versorgung mit Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 und 2 wird gemäß § 132e Abs. 1 gemeinsam von den Krankenkassen oder ihren Verbänden und den Kassenärztlichen Vereinigungen und weiteren geeigneten Ärzten übernommen. Nach Wegfall der Ausschreibungsoption nach § 132e Abs. 2 SGB V mit dem GKV-AMVSG fehlt es an notwendiger Transparenz und Informationspflichten der pharmazeutischen Unternehmer, die bis dahin zuletzt in den bestehenden Selektivverträgen geregelt wurden, um frühzeitig auf mögliche Lieferengpässe im Sinne dieser Sicherstellung reagieren zu können. So besteht das bewährte und auch von den pharmazeutischen Herstellern gewünschte Vorbestellwesen weiter fort. Eine Information über mögliche Lieferengpässe wird zurzeit von den pharmazeutischen Unternehmen lediglich freiwillig gegenüber dem PEI ausgeübt. Dabei gibt es bislang keine Differenzierungen zwischen dem tatsächlichen Lieferengpass (es kommt weniger Ware in den Markt als geplant) und dem Abschluss der Warenauslieferung (alle geplante und produzierte Ware ist an den Markt abgegeben worden), was immer wieder zu erheblichen Irritationen führt. Es ist daher sachgerecht, entsprechende Informationspflichten gesetzlich vorzusehen und die notwendige Transparenz für die an der Versorgung beteiligten zu schaffen.

### **C Änderungsvorschlag**

§132e Absatz 2 (neu) wird wie folgt gefasst:

In einem Vertrag nach § 129 Absatz 5 Satz 1 über die Versorgung mit Impfstoffen ist zu vereinbaren, dass die Krankenkassen den Apotheken den von ihnen tatsächlich vereinbarten Einkaufspreis, höchstens jedoch den Apothekeneinkaufspreis entsprechend § 131 Abs. 4 SGB V, und eine Apothekenvergütung von einem Euro je Bündelpackung, jedoch nicht mehr als 30 Euro für alle verordneten Impfstoffe eines Verordnungsblatts Einzeldosis sowie die Umsatzsteuer erstatten. Die Krankenkassen können von der Apotheke Nachweise über Bezugsquellen und Mengen sowie die tatsächlich vereinbarten Einkaufspreise und vom pharmazeutischen Unternehmer Nachweise über die Abnehmer, die abgegebenen Mengen und die vereinbarten Preise für Impfstoffe verlangen. In dem Vertrag nach Satz 1 können die Krankenkassen die Apotheken an erzielten Wirtschaftlichkeitsreserven beteiligen.

Nach Absatz 2 (neu) werden die Absätze 3 und 4 neu eingefügt:

(3) Der pharmazeutische Unternehmer gewährleistet die Lieferfähigkeit seiner saisonalen Grippeimpfstoffe in der tatsächlich benötigten Menge an den Großhandel und die Apotheken. Ein Lieferengpass ist dabei definiert als eine über voraussichtlich zwei Wochen hinausgehende Unterbrechung einer Auslieferung des Zulassungsinhabers im üblichen Umfang oder auch eine unerwartete, deutlich vermehrte Nachfrage, der vom Zulassungsinhaber nicht angemessen nachgekommen werden kann. Der pharmazeutische Unternehmer informiert in Fällen nach Satz 2 den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die zuständige Bundesoberbehörde zum frühestmöglichen Bekanntwerden über einem bevorstehenden oder zu befürchtenden Lieferengpass. Das Nähere zu Zeitpunkten und Inhalten der Informationspflichten, zur frühzeitigen Identifikation von Lieferengpässen oder einer Unterversorgung des Marktes sowie zu Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene.

(4) Absatz 2 Satz 1 gilt nicht, wenn in den Verträgen nach § 129 Absatz 5 Satz 1 Regelungen zur Gewährleistung der größtmöglichen Liefersicherheit vereinbart sind.



## **Art. 1 Nr. 75 § 134a SGB V Versorgung mit Hebammenhilfe**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

In der bisherigen Regelung zur Schiedsstelle zur Hebammenhilfe wurde auf das Losverfahren im § 89 verwiesen. Bei der Neugestaltung des § 89 wurde auf das Losverfahren verzichtet. Damit die bisherige Regelung des Losverfahrens und der damit verbundenen einjährigen Amtsdauer für die Schiedsstelle zur Hebammenhilfe weiter bestehen bleibt, wurden die entsprechenden Regelungen in den § 134a Abs. 4 übernommen.

### **B Stellungnahme**

Die Neuregelung entspricht dem Status quo des bisherigen Verfahrens. Das Losverfahren soll beibehalten werden, jedoch entsprechend einheitlich der Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 48 angepasst werden.

### **C Änderungsvorschlag**

§ 134a Absatz 4 Satz 5 wird wie folgt geändert:

„Kommt eine Einigung nicht zustande kommt, gilt § 89 Abs. 6 Satz 3 bis 6 entsprechend.“

## **Art. 1 Nr.77 §137c SGB V Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Folgeänderung zu §137e, nach der die Verpflichtung der Kostenbeteiligung von Herstellern an Erprobungsstudien nach §137e entfällt.

### **B Stellungnahme**

Nachdem mehrere Hersteller, insbesondere auch große, weltweit agierende Unternehmen, nicht zu der berechtigten und gesetzlich vorgesehenen Kostenbeteiligung an Erprobungsstudien bereit waren, soll mit dieser Regelung die Sanktionierung für Hersteller entfallen, wenn sie sich der Kostenbeteiligung verweigern.

### **C Änderungsvorschlag**

Streichung der Änderung

## **Art. 1 Nr. 78 § 137e Absatz 4 Satz 5 SGB V Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Redaktionelle Schiedsamsentscheidungen werden nicht mehr in der erweiterten Schiedsstelle nach §115 Absatz 3 SGB V getroffen, sondern im neuen sektorenübergreifenden Schiedsgremium.

### **B Stellungnahme**

Es handelt sich konkret um eine Folgeänderung. Die bisherige Sonderregelung, dass die Entscheidung innerhalb von sechs Wochen zu treffen ist, bleibt.

### **C Änderungsvorschlag**

Keinen

## Art. 1 Nr.78 § 137e SGB V Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

### A Beabsichtigte Neuregelung

- a) Abs. 4 Satz 5: Bei Erprobungen von Methoden, die auch ambulant angewandt werden können, wird wenn die Vertragspartner nach § 115 Absatz 1 keine Einigung erzielen können, statt der Schiedsstelle nach §115 (3) SGB V die nach dem neuen §89a SGB V zuständig.
- b) Absatz 5 neu eingefügter Satz 2: Hersteller von Medizinprodukten, die wesentlicher Bestandteil einer Methode sind, können die Erprobungsstudien auf eigene Kosten selbst beauftragen.
- c) Absatz 6: Die Verpflichtung des Herstellers, sich in angemessener Höhe an den Kosten der Erprobung zu beteiligen, wenn der G-BA die Studie beauftragt, entfällt. Stattdessen wird er verpflichtet, im Falle einer Aufnahme der Leistung in den vertragsärztlichen Leistungskatalog sich in angemessener Höhe an den Kosten der Erprobung zu beteiligen. Die Höhe der angemessenen Beteiligung regelt der G-BA im Einzelfall nach Kriterien, die in der Verfahrensordnung festgelegt werden.
- d) Auch bei einem Antrag eines Herstellers auf Erprobung gemäß §137e entfällt dessen Verpflichtung, sich an den Kosten der Erprobungsstudie in angemessener Höhe zu beteiligen. Der G-BA entscheidet unverzüglich nach Abschluss der Erprobungsstudie über den Antrag nach §135 bzw. 137c SGB V. Dabei ist auch eine weitere Aussetzung der Beratung möglich.
- e) Folgeänderung für die Beratung des Herstellers durch den G-BA

### B Stellungnahme

- a) Auf die Stellungnahmen zu den Schiedsämtern sei an dieser Stelle verwiesen, die Herbeiführung einer Entscheidung als Solches ist sinnvoll.
- b) Die Möglichkeit, dass Hersteller die notwendige Erprobungsstudie selbst beauftragen können wird begrüßt. Eine Klarstellung sollte erfolgen, dass hierbei die Erprobungs-Richtlinie des G-BA berücksichtigt werden muss.
- c) Die Neuregelung wird abgelehnt.  
 Begründung: Mehrere Hersteller, insbesondere auch weltweit agierende große Hersteller haben sich der Kostenbeteiligung verweigert. Statt als Konsequenz hierauf die Regelung abzuschaffen, sollte vielmehr darauf gedrungen werden, die gesetzlich vorgesehene Sanktionierung durchzusetzen.  
 Eine Kostenbeteiligung von Herstellern ist zumutbar, insbesondere nachdem der G-BA über die Höhe der angemessenen Beteiligung entscheiden kann und somit kleine und mittlere Unternehmen schon durch die bislang bestehende Regelung vor einer Überforderung geschützt werden können.

Mit der vollständigen Tragung der Kosten der Erprobungsstudien durch den G-BA und damit durch Gelder, die durch den Systemzuschlag von den Versicherten aufzubringen sind, wird für alle Hersteller aller Länder die risikolose Chance eröffnet, auf Kosten der gesetzlich Versicherten in Deutschland durch Studien zu untersuchen. War durch den einfachen Marktzugang Deutschland bislang das Versuchslabor für Medizinproduktehersteller, indem hier Erfahrungen mit Medizinprodukten gesammelt werden konnten, um mit den Daten dann eine Genehmigung von Studien zum Beispiel in den USA zu erhalten, sollen die Kosten für die Produkterprobungsstudien für die weltweiten Hersteller durch die Versicherten getragen werden. Tatsächlich hat der G-BA bereits in den letzten Jahren über Erprobungsrichtlinien zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden beraten, die auf Produkten chinesischer, US-amerikanischer und israelischer Hersteller basieren. Eine Wirtschaftsförderung von Medizinprodukteherstellern aus aller Welt ist Krankenversicherten jedoch grundsätzlich nicht zuzumuten. Mit der geplanten Neuregelung müssten die Versicherten zudem gerade die Kosten für die Erprobung von Produkten tragen, die wegen eines fehlenden Nutznachweises später nicht in die vertragsärztliche Versorgung übernommen werden und von denen sie somit explizit keinen Nutzen haben. Die Finanzierung von Studien zu Medizinprodukten, die den Versicherten wegen ihres fehlenden Nutzens nicht zugutekommen, ist nicht mit einer bestimmungsgemäßen Verwendung der Versichertenbeiträge vereinbar. Sofern der Gesetzgeber die Hersteller von ihrer Verpflichtung zur Mitfinanzierung von Erprobungsstudien noch weitreichender als bislang entlasten will, kann dies nur durch Steuermittel finanziert werden.

- d) Herstellern wird hiermit die Möglichkeit eröffnet, Erprobungsstudien zu beantragen, ohne sich an den Kosten der Studien beteiligen zu müssen. Dies wird abgelehnt (siehe c). Erprobungsstudien gemäß den Erprobungsrichtlinien des G-BA sind so geplant, dass sie die notwendige Evidenz für die Bewertung des Nutzens erzeugen können. Daher ist es nicht sinnvoll, mit einer Aussetzung auf den Abschluss weitere Studien zu warten. Die Regelung, dass eine Beschlussfassung nach Abschluss der Erprobungsstudie auch ausgesetzt werden kann, muss auf die Fälle eingegrenzt werden, in denen die Erprobungsstudie gescheitert ist (zum Beispiel aufgrund von Rekrutierungsproblemen) und eine andere Studie bekannt ist, die geeignet ist, die notwendigen Erkenntnisse für eine Beschlussfassung zu generieren.

### C Änderungsvorschlag

- a) Keinen
- b) Nach Absatz 5 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:  
 „An der Erprobung beteiligte Medizinproduktehersteller oder Unternehmen, die als Anbieter der zu erprobenden Methode ein wirtschaftliches Interesse an einer Erbringung zulasten der Krankenkassen haben, können auch selbst eine unabhängige wissenschaftliche Institution auf eigene Kosten mit der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung **gemäß Absatz 2** beauftragen.“

- c) Streichen der Änderung in Absatz 6. In dem bestehenden Absatz 6 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt: Der angemessene Umfang der Kostenbeteiligung der Medizinproduktehersteller richtet sich nach dem Einzelfall. Die maßgeblichen Kriterien für die Beurteilung der Angemessenheit regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in der Verfahrensordnung“. Satz 2 wird gestrichen.

Falls der Gesetzgeber dennoch die Medizinproduktehersteller von der Finanzierung der Erprobung ihrer Produkte vollständig freistellen möchte wird Absatz 6 wie folgt gefasst: Die Kosten für Die Kosten der von Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragten wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung trägt der Staat.

- d) aa) Die Streichung In Absatz 7 Satz 2 der Wörter „sowie eine Verpflichtungserklärung nach Absatz 6 abzugeben“ erfolgt nicht.  
 cc) Die folgenden Sätze werden angefügt: „Die Möglichkeit einer Aussetzung des Bewertungsverfahrens im Fall des Fehlens noch erforderlicher Erkenntnisse bleibt unberührt sofern die Erprobungsrichtlinie nicht wie geplant durchgeführt werden konnte und geeignete Erkenntnisse für eine Beschlussfassung aufgrund laufender Studien zu erwarten sind. Wenn der Gemeinsame Bundesausschuss die Durchführung einer Erprobung ablehnt, weil er den Nutzen der Methode bereits als hinreichend belegt ansieht, gilt Satz 3 entsprechend“.
- e) Keinen

## **Art. 1 Nr.79 § 137h SGB V Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

- a) aa) Krankenhäuser, die eine Leistung nach §137h beantragen sollen die notwendigen Daten zu durchgeführten klinischen Studien mit dem Medizinprodukt im Einvernehmen mit dem Hersteller an den G-BA übermitteln.
- dd) Die Notwendigkeit, dass Methoden, die auf solchen Medizinprodukten beruhen, das Potential eines Nutzens haben müssen, wird gestrichen.
- c) aa) Die Prüfung des Potentials entfällt.
- bb) Die Verpflichtung, dass Krankenhäuser an der Erprobung nach §137e teilnehmen müssen, wenn sie die Leistung zu Lasten der Krankenkassen erbringen wollen, wird gestrichen. Es entsteht dagegen eine Kostenpflicht der Krankenkassen für die Behandlung mit der Methode. Der G-BA kann die Voraussetzung für die Abrechnungsfähigkeit des Medizinproduktes regeln.  
Die betroffenen Hersteller haben dem G-BA unverzüglich nach Fertigstellung die Sicherheitsberichte und klinische Daten, die sie nach dem Inverkehrbringen erhalten zu übermitteln.
- cc) Der G-BA beschließt nach Abschluss der Erprobung oder im Falle einer vorzeitigen Beendigung innerhalb von 3 Monaten über eine Richtlinie nach §137c. Die Möglichkeit einer Aussetzung des Bewertungsverfahrens im Falle des Fehlens noch erforderlicher Erkenntnisse bleibt unberührt.
- d) Folgeänderung
- e) Die Beratung der Hersteller wird ergänzt und die Kostenpflicht der Beratung geregelt

### **B Stellungnahme**

- a) Die Verpflichtung der Übermittlung der vorhandenen Daten im Einvernehmen mit dem Hersteller wird begrüßt. Das Entfallen der Prüfung des Potentials einer erforderlichen Behandlungsalternative wird abgelehnt. Der G-BA muss weiterhin überprüfen, ob eine neue Methode das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative besitzt. Neue Methoden, die kein solches Potenzial haben, sind mit hoher Wahrscheinlichkeit weniger wirksam als die bereits verfügbaren Behandlungsoptionen. Solche Methoden würden jedoch, sofern ihr Schaden oder ihre Unwirksamkeit nicht belegt ist, künftig an GKV-Versicherten erprobt. Es ist jedoch, auch im Rahmen von Studien ethisch nicht zulässig, Patienten neue Behandlungen anzubieten, ohne hinreichende Argumente für die Annahme zu haben, dass diese neuen Behandlungen wirksamer als die bisherigen sind. Deshalb muss der G-BA bei 137h-Bewertungen weiterhin zunächst überprüfen, ob eine neue Methode überhaupt das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative besitzt. Wenn es dafür keine Anhaltspunkte gibt, muss die Methode gemäß §137c ausgeschlossen werden. Die CE-Kennzeichnung ist nicht geeignet die Potentialprüfung zu ersetzen, da diese durch private Benannte Stellen in ganz Europa erfolgt und diese keine G-BA-Bewertung ersetzen können.

- c) Der Wegfall der Verpflichtung von Krankenhäusern, die die Methode zu Lasten der GKV erbringen wollen, an der Erprobungsstudie teilzunehmen, ist abzulehnen. Ohne diese Verpflichtung werden Krankenhäuser keine Veranlassung haben, an solchen Studien teilzunehmen. Die gesamte Regelung von §137h geht dann ins Leere. Die Chance, für die Patienten die notwendigen Daten zu gewinnen über die Sicherheit und den Nutzen von solchen Methoden, die auf Hochrisikomedizinprodukten mit neuem medizinisch-wissenschaftlichen Konzept beruhen, wird vertan. Ein Schaden für die Patienten durch unzureichend untersuchte Medizinprodukte, wie Nanostim, Flow Diverter, Großkopf-Metall-auf-Metall-Hüftendoprothesen etc., kann dann auch in Zukunft nicht verhindert werden.

### **C      Änderungsvorschlag**

- a) Änderung dd) (Streichung Absatz 1 Satz 4) wird gestrichen.
- c) aa) Die Einfügung „eine Prüfung des Potentials der Methode erfolgt nicht“ wird gestrichen.
- bb) Satz 5 wird nicht gestrichen.
- Die für den bisherigen Satz 8 neugefassten Sätze werden am Ende durch einen Halbsatz ergänzt: „sofern die Erprobungsrichtlinie nicht wie geplant durchgeführt werden konnte und geeignete Erkenntnisse für eine Beschlussfassung aufgrund laufender Studien zu erwarten sind“



## **Art. 1 Nr. 80 § 140a SGB V Besondere Versorgung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Änderung soll der Versicherte künftig eine Teilnahmeerklärung zur Besonderen Versorgung nicht nur schriftlich, sondern auch auf elektronischem Wege abgeben können. Die Schriftform bleibt weiterhin möglich, ist aber nicht mehr zwingende Formvoraussetzung. Analog soll auch ein Widerruf innerhalb von zwei Wochen schriftlich oder elektronisch möglich sein. Bisher war hier lediglich die Textform gefordert.

Damit soll auch eine Vereinheitlichung mit der gesetzlich vorgesehenen Form für datenschutzrechtliche Einwilligungen im SGB V hergestellt werden. Gemäß den Änderungen im 2. Datenschutzanpassungs- und Umsetzungsgesetz sollen diese in der Regel schriftlich oder elektronisch erfolgen.

Eine weitere Änderung betrifft lediglich die Korrektur eines Verweisfehlers.

### **B Stellungnahme**

Elektronische Einschreibeverfahren ermöglichen für alle Seiten eine unkomplizierte, schnelle, fehlerarme, kostengünstige und zeitgemäße Form der Teilnehmerverwaltung.

Die Möglichkeit, Teilnahmeerklärungen und datenschutzrechtliche Einwilligungen zur Besonderen Versorgung künftig einheitlich auch elektronisch abgeben zu können, wird deshalb ausdrücklich begrüßt. Allerdings sind weiterhin die hohen Anforderungen an die elektronische Kommunikation gem. § 36a SGB I zu erfüllen (z. B. qualifizierte elektronische Signatur oder sicherer Identitätsnachweis bei Nutzung eines elektronischen Formulars über das Internet).

### **C Änderungsvorschlag**

Keinen

## Art. 1 Nr. 73 § 197a SGB V Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

### A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einfügung eines neuen § 197a Absatz 3b sollen die datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnisse im Zusammenhang mit der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (Fehlverhaltensstellen) der Krankenkassen und ihrer Landesverbände klargestellt werden. Es handelt sich um eine Parallelnorm zum vorgeschlagenen § 81a Absatz 3b; auf die Begründung zu dieser Vorschrift wird Bezug genommen.

### B Stellungnahme

Die Neuregelung des Absatz 3b wird ausdrücklich begrüßt.

Im Rahmen der Stellungnahme zum PpSG wurde seitens des AOK-Bundesverbandes ein in die gleiche Richtung gehender Änderungsvorschlag eingebracht.

Die Krankenkassen werden durch die neue Regelung in die Lage versetzt, sich mit den zuständigen Zulassungsstellen und dem MDK auszutauschen und bereits präventiv mögliche Schäden zu verhindern, soweit es für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten erforderlich ist. (Eine parallele Regelung soll in § 81a SGB V und § 47a SGB XI verankert werden.)

Jedoch wird die neue Regelung noch nicht allen datenschutzrechtlichen Unsicherheiten gerecht. Es muss den Einrichtungen nach Absatz 1 in begründeten Fällen möglich sein, den Medizinischen Diensten Daten übermitteln zu können. (**Entsprechende Änderungen sind für den § 81a SGB V und § 47a SGB XI erforderlich**).

Im Übrigen schließen wir uns den ausführlichen und sachgerechten Bewertungen des GKVS zur Nutzung einer **GKV-Betrugspräventions-Datenbank** vollinhaltlich an, welche nicht nur von Kassenseite, sondern auch von BKA und LKA zur Strafaufklärung dringend empfohlen wird.

### C Änderungsvorschlag

Es wird vorgeschlagen, dem neu eingefügten Absatz 3b folgende Sätze hinzuzufügen:

*Ebenso dürfen die in Satz 1 genannten Stellen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhoben oder an sie weitergegeben oder übermittelt wurden, an die in Absatz 1 genannten Einrichtungen übermitteln, soweit dies für die Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist. Die Informationen dürfen auch unter Verwendung von Datenbanken zur Kenntnis gegeben werden, unabhängig davon, ob diese Datenbanken von den Einrichtungen selbst oder von Dritten betrieben werden. Die weitergegebenen Informationen dürfen ausschließlich zum Zweck der Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen verwendet werden.“*

## Nr. 74 § 217 f SGB V Aufgaben des Spitzenverbandes Bund

### A Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen sind gemäß § 3 der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung verpflichtet, eine Kassenordnung aufzustellen, über welche die Aufsichtsbehörde unterrichtet werden muss. Besteht eine Musterkassenordnung, müssen lediglich die Abweichungen gegenüber der Musterkassenordnung der Aufsichtsbehörde angezeigt werden.

Eine solche Musterkassenordnung kann seit Gründung des GKV-SV und Entkörperschaftung der Spitzenverbände der Kassenarten, nur noch der GKV-SV und die Landesverbände der Betriebskrankenkassen erlassen. Bisher gibt es keine Musterkassenordnung für alle gesetzlichen Krankenkassen. Zur Vereinfachung des Abstimmungsverfahrens mit den Aufsichtsbehörden soll der GKV-Spitzenverband nunmehr gesetzlich verpflichtet werden eine Musterkassenordnung zu erstellen.

### B Stellungnahme

Aus der Formulierung des § 3 SVRV lässt sich keine Verpflichtung zur Aufstellung einer kassenartenübergreifenden einheitlichen Musterkassenordnung ableiten.

Die Pflicht eine Kassenordnung aufzustellen besteht schon und es gibt schon die Möglichkeit eine Musterkassenordnung zu erlassen. Die Kassensicherheit ist somit flächendeckend gegeben.

Vor dem Hintergrund stark heterogener Strukturen (10 Mio. Versicherte versus 1000 Versicherte, bundesweit geöffnete Krankenkassen / geschlossene BKKs) der gesetzlichen Krankenkassen existieren je nach individuellem Bedarf detaillierte Kassenordnungen oder kompakte Kassenordnungen, die durch Dienstanweisungen präzisiert sind. Daher müssten, sogar wenn es eine solche gkv-weite Musterkassenordnung geben würde, die Mehrheit der gesetzlichen Krankenkassen in erheblichem Maße von einer solchen Musterkassenordnung abweichen, was den Abstimmungsbedarf mit der jeweiligen Aufsichtsbehörde im Vergleich zum Status Quo nicht maßgeblich verringern würde.

Eine für alle Träger der gesetzlichen Krankenversicherung gültige Musterkassenordnung könnte aufgrund der Heterogenität in der GKV lediglich die in § 8 SRVwV festgelegten Mindestbestandteile einer Kassenordnung beinhalten. Für die Verringerung oder gar Vermeidung von Abstimmungsprozessen mit der jeweiligen Aufsichtsbehörde wäre dies jedoch nicht ausreichend. Für die Aufstellung einer solchen Musterkassenordnung wurde daher bisher keine Grundlage gesehen.

Vor dem Hintergrund, dass die bestehenden Regelungen zur Kassenordnung und der Möglichkeit einer Musterkassenordnung bereits in einer Verordnung der Bundesregierung geregelt sind (SVRV), ist die angestrebte Ergänzung über das Fünfte Sozialgesetzbuch überflüssig.

### C Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Regelung wird gestrichen.

## **Art. 1 Nr. 86 § 225 Satz 1 Nummer 1 und 3 SGB V Beitragsfreiheit bestimmter Rentenantragsteller**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Beitragsfreiheit für bestimmte Rentenantragsteller gilt zukünftig auch für Waisenrentner, die zum Zeitpunkt der Rentenantragstellung das 18. Lebensjahr bereits vollendet haben und nur aufgrund der Mitgliedschaft als Rentenantragssteller nicht mehr nach § 10 SGB V familienversichert sind.

### **B Stellungnahme**

Bei der Einführung der Versicherungspflicht für Waisenrentner (§ 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 11b SGB V) durch das Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze und der daraus resultierenden Beitragsfreiheit bis zur Vollendung der Altersgrenzen nach § 10 Abs. 2 SGB V wurde eine Anpassung von § 225 SGB V zur Beitragsfreiheit während der Rentenantragstellung nicht vorgenommen. Somit waren seit dem 01.01.2017 die Waisenrentnantragsteller, die das 18. Lebensjahr zur Rentenantragsstellung bereits vollendet hatten benachteiligt. Sie waren verpflichtet in der Zeit vom Rentenantrag bis zur Bewilligung Beiträge zu entrichten.

Die jetzt nachgeholte Änderung wird begrüßt, da ein unnötiger Verwaltungsaufwand für die Krankenkassen durch die Erhebung von Beiträgen, die während der Rentenantragstellung zu fordern waren, vermieden wird. Besonders positiv wirkt es sich bei der bisher praktizierten unterschiedlichen Verfahrensweise für Waisenrentner, die das 18. Lebensjahr noch nicht bzw. das 18. Lebensjahr am Tag der Rentenantragstellung bereits vollendet hatten, aus. Die älteren Waisenrentnantragsteller mussten nur aufgrund des Antrags Beiträge entrichten, obwohl ohne die Beantragung der Waisenrente eine beitragsfreie Familienversicherung bestanden hätte. Zudem wurden die Beiträge in annähernd allen Antragsverfahren im Nachhinein bzw. nach Bewilligung der Rente erstattet.

### **C Änderungsvorschlag**

keinen

## **Art. 1 Nr. 89 § 237 Satz 3 SGB V Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtiger Rentner**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Durch die Neuregelung werden Hinterbliebenenversorgungen nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V (Versorgungsbezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder aus einem Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften und Grundsätzen) von der Beitragspflicht in Anlehnung an die Beitragsfreiheit für Waisenrenten der gesetzlichen Rentenversicherung, Hinterbliebenenversorgungen der berufsständischen Versorgungseinrichtungen und für die nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte geleistete Waisenrente befreit.

### **B Stellungnahme**

Mit der Beitragsfreiheit für Versicherte für Waisenrenten der gesetzlichen Rentenversicherung wurden auch Bezüge der berufsständischen Versorgungseinrichtungen und die Hinterbliebenenbezüge nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte von der Beitragspflicht befreit. Vor dem Hintergrund der beabsichtigten Regelungsänderung, dass zudem auch die o.g. Versorgungsbezüge in der Hinterbliebenenversorgung von der Beitragspflicht befreit werden, ist unklar, warum eine allgemeine Erstreckung auf Waisenrenten nicht erfolgt. Weiterhin beitragspflichtig sind demnach u.a. die Hinterbliebenenversorgungen der betrieblichen Altersversorgung. Ob eine unterschiedliche beitragsrechtliche Würdigung derartiger Waisenversorgungen weiterhin politisch gewollt ist, ist im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen.

### **C Änderungsvorschlag**

keiner; sofern auch Waisenrenten aus der betrieblichen Altersversorgung analog der Waisenrenten der gesetzlichen Rentenversicherung bzw. berufsständischer Versorgungseinrichtungen beitragsfrei gestellt werden sollen, ist

Nr. 89 wie folgt zu fassen:

In § 237 Satz 3 werden nach dem Wort „für“ die Wörter „die Leistungen der Hinterbliebenenversorgung nach § 229 Absatz 1 Satz 1 und“ eingefügt.

## **Art. 1 Nr. 90 § 256 Absatz 1 Satz 1, Absatz 4 SGB V Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Bisher sind Zahlstellen im sogenannten Zahlstellenverfahren nur dann zum Einbehalt und zur Abführung von Beiträgen aus gezahlten Versorgungsbezügen verpflichtet, wenn Versicherungspflichtige eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen. Diese Einschränkung wird aufgehoben.

Zudem wird auch die Begrenzung für kleinere Zahlstellen (bis 30 Versorgungsbezieher) aufgehoben, diese Zahlstellen haben derzeit noch ein Antragsrecht, dass das Mitglied seine Beiträge selbst an die Krankenkasse zu zahlen hat und die Beiträge nicht von der Zahlstelle aus dem Versorgungsbezug einzubehalten sind.

### **B Stellungnahme**

Das mit beiden Streichungen von Begrenzungen des Zahlstellenverfahrens verfolgte Ziel, einen bürokratiearmen und wirtschaftlichen Beitragseinzug zu erreichen, wird ausdrücklich begrüßt.

Aufgrund der technischen Möglichkeiten ist es Zahlstellen zuzumuten, Beiträge aus Versorgungsbezügen einzubehalten und gegenüber den Einzugsstellen nachzuweisen und die Abführung der Beiträge durchzuführen.

### **C Änderungsvorschlag**

Keinen

## Nr. 91 § 274 SGB V Prüfung der Krankenkassen und ihrer Verbände

### A Beabsichtigte Neuregelung

Zur Unterstützung der Prüfung nach § 274 Absatz 1 Satz 2 SGB V soll dem Bundesministerium für Gesundheit als Prüfbehörde die Möglichkeit eröffnet werden, in einzelnen Prüfbereichen und in besonderen Fällen Wirtschaftsprüfer, vereidigte Buchprüfer oder spezialisierte Rechtsanwaltskanzleien zu beauftragen. Die durch die Beauftragung entstehenden Kosten sind von den Krankenkassen zu tragen.

### B Stellungnahme

Die vorliegende Gesetzesänderung soll eine neue Aufsichtsbefugnis des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) u.a. in Bezug auf den Spitzenverband Bund der Krankenkasse (GKV-Spitzenverband) schaffen. Das BMG soll bei der Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung bei fachlich komplexen Sachverhalten, die Spezialwissen erfordern, Wirtschaftsprüfer, vereidigte Buchprüfer oder spezialisierte Rechtsanwaltskanzleien mit Prüfungen beauftragen können.

Bei der staatlichen Aufsicht, der die Sozialversicherungsträger unterliegen, handelt es sich grundsätzlich um eine Rechtsaufsicht. Die Aufsichtsbehörden prüfen die Geschäfts- und Rechnungsführung des einzelnen Versicherungsträgers. Dazu gehört auch die vorgeschaltete Beratung der jeweiligen Selbstverwaltungseinrichtung über die Behebung eines rechtswidrigen Zustandes. Das Aufsichtsrecht im Bereich der Sozialversicherung ist angesichts des prägenden Selbstverwaltungsprinzips kooperativ ausgestaltet und soll sich daher sinnvollerweise in unmittelbarer Beziehung zwischen Aufsicht und jeweiliger Selbstverwaltung vollziehen. Allerdings ist seit den letzten Jahren eine Entwicklung der Externalisierung von Kontrolle festzustellen, die diesem Grundprinzip zuwiderläuft. Bereits an anderer Stelle hat das Gesetz die eigenverantwortliche Zuständigkeit des BMG zu Lasten der vorgenannten Aufsichtsgrundsätze durchbrochen:

- Gem. § 274 Abs.1 Satz 3 SGB V besteht bereits jetzt die Möglichkeit, dass das BMG die Prüfung u.a. des GKV-Spitzenverbandes auf eine öffentlich-rechtliche Prüfungseinrichtung übertragen kann.
- Seit dem 1. 7. 2008 unterliegen die in § 274 SGB V genannten Einrichtungen gem. § 274 Abs. 4 SGB V auch der externen Prüfung der Haushalts- und Wirtschaftsführung durch den Bundesrechnungshof.
- Auf Grund der mit Wirkung zum 1. 1. 2012 erfolgten Ergänzung des § 77 Abs. 1a SGB IV ist die Jahresrechnung der gesetzlichen Krankenkassen nunmehr von einem Wirtschaftsprüfer oder vereidigten Buchprüfer zu prüfen und zu testieren. Die Regelung gilt gem. § 217d Abs. 2 S. 3 SGB V auch für den GKV-Spitzenverband
- Auch mit dem GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz – GKV-SVSG – wurde diese Entwicklung durch die Schaffung der Aufsichtsmittel einer „Entsandten Person“ (§ 217h SGB V) und eines „Beauftragten“ (§ 217i SGB V) beim GKV-Spitzenverband fortgesetzt.

Die Vielzahl der ohnehin schon existierenden externen Prüfungsbefugnisse durch eingesetzte bzw. zwischengeschaltete Dritte wird durch die nunmehr vorgesehene Regelung nochmals erweitert, ohne dass ein entsprechender Bedarf erkennbar oder in der Gesetzesbegründung nachvollziehbar dargestellt wäre. Die Umsetzung einer Strategie „viel hilft viel“ führt keinesfalls zum Aufbau von Vertrauen in die kompetente und konsistente Wahrnehmung der Rechtsaufsicht. Damit nimmt der Gesetzgeber in Kauf, dass die gebotene Nähe der Aufsicht zu den jeweils beaufsichtigten Selbstverwaltungseinrichtungen ebenso verloren geht wie die klare Zuordnung von Verantwortlichkeiten. Zudem ist kritisch anzumerken, dass die Neuregelung sehr unbestimmt („in bestimmten Fällen“ bzw. „mit einzelnen Bereichen“) und nicht hinreichend konkret formuliert ist.

Rechtspolitisch wünschenswert wäre demnach allenfalls, dass der Gesetzgeber vor den durch zusätzliche Externalisierung erwarteten Kompetenz- und Qualitätssteigerungen die bereits bestehende Vielzahl von externen Kontroll- und Aufsichtsprozessen anhand der praktischer Erfahrungswerte bewertet und im ersten Schritt auf interne Prozess- und Organisationsoptimierung bis hin zur Gewinnung entsprechend qualifizierter Mitarbeiter hinwirkt. Es muss primäres Ziel sein, die betreffenden Prüfungen und die darin einbezogenen Dritten auf ein für erforderlich gehaltenes Maß zurückzufahren, um einerseits dem Prinzip der kooperativen Aufsichtsführung und andererseits dem Wirtschaftlichkeitsgebot hinreichend Rechnung zu tragen.

### **C      Änderungsvorschlag**

Die Regelung wird gestrichen.



**Art. 1 Nr. 92 § 275 SGB V Begutachtung und Beratung****A Beabsichtigte Neuregelung**

Es handelt sich um eine Folgeregelung aufgrund der Aufnahme der vertrags- zahn-  
ärztlichen Gutachterverfahren im § 87 Absatz 1c SGB V.

**B Stellungnahme**

Die Folgeregelung mit dem Verweis auf § 87 Absatz 1c SGB V ist korrekt und daher  
zuzustimmen.

**C Änderungsvorschlag**

Keinen

## **Art. 1 Nr. 95 § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7, 12 und 13 SGB V Sozialdaten bei den Krankenkassen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Erhebung und Speicherung von Sozialdaten zum Abschluss von Vergütungsverträgen wird auch für den vertragszahnärztlichen Bereich gesetzlich legitimiert.

### **B Stellungnahme**

Ziel dieser gesetzlichen Regelung ist die Erhebung und Speicherung von Daten durch die Krankenkassen zur Vorbereitung, Vereinbarung und Durchführung von Vergütungsverträgen im vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Bereich. Diese Regelungen sind zu befürworten.

Die Regelungen des § 284 SGB V führen teilweise heute in der Praxis zu Rechtsunsicherheiten bezüglich ihrer Reichweite und ihres Inhaltes. So gehört auch die Aufklärung, Beratung und Information (§ 1 S. 4 SGB V, §§ 13 ff SGB I) zu den gesetzlichen Aufgaben einer Krankenkasse, die insoweit nicht ihren Niederschlag in Zusammenhang mit der Verarbeitung von Daten gefunden hat. Wichtige Versorgungsangebote der Krankenkassen sind u.a.

- Onlinegeschäftsstellen und Gesundheitsnetzwerke
- Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung
- telefonische medizinische Information
- Beratung von Angehörigen Demenzkranker in der Pflegeversicherung
- Vorsorgeangebote für Schwangere, wie z. B. Hinweise auf Früherkennungsuntersuchungen zur Vermeidung von Früh- und Fehlgeburten
- Digitale Angebote zur Selbsthilfe.

Gerade auch mit Hinblick auf digitale Beratungsangebote sind die in § 17 Abs. 1 SGB I geregelten Pflichten bei der Ausführung von Sozialleistungen zu beachten. Die Krankenkasse hat sicherzustellen, dass die Berechtigten die im Gesetz zugesagten Leistungen in zeitgemäßer Weise umfassend und schnell erhalten. Sie hat zunächst ihre eigenen Dienste und Dienstleistungen (z. B. durch ein ausreichendes Netz an Verwaltungsstellen, anderen Kontaktmöglichkeiten) so bereitzustellen, dass allen Versicherten der Zugang ohne besondere Erschwernis möglich ist.

Zur Klarstellung sollte daher die Beratungsmöglichkeit der Krankenkassen im Gesetz deutlicher hervorgehoben werden.

### **C Änderungsvorschlag**

In Absatz 1 Satz 1 Nr. 13 werden nach dem Wort „Qualitätsprüfungen“ die Worte „sowie für Beratungszwecke“ eingefügt.

## **Art.1 Nr.: 96: § 291a SGB V Elektronische Patientenakte**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Den Versicherten soll ermöglicht werden, mittels eines sicheren Authentifizierungsverfahrens ohne Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte auf die Daten der elektronischen Patientenakte zuzugreifen. Wenn der Versicherte in die Nutzung dieses Verfahrens einwilligt, soll er dabei auch eigene mobile Endgeräte wie Smartphones oder Tablets nutzen und selbstständig auch ohne Anwesenheit eines Leistungserbringers auf seine Daten zugreifen sowie Berechtigungen zum Zugriff auf seine Daten erteilen können.

Durch diese erweiterten Zugriffsmöglichkeiten auf die elektronische Patientenakte entfällt die Notwendigkeit eines separaten elektronischen Patientenfachs. Patientenfach und Patientenakte werden deshalb begrifflich zusammengeführt.

Neben den Zugriffsmöglichkeiten soll auch das Berechtigungsmanagement für die medizinischen Anwendungen vereinfacht werden. Der Versicherte soll in Zukunft seine Einwilligungen auch gegenüber dem Anbieter einer elektronischen Patientenakte geben können und diese muss auch nicht auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden. Bei der Verwaltung der Einwilligungen sind die Regelungen der DSGVO zu beachten.

Dem Gesetzesentwurf zufolge sollen Krankenkassen verpflichtet werden, ihren Versicherten spätestens ab 1.1.2021 eine elektronische Patientenakte (ePA) zur Verfügung zu stellen und sie in verständlicher Form über deren Funktionsweise zu informieren.

Zudem soll es künftig den Krankenkassen ermöglicht werden, eigene Inhalte und Anwendungen in die elektronische Patientenakte einzustellen, sofern dadurch die Inhalte und Anwendungen der elektronischen Patientenakte nicht beeinträchtigt werden.

### **B Stellungnahme**

Die vereinfachte Zugriffsmöglichkeit der Versicherten auf ihre Daten in der elektronischen Patientenakte ist sehr zu begrüßen. Damit wird die Stellung der Versicherten gestärkt, weil klargestellt wird, dass diese auf alle ausgetauschten Unterlagen Zugriff haben. Das Zwei-Schlüssel-Prinzip wird entscheidend abgeschwächt, wenn auch noch nicht vollständig aufgehoben. Dass der Zugriff über Mobilgeräte ermöglicht werden soll, ist sehr erfreulich. Gleiches gilt auch für die Erleichterung der Einwilligungsmöglichkeiten für Versicherte. Anstelle eines komplexen Prozesses unter Einbeziehung eines Leistungserbringers, können die Versicherten Einwilligungen elektronisch oder schriftlich erklären. Dies schafft für Versicherte die Grundlage für ein zukunftsfähiges und selbstbestimmtes Berechtigungsmanagement.

Die Verpflichtung, dass Krankenkassen ihren Versicherten eine elektronische Patientenakte zur Verfügung stellen müssen, ist sehr zu begrüßen. Wenn Krankenkassen eine ePA anbieten, muss sichergestellt sein, dass Akten anderer Anbieter nicht von der Krankenkasse finanziert werden. Den Krankenkassen wird zudem die Möglichkeit gegeben, eigene Inhalte und Anwendungen einzustellen. Dies ist generell sehr zu begrüßen, da an dieser Stelle ein Wettbewerbsfeld für Krankenkassen eröffnet wird. Zugleich darf aber die Einschränkung nicht dazu führen, dass die meisten Anwendungen verhindert werden. Vielmehr sollte diese neue Möglichkeit genutzt werden, damit Versicherte und Patienten tatsächlich zusätzliche Anwendungen erhalten und man diese auch kontinuierlich weiterentwickeln kann. Dazu gehört auch, dass die Spezifikation der gematik für die elektronische Patientenakte offen und erweiterbar formuliert wird und Grundsätze der Interoperabilität beachtet werden.

Während die gematik die Vorgaben für Interoperabilität, Datenschutz und Datensicherheit auf Seiten der Telematikinfrastruktur und der Leistungserbringer vorgibt, sollte die Gesetzliche Krankenversicherung die Vorgaben für die zusätzlichen Anwendungen für die Versicherten und bei einem Krankenkassenwechsel die Portabilität der Daten verantworten.

### **C      Änderungsvorschlag**

Artikel 1 Nr. 96 Buchstabe c) Doppelbuchstabe bb) wird wie folgt gefasst:

„Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihren Versicherten spätestens ab dem 1. Januar 2021 eine von der Gesellschaft für Telematik nach § 291b Absatz 1a Satz 1 zugelassene elektronische Patientenakte zur Verfügung zu stellen. Die Krankenkassen haben ihre Versicherten spätestens bei der Zurverfügungstellung der elektronischen Patientenakte in allgemein verständlicher Form über deren Funktionsweise, einschließlich der Art der in ihr zu verarbeitenden Daten und über die Zugriffsrechte, zu informieren. Die Krankenkassen können ihren Versicherten in der zugelassenen elektronischen Patientenakte und über diese hinaus, zusätzliche Inhalte oder Anwendungen zu den Inhalten und Anwendungen, die von der Gesellschaft für Telematik für eine elektronische Patientenakte festgelegt werden, zur Verfügung stellen, sofern diese zusätzlichen Inhalte und Anwendungen die nach § 291b Absatz 1a Satz 1 zugelassene elektronische Patientenakte nicht beeinträchtigen. Die Spezifikation der elektronischen Patientenakte ist entsprechend offen zu gestalten.“....

## **Art.1 Nr.: 97: § 291b SGB V Gesellschaft für Telematik**

### **A Beabsichtigte Neuregelungen**

Für das Zugriffsverfahren der Versicherten wird eine Abweichung vom üblichen Zulassungsverfahren für die Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur vorgesehen. Anstelle einer Sicherheitszertifizierung durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) muss die gematik sich über das Zulassungsverfahren und die Sicherheitsanforderungen nur mit dem BSI ins Benehmen setzen. Das schafft die Voraussetzung für einen Zugriff mit Mobilgeräten.

Außerdem wird die gematik verpflichtet, das Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich über an das BSI gemeldete Störungen in Kenntnis zu setzen, sowie es nach dessen Vorgaben über die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben zu informieren und Unterlagen vorzulegen.

### **B Stellungnahme**

Die Vereinfachung des Zulassungsverfahrens für den Zugriff der Versicherten auf ihre Daten ist sehr zu begrüßen. Das schafft die Möglichkeit für einen zeitgemäßen, alleinverantwortlichen und mobilen Zugriff durch die Versicherten.

Die zusätzlichen Berichtspflichten für die gematik werden nicht als Beitrag zu einer Beschleunigung der Entscheidungsprozesse gesehen. Anstatt neue Pflichten zu schaffen, sollte eher die Rolle der gematik neu im Sinne einer Netzagentur definiert werden, um den Rahmen für einen Innovationswettbewerb für digitale Vernetzungslösungen zu schaffen, wie Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung dies bereits auch schon öffentlich angekündigt haben.

### **C Änderungsvorschlag:**

An dieser Stelle erfolgt kein konkreter Änderungsvorschlag. Grundsätzlich sollte die Rolle der gematik in § 291b SGB V neu definiert bzw. geschärft werden. Im Sinne einer Netzagentur sollte sie die Zuständigkeit für grundlegende Infrastruktur und Schnittstellen sowie für digitale Identitäten der Beteiligten haben, jedoch nicht für die Ausgestaltung oder gar den Betrieb von Fachanwendungen verantwortlich sein. Fachliche Vorgaben sollten von den Krankenkassen, unter Beteiligung der Leistungserbringer festgelegt werden. Vernetzte digitale Anwendungen und Dienste sollten in einem regulierten Wettbewerb entstehen.

## **Art. 1 Nr. 98 § 293 SGB V Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Redaktionelle Änderung des § 293 Absatz 7 Satz 12 SGB V wegen Änderungen im Schiedswesen.

### **B Stellungnahme**

Redaktionelle Folgeanpassung.

### **C Änderungsvorschlag**

Keinen

## **Art. 1 Nr. 99 § 295 Absatz 4 SGB V Vorgabe von verbindlichen Regelung zur Vergabe und Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Zu a) Der vermittelnde (Haus-)Arzt muss bei der Abrechnung zwingend angeben, an welchen Arzt er einen Termin gem. §73 Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V vermittelt hat, um eine Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung zu ermöglichen

Zu b) Berichtigung eines Fehlverweises

Zu c) Die Krankenkassen erhalten zur Überprüfung ihrer Leistungspflicht bei der Terminvermittlung gem. §73 Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V die Arztnummer des Arztes, zu dem der Termin vermittelt wurde

Zu d)

Neu geregelt wird, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information für vertragsärztliche Leistungen erstmals bis zum 30. Juni 2020 mit Wirkung zum 01. Januar 2022 verbindliche Vorgaben zur Vergabe und Übermittlung von Diagnosen und Prozeduren einschließlich Prüfmaßstäben zu regeln hat. Anschließend ist eine jährliche Aktualisierung vorzunehmen. Die Regelungen gelten ebenfalls für Leistungserbringer nach § 295 Absatz 1b (z. B. HzV, Besondere Versorgung, ASV), § 27b Absatz 3, § 76 Absatz 1a § 120 Absatz 1a und § 137f sowie für die Leistungserbringung nach § 115b. Zusätzlich soll geregelt werden, dass die KBV auch Software, Softwareteile und Komponenten zertifiziert, die außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung zu Anwendung kommen sollen.

### **B Stellungnahme**

Zu d)

Die verpflichtende Regelung von verbindlichen Vorgaben zur Vergabe und Übermittlung von Diagnosen und Prozeduren einschließlich Prüfmaßstäben durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband u.a. wird begrüßt. Durch einheitliche und verbindliche Vorgaben soll gewährleistet werden, dass dieselben Behandlungsanlässe in allen Regionen, Einrichtungen und Praxen gleich kodiert werden. Dazu müssen die Werkzeuge zur Kodierung, die Klassifikationen und deren Anwendungsregeln, also die Deutschen Kodierrichtlinien, verständlich, anwendbar und eindeutig sein. Mit dem in der Gesetzbegründung aufgeführten Ziel der Erreichung einer Interoperabilität sollte sich die Geltung der verbindlichen Vorgaben auf alle Leistungserbringer von ambulanten ärztlichen Leistungen erstrecken. Insofern ist eine Erweiterung auf Leistungserbringer nach § 120 SGB V vorzunehmen. Dies schließt somit beispielsweise auch die Hochschulambulanzen und ermächtigte Krankenhausambulanzen ein. Die verbindlichen Regelungen bieten – insofern sie einheitlich in der Praxisverwaltungssoftware implementiert werden - das Potential, Manipulationsanreize im Morbi-RSA zu

verhindern und die Aussagefähigkeit ambulanter Abrechnungsdaten u.a. auch für die Versorgungsforschung, die Qualitätsmessung und Qualitätssicherung zu verbessern. Damit diesen gesetzlichen Anforderungen entsprochen werden kann, ist die verbindliche Vorgabe zur Zertifizierung von Software, Softwareteilen und Komponenten durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung sachgerecht und nachvollziehbar. Allerdings soll die Zertifizierung durch die KBV auch die softwaretechnische Umsetzung der Vorgaben außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung zum Gegenstand haben. Da die Kassenärztlichen Vereinigungen in der Versorgung zum Teil im Wettbewerb zu den selektivvertraglichen Versorgungsformen stehen, stellt sich die Frage nach der Neutralität der KBV als zertifizierende Stelle. Es besteht zumindest die Gefahr, dass die Umsetzung von Selektivverträgen durch zusätzliche Zertifizierungsprozesse bei der KBV erschwert, verteuert oder zeitlich verzögert werden. Deshalb wird vorgeschlagen klarzustellen, dass die Zertifizierung der außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung eingesetzten Software, Softwareteilen und Komponenten ausschließlich die Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach Absatz 1 Satz 5 umfasst. Eine erneute Zertifizierung ist nicht erforderlich, wenn bereits einzelne Bestandteile im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zertifiziert wurden und gleichzeitig auch außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung zur Anwendung kommen. Es bleibt zu beobachten, ob der Zertifizierungsprozess für Softwarekomponenten, welche insbesondere im selektivvertraglichen Bereich zur Anwendung kommen sollen, diskriminierungsfrei durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung ausgestaltet wird. Ggf. ist gesetzlich nachzusteuern. Dies gilt analog auch für im stationären Versorgungsbereich zum Einsatz kommende Systemkomponenten (z. B. in der Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung, Hochschulambulanzen), welche dann auch durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung zu zertifizieren sind.

### **C Änderungsvorschlag**

Zu d)

In § 295 Absatz 4 werden im neu angefügten Satz 5 nach der Zahl „120“ die Wörter „Absatz 1 a“ gestrichen.

In § 295 Absatz 4 werden nach dem Satz 5 (in der Fassung des Gesetzentwurfs zum TSVG) die folgenden Sätze angefügt:

„Die Regelungen nach Satz 3 sind Gegenstand der durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung durchzuführenden Zertifizierung von Software, Softwareteilen und Komponenten. Dies umfasst auch die Zertifizierung von Software, Softwareteilen und Komponenten ausschließlich zur Vergabe und Übermittlung von Schlüsseln nach Absatz 1 Satz 5, soweit diese außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung zur Anwendung kommen; bereits im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach Satz 6 zertifizierte Bestandteile, bedürfen hierbei keiner erneuten Zertifizierung.“



## **Art. 1 Nr. 100 § 295a SGB V Abrechnung der im Rahmen von Verträgen nach § 73b und § 140a SGB V sowie vom Krankenhaus im Notfall erbrachten Leistungen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Absatz 1 sieht bislang vor, dass Leistungserbringer im Rahmen von HzV-Verträgen und Verträgen zur „Besonderen Versorgung“ befugt sind, Abrechnungsdaten an den sog. „Vertragspartner auf Leistungserbringenseite“ oder an einen von ihm beauftragten Dienstleister zu übermitteln. Dadurch können bei diesen Versorgungstypen andere Dienstleister als die Kassenärztliche Vereinigung mit der Abrechnung von Versorgungsverträgen beauftragt werden, soweit der Versicherte umfassend über die vorgesehene Datenübermittlung informiert wird und in die damit verbundene Datenübermittlung einwilligt.

Die Neuregelung sieht die Übertragung dieser Regelung auch auf die Abrechnung von Leistungen im Rahmen von Verträgen nach § 132e (Versorgung mit Schutzimpfungen) und nach § 132f (Versorgung durch Betriebsärzte) vor.

Außerdem soll die Einwilligung in die Teilnahme und in die Datenübermittlung künftig auch elektronisch erfolgen dürfen. Bislang war hier die Schriftform vorgeschrieben.

### **B Stellungnahme**

Die Übertragung der Regelung auch für Schutzimpfungen und für durch Betriebsärzte erbrachte Leistungen ist sachgerecht und kann zur Reduktion des Verwaltungsaufwands bei der Abrechnung beitragen. Durch Satz 3 ist sichergestellt, dass die abrechnende Stelle, die Daten elektronisch an die Krankenkassen zu übermitteln hat.

Begrüßt wird insbesondere, dass die Einwilligung in die Teilnahme und in die Datenübermittlung künftig einheitlich auch elektronisch erfolgen kann. Dies trägt nicht nur zu einer Erhöhung der Verwaltungseffizienz bei, sondern verhindert auch Widersprüchlichkeiten durch unterschiedliche Formerfordernisse bei den Einwilligungserklärungen z.B. bei der HzV, der „Besonderer Versorgung“ oder auch den strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP). Allerdings sind weiterhin die hohen Anforderungen an die elektronische Kommunikation gem. § 36a SGB I zu erfüllen (z. B. qualifizierte elektronische Signatur oder sicherer Identitätsnachweis bei Nutzung eines elektronischen Formulars über das Internet).

### **C Änderungsvorschlag**

Keinen

## **Nr. 101 § 299 SGB V Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

§ 299 SGB V regelt die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung für Leistungserbringer und Krankenkassen. Diese Regelungen können auch Daten der Qualitätssicherung, die bei anderen Leistungserbringern erhoben wurden, betreffen. Die Übermittlung versichertenbezogener Daten an eine vorbehandelnde Einrichtung ist für Zwecke der Qualitätssicherung z. B. erforderlich, um Erkenntnisse über spätere Ergebnisse von Behandlungen zu gewinnen, damit diese für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement genutzt und Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität ergriffen werden können. Der neue Satz 10 soll klarstellen, dass die Leistungserbringer die ihnen übermittelten zusätzlichen Daten (von anderen Leistungserbringern) mit den bei ihnen bereits vorliegenden Daten versichertenbezogen zusammenführen dürfen.

### **B Stellungnahme**

Die Ergänzung in § 299 Absatz 1 durch den neuen Satz 10 ist zu begrüßen. In der amtlichen Begründung wird ausdrücklich erwähnt, dass versichertenbezogene Daten anderer Leistungserbringer zum Zwecke der Qualitätssicherung an nachbehandelnde Leistungserbringer übermittelt werden und mit eigenen patientenbezogenen Daten verknüpft werden dürfen. Damit kann das patientenbezogene Follow-Up im internen Qualitätsmanagement der Krankenhäuser genutzt werden, um Potentiale zur Verbesserung der Versorgung zu erkennen und anzugehen.

### **C Änderungsvorschlag**

keinen

## **Art.1 Nr.: 102: § 305 SGB V Auskünfte an Versicherte**

### **A Beabsichtigte Neuregelungen**

Mit der Neuregelung werden die Krankenkassen zur Übermittlung von Sozialdaten – auch in elektronischer Form – an von dem Versicherten benannte Dritte befugt. Damit soll die Nutzung elektronischer Patientenakten insgesamt dadurch unterstützt werden, dass auf Wunsch der Versicherten in persönlichen elektronischen Gesundheitsakten, die derzeit von den Krankenkassen angeboten werden, neben den Daten von Leistungserbringern oder von den Versicherten selbst eingebrachten Daten auch bei den Krankenkassen vorhandene Sozialdaten des Versicherten gespeichert werden können. Dabei muss sichergestellt werden, dass die Daten ohne ausdrückliche Einwilligung der Versicherten nicht von Aktenanbietern oder Krankenkassen eingesehen werden können. Darüber hinaus kommen für eine Übermittlung von Sozialdaten an einen von Versicherten benannten Dritten z. B. auch Vorhaben der wissenschaftlichen Forschung im Sozialleistungsbereich nach § 75 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch infrage.

### **B Stellungnahme**

Die beabsichtigte Neuregelung ist grundsätzlich zu begrüßen, weil sie den Versicherten zum Souverän seiner Daten macht. Die Übermittlung von Abrechnungsdaten auf Verlangen und mit Einwilligung des Versicherten auch an Dritte zu ermöglichen, erleichtert die Umsetzung der elektronischen Aktenlösungen der Krankenkassen. § 305 Abs. 1, Satz 2 SGB V (neu) könnte jedoch im Widerspruch zu § 75 Abs. 1, Satz 2 und 3 SGB X stehen. Dieser Widerspruch sollte aufgelöst werden, in dem (beispielsweise in der Begründung) klargestellt wird, dass die Ausnahmeregelungen des § 75 SGB X weiter Bestand haben.

Die Rolle der Versicherten sollte auch gegenüber den Leistungserbringern gestärkt werden. Dazu gehört auch, dass das bisherige Auskunftsrecht auf Verlangen zu einem Recht auf permanente Abrufbarkeit der eigenen Daten weiterentwickelt wird. Dafür sind § 305 SGB V und perspektivisch § 630g BGB anzupassen.

### **C Änderungsbedarf**

Keinen

**Art. 2 Nr. 1 § 49 SGB V Ruhen des Krankengeldes****A Beabsichtigte Neuregelung**

Es wird klargestellt, dass eine etwaige Verspätung bei der Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten im elektronischen Verfahren von Ärzten und Einrichtungen an die Krankenkassen nicht zu Rechtsfolgen zu Lasten der Versicherten führt.

**B Stellungnahme**

Die Regelung ist sachgerecht.

**C Änderungsvorschlag**

Keinen

## **Art. 2 Nr. 2 § 55 SGB V Anpassung der Festzuschüsse - Zahnersatz**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Anpassung der Festzuschusshöhen für die Regelversorgung von 50 auf 60 Prozent. Diese Maßnahme soll zum 01.01.2021 in Kraft treten.

In diesem Zusammenhang erfolgt auch eine Anhebung der Bonusregelung auf 70 bzw. 75 Prozent (regelmäßiger Nachweis der zahnärztlichen Untersuchung nach 5 Jahren bzw. 10 Jahren).

Die Erhöhung der befundbezogenen Festzuschüsse erfordert darüber hinaus eine Anpassung der Härtefallregelung bzw. des sogenannten gleitenden Härtefalls. Damit der sich aus der Festzuschusshöhe von 60 Prozent der Kosten der Regelversorgung und dem weiteren Betrag für diejenigen Versicherten, bei denen die Einkommensgrenze für die Härtefallregelung nur geringfügig überschritten wird, deren Gesamtzuschuss nicht die tatsächlichen Kosten der Zahnersatzversorgung übersteigt, wird der zusätzliche Betrag auf 40 Prozent begrenzt.

### **B Stellungnahme**

Ziel dieser Regelung ist die finanzielle Entlastung des gesetzlich Krankenversicherten und daher zu begrüßen, auch wenn jährliche Mehrkosten in Höhe von € 570 Mio. für die GKV insgesamt zu erwarten sind.

Darüber hinaus muss neben dieser Gesetzesinitiative die Begrenzung des Steigerungsfaktors für die gleichartige und andersartige Versorgung geregelt werden, denn die prozentuale Erhöhung betrifft nur die Regelversorgung. Siehe hierzu einen Änderungsvorschlag zu § 87 e Sätze 4 und 5 SGB V über den Zahlungsanspruch bei Mehrkosten.

### **C Änderungsvorschlag**

keinen

## Art. 2 Nr. 3 § 295 SGB V Übermittlungspflichten und Abrechnung ärztlicher Leistungen

### A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung stellt klar, dass ab 01.01.2021 die Pflicht zur Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten unter Angabe der Diagnosen den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Einrichtungen obliegt. Gleichzeitig gilt dieser gesetzlich geregelte Stichtag nicht für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, da diese erst in weiteren Schritten an die Telematikinfrastruktur angebunden werden. Hier gilt der Zeitpunkt, an dem sie sich an die Telematikinfrastruktur anbinden.

### B Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung wird begrüßt.

Es wird die Notwendigkeit gesehen, auch die elektronische Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten von der Krankenkasse an den Arbeitgeber in das aktuelle Gesetzgebungsverfahren zum TSVG ergänzend einzubringen.

Um die Übermittlung zwischen den Arbeitgebern und den Krankenkassen einheitlich sicherzustellen und hierbei möglichst bereits bestehende Verfahren zu nutzen, wird die Übermittlung der Daten entsprechend Muster 1b über bereits erprobte Arbeitgeberverfahren angestrebt, weil

- ◆ für alle Arbeitgeber bereits der elektronische Datenaustausch zwischen den Arbeitgebern und den Krankenkassen gesetzlich verpflichtend vorgesehen ist,
- ◆ die Adressierung der Krankenkassen und Arbeitgeber im Verfahren bereits festgelegt ist,
- ◆ sich die aktuell im Zusammenhang mit den Vorerkrankungsanfragen übermittelten Daten nur geringfügig von den für eine eAU erforderlichen Daten unterscheiden und daher eine kurzfristige Erweiterung des Verfahrens möglich ist,
- ◆ auch die Arbeitsagenturen bereits am Verfahren teilnehmen.

Inwieweit auch eine Anbindung der Jobcenter aufgrund der bereits bestehenden Einbindung der Bundesagentur für Arbeit kurzfristig erfolgen kann, müsste im weiteren Verfahren noch geklärt werden.

Für die vorgesehene Übermittlung der AU-Daten von den Krankenkassen an die Arbeitgeber bzw. bei Leistungsbeziehern nach SGB II und III an die Arbeitsagenturen und Jobcenter gibt es aktuell keine gesetzliche Grundlage, welche die Übermittlung aller erforderlichen Daten abdeckt. Um auch diese Übermittlung zu ermöglichen, sind weitere gesetzliche Anpassungen erforderlich.

## C Änderungsvorschlag

### a) § 107 SGB IV

1. In Absatz 2 wird folgender Satz 2 eingefügt:  
 „Auf Antrag des Arbeitgebers kann die Krankenkasse dem Arbeitgeber oder bei Leistungsbeziehern nach dem SGB II und III der Agentur für Arbeit den Beginn und das jeweilige voraussichtliche oder tatsächliche Ende der Arbeitsunfähigkeit durch Datenübertragung übermitteln.“
2. In Absatz 2 werden die bisherigen Sätze 2 bis 5 die Sätze 3 bis 6.

### b) § 5 Abs. 1 EntgFG

„(1) Der Arbeitnehmer ist verpflichtet, dem Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeit und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich mitzuteilen. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als drei Kalendertage, hat der Arbeitnehmer eine ärztliche Bescheinigung über das Bestehen der Arbeitsunfähigkeit sowie deren voraussichtliche Dauer spätestens an dem darauffolgenden Arbeitstag vorzulegen. Der Arbeitgeber ist berechtigt, die Vorlage der ärztlichen Bescheinigung früher zu verlangen. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als in der Bescheinigung angegeben, ist der Arbeitnehmer verpflichtet, eine neue ärztliche Bescheinigung vorzulegen. Ist der Arbeitnehmer Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, entfällt die Verpflichtung zur Vorlage der Bescheinigungen nach den Sätzen 2 bis 4, sofern dem Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeitsdaten nach § 107 Abs. 2 Satz 2 SGB IV n.F. elektronisch übermittelt werden.“

### c) In der Folge müsste § 7 Abs. 1 EntgFG wie folgt geändert werden:

„(1) Der Arbeitgeber ist berechtigt, die Fortzahlung des Arbeitsentgelts zu verweigern,

1. solange der Arbeitnehmer eine von ihm nach § 5 Abs. 1 vorzulegende ärztliche Bescheinigung nicht vorlegt oder den ihm nach § 5 Abs. 2 obliegenden Verpflichtungen nicht nachkommt; § 5 Abs. 1 Satz 5 gilt;
2. wenn der Arbeitnehmer den Übergang eines Schadensersatzanspruchs gegen einen Dritten auf den Arbeitgeber (§ 6) verhindert.“

### d) In § 56 SGB II sollte Satz 5 wie folgt neu gefasst werden:

„Besteht eine Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse, entfällt die Verpflichtung zur Vorlage der Bescheinigungen nach den Sätzen 1 Nr. 2 sowie Sätzen 3 und 4, sofern der Agentur für Arbeit die Arbeitsunfähigkeitsdaten nach § 107 Abs. 2 Satz 2 SGB IV (n.F.) elektronisch übermittelt werden.“

### e) In § 311 SGB III sollte Satz 4 wie folgt neu gefasst werden:

„Besteht eine Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse, entfällt die Verpflichtung zur Vorlage der Bescheinigungen nach Satz 1 Nr. 2 sowie Sätzen 2 bis 3, sofern der Agentur für Arbeit die Arbeitsunfähigkeitsdaten nach § 107 Abs. 2 Satz 2 SGB IV (n.F.) elektronisch übermittelt werden.“

## **Art. 3 Nrn. 1 bis 3: Bundesvertriebenengesetz (BVFG) – Leistungen bei Krankheit: Lohnersatzleistungen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Streichung des Anspruchs auf die Leistungen Krankengeld und Mutterschaftsgeld, da Spätaussiedler seit dem Jahr 2005 Anspruch auf Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch haben und die Gewährung von Lohnersatzleistungen nach dem Bundesvertriebenengesetz insoweit nicht mehr erforderlich ist.

### **B Stellungnahme**

Die Änderung wird begrüßt.

### **C Änderungsvorschlag**

Keinen



## **Art. 3 Nr. 4: Bundesvertriebenengesetz (BVFG) – Leistungen bei Krankheit: Zuständigkeit für die Erbringung der Leistungen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die berechtigten Spätaussiedler sollen für die Gewährung der Leistung nach § 11 Abs. 1 BVFG eine Krankenkasse wählen, hilfsweise soll die Wahl durch die „zur Meldung verpflichtete Stelle“ erfolgen.

### **B Stellungnahme**

Die Regelung soll dazu beitragen, in den Einzelfällen der Erbringung von Leistungen bei Krankheit nach dem BVFG den Verwaltungsaufwand zu reduzieren. Dies wird jedoch durch die vorgesehene Formulierung nur in Teilen erreicht, da die Möglichkeit besteht, dass für die Durchführung der Leistungen nach § 11 BVFG eine andere Krankenkasse gewählt wird als für die später eintretende Versicherungspflicht. Somit ist einerseits nicht sichergestellt, dass – wie in der Begründung zu Artikel 3 angegeben – die Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen als versicherungsfremde Leistungen mit dem Bundeszuschuss nach § 221 SGB V auch der Krankenkasse zu Gute kommt, welche auch die Leistungen erbracht hat. Andererseits entsteht in Fällen, in denen unterschiedliche Krankenkassen für die Erbringung der Leistungen nach § 11 BVFG und für die Durchführung der Krankenversicherung gewählt werden, Aufwand für die Ermittlung der und die Abrechnung mit der erstattungspflichtigen Krankenkasse. Deshalb sollte in dem Fall, dass Leistungen nach § 11 BVFG benötigt werden, eine Krankenkasse für die später zustande kommende Versicherung gewählt werden und diese gleichzeitig für die Erbringung von Leistungen nach § 11 BVFG zuständig sein.

Darüber hinaus existiert keine „zur Meldung verpflichtete Stelle“, welche die Wahl der Krankenkasse in Analogie des § 175 Abs. 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vornehmen könnte. Es ist deshalb sinnvoll, in den Fällen, in denen Leistungen nach § 11 BVFG erforderlich sind und keine Wahl der Krankenkasse durch die Berechtigten vorgenommen wurde, das Bundesverwaltungsamt, welches die Erstaufnahmeeinrichtung als „Außenstelle Friedland“ betreibt, oder eine von ihm benannte Stelle, zur Bestimmung der Krankenkasse zu ermächtigen.

### **C Änderungsvorschlag**

§ 11 Abs. 5 BVFG wird wie folgt gefasst:

„(5) Die Leistungen gewährt die nach § 173 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Durchführung der Krankenversicherung gewählte Krankenkasse. Soweit die Wahl einer Krankenkasse von einem Wohnort abhängig ist, gilt als Wohnort ein Ort in dem Bundesland, auf das der Spätaussiedler nach § 8 verteilt wird. Wird das Wahlrecht nach Satz 1 nicht ausgeübt, wählt das Bundesverwaltungsamt oder eine von ihm benannte Stelle eine gesetzliche Krankenkasse.“

## **Art. 3 Nr. 5: Bundesvertriebenengesetz (BVFG) – Leistungen bei Krankheit: Abschaffung der Erstattung der der Krankenkasse entstandenen Aufwendungen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

- a) Die Erstattung der der Krankenkasse nach § 11 BVFG entstandenen Aufwendungen aus Mitteln des Bundes wird abgeschafft.
- b) Darüber hinaus erfolgt eine Bereinigung einer gegenstandslos gewordenen Vorschrift (§ 11 Abs. 7a BVFG).

### **B Stellungnahme**

- a) Der Neuregelung kann nur zugestimmt werden, wenn dem Änderungsvorschlag des AOK-Bundesverbandes zu Art. 3 Nr. 4 (Zuständigkeit für die Erbringung der Leistungen) gefolgt wird. Wenn ein Spätaussiedler nicht (rückwirkend) Versicherter einer Krankenkasse wird, ist es nicht sachgerecht, die für diesen angefallenen Aufwendungen für das Auftragsgeschäft nach § 11 BVFG, aus Mitteln der gewählten Krankenkasse zu finanzieren. Diese Fälle werden mangels Versicherung bei der RSA-Mittelzuweisung an diese Krankenkasse nicht berücksichtigt. Es ist deshalb unabdingbar, parallel zur Abschaffung der Erstattung der Aufwendungen durch den Bund Sachverhalte, in denen die Krankenkasse für das Auftragsgeschäft und die Krankenkasse für die Durchführung der späteren Versicherung voneinander abweichen, möglichst zu vermeiden.
- b) Die Aufhebung des Absatzes 7a BVFG ist sachgerecht.

### **C Änderungsvorschlag**

- a) Keinen, sofern gleichzeitig dem Änderungsvorschlag zu Art. 3 Nr. 4 gefolgt wird.
- b) Keinen

**Art. 3 Nr. 6: Bundesvertriebenengesetz (BVFG) – Leistungen bei Krankheit: Folgeregelung zur Aufhebung des Absatzes 7a**

**A Beabsichtigte Neuregelung**

Es handelt sich um eine durch die Aufhebung des Absatzes 7a erforderliche Redaktionelle Anpassung.

**B Stellungnahme**

Die vorgeschlagene Änderung ist sachgerecht.

**C Änderungsvorschlag**

Keinen

## Artikel 5 Änderung des Aufwendungsausgleichsgesetzes

### § 11 Absatz 2 des Aufwendungsausgleichsgesetzes

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

- 1) redaktionelle Änderung
- 2) Herausnahme der bei anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen in einem arbeitnehmerähnlichen Rechtsverhältnis stehenden behinderten Menschen aus den Arbeitgeberausgleichsverfahren nach dem AAG.

#### **B Stellungnahme**

- 1) Die Änderung ist sachgerecht.
- 2) Im AAG werden Verfahrens- und Verwaltungsvereinfachungen umgesetzt, die zu einem bereits mehrfach geforderten Bürokratieabbau bei den Krankenkassen führen werden. Die Änderungen werden seitens der AOK unterstützt.

#### **C Änderungsvorschlag**

Keinen

## **Art. 6 Neuformulierung der Schiedsamsverordnung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Schiedsamsverordnung (alt) wird im Zuge der Neufassung des § 89 SGB V sowie der Einfügung des § 89a SGB V neu strukturiert und redundante Regelungen gestrichen. Die Verordnung gilt künftig auch für die sektorenübergreifenden Landesschiedsgremien und das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene.

Im Rahmen der Neustrukturierung wurden zudem mehrere Regelungen der Schiedsamsverordnung (alt) in das SGB V übertragen.

Im sonstigen bilden die neuen Vorschriften bereits existierende Vorschriften ab und wandeln diese ggf. im geringeren Umfang ab, z. B. in der Höhe der Gebühren.

### **B Stellungnahme**

Die neue Schiedsamsverordnung verweist in vielen Textstellen auf die neuen Regelungen in den §§ 89 und 89a SGB V, z. B. Bei der Besetzung und Stimmberechtigung.

Die Verordnung reduziert sich somit im Wesentlichen auf einen organisatorischen Überbau für die Schiedsgremien auf Landes- und Bundesebene, wie Erstattung der Reisekosten, Bildung der Geschäftsstellen, Dauer der Berufung etc. Eine Gleichschaltung der Regelungen ist bei dem vom Gesetzgeber gewollten Umbau der Gremien konsequent.

Da die Teilnahme der zuständigen Aufsichtsbehörde an den Sitzungen der Schiedsgremien nicht sachgerecht ist, kann die Regelung zur Einladung entfallen.

### **C Änderungsvorschlag**

§16 Satz 3 wird gestrichen.

## **Art. 8 Änderungen der Schiedsstellenverordnung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Schiedsstellenverordnung wird wegen der Neustrukturierung des Schiedswesens angepasst.

In § 2 Satz 1 werden nach dem Wort „Jahre“ das Komma und die Wörter „unbeschadet der Vorschrift des § 89 Abs. 3 Satz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ gestrichen.

Dem § 9 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Bei Verfahren mit besonderem Aufwand, Umfang, bei besonderer Bedeutung oder Schwierigkeit des Falls können die beteiligten Organisationen mit den unparteiischen Mitgliedern auch Honorarvereinbarungen abschließen.“

### **B Stellungnahme**

Die Änderungen werden nicht als kritisch gesehen. Die Möglichkeit, Honorarvereinbarungen zu schließen, wird auch in der Schiedsamtverordnung aufgenommen.

### **C Änderungsvorschlag**

Keinen

## **Art. 10 Nr. 2 § 18 SGB XI Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Zustimmung des Versicherten zur Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder des von der Pflegekasse beauftragten Gutachters zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung kann im Begutachtungsformular künftig auch elektronisch erfolgen.

### **B Stellungnahme**

Die Ergänzung wird begrüßt. Durch die elektronische Erfassung der Zustimmung des Versicherten wird ein Medienbruch beseitigt, da die Übermittlung der Zustimmung an die Pflegekassen bereits bisher im elektronische Datenaustausch erfolgte.

### **C Änderungsvorschlag**

Keinen

## **Art. 10 Nr. 3 § 18a SGB XI Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflicht**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die bisher bis 2018 befristete Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes über die Anwendung eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens zur Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung und die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung zur medizinischen Rehabilitation wird entfristet.

### **B Stellungnahme**

Die Änderung ist zu begrüßen. Durch die fortlaufende statistische Erhebung über die Anzahl der Empfehlungen und die Anzahl der durchgeführten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen von Pflegebedürftigen lässt sich anhand der Entwicklung erkennen, ob der Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ nachhaltig durchgesetzt wird.

### **C Änderungsvorschlag**

Keinen



#### **Nr. 4 a) § 25 SGB XI Familienversicherung**

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

Klarstellung bezüglich der Berücksichtigung von Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen, die wegen der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, bei der Ermittlung des Gesamteinkommens für die Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung.

##### **B Stellungnahme**

Die Regelung wird begrüßt, da sie eine Verfahrens- und Verwaltungsvereinfachung umsetzt, die zu einem bereits mehrfach geforderten Bürokratieabbau bei den Krankenkassen führen wird.

##### **C Änderungsvorschlag**

Keinen

#### **Nr. 4 b) § 25 SGB XI Familienversicherung**

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

Ergänzung, dass bei behinderten Kindern eine Familienversicherung möglich ist, wenn die Behinderung bereits zu einem Zeitpunkt innerhalb der Altersgrenzen für die Familienversicherung eingetreten ist, auch wenn eine Familienversicherung aufgrund einer Vorrangversicherung ausgeschlossen war.

##### **B Stellungnahme**

Die Regelung wird begrüßt, da sie eine Verfahrens- und Verwaltungsvereinfachung umsetzt, die zu einem bereits mehrfach geforderten Bürokratieabbau bei den Krankenkassen führen wird.

##### **C Änderungsvorschlag**

Die Streichung der Angabe, ab wann die Vorschrift nach Abs. 2 Nr. 3 gilt, ist im SGB XI nicht erfolgt, so wie sie analog im § 10 SGB V erfolgen soll. Da die Rechtsvorschriften der Pflegeversicherung denen der Krankenversicherung folgen, wäre hier die analoge Streichung erforderlich; siehe Artikel 1 Nummer 6b) Unterpunkt aa).

**Art. 10 Nr. 5 § 37 SGB XI Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen****A Beabsichtigte Neuregelung**

Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI dürfen nicht von ambulanten Betreuungsdiensten erbracht werden.

**B Stellungnahme**

Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.

**C Änderungsvorschlag**

Keinen

## **Art. 10 Nr. 7 § 71 SGB XI Pflegeeinrichtungen**

## **Art. 10 Nr. 8 § 72 SGB XI Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der beabsichtigten Neureglung sollen ambulante Betreuungseinrichtungen (Betreuungsdienste), die für Pflegebedürftige dauerhaft pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung erbringen, zugelassene Leistungserbringer werden. Anstelle der verantwortlichen Pflegefachkraft, wie sie in ambulanten Pflegediensten vorgeschrieben ist, soll eine entsprechend qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Fachkraft mit praktischer Berufserfahrung im erlernten Beruf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre als verantwortliche Fachkraft eingesetzt werden können.

### **B Stellungnahme**

Die mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) zum 01. Januar 2013 eingeführte Leistungsart "Häuslichen Betreuung" wurde mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) ab 01. Januar 2017 den Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen und Unterstützung bei der Haushaltsführung gleichgestellt. Diese neue Leistung wurde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 125 SGB XI von ambulanten Betreuungseinrichtungen (Betreuungsdienste) erbracht. Das IGES Institut war mit der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben gem. § 125 Abs. 2 SGB XI zur Erprobung der Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste beauftragt. Dem entsprechenden Abschlussbericht folgend, stellen Betreuungsdienste eine sinnvolle Ergänzung der pflegerischen Versorgungslandschaft dar.

Die Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft ist detaillierter zu beschreiben. Mit der Formulierung „...anstelle ... eine entsprechend qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Fachkraft mit...“ wären sämtliche Berufs- bzw. Studienabschlüsse zu berücksichtigen, unabhängig davon, ob sie im Gesundheits- und/oder Sozialbereich erworben wurden. In Anlehnung an die Gesetzesbegründung zu § 125 SGB XI galt als Mindestvoraussetzung für teilnehmende Betreuungsdienste im Modellvorhaben, dass die verantwortliche Leitungskraft über eine dreijährige Ausbildung (z.B. Heilerziehungspflegerin), einen einschlägigen Fachhochschul-/Hochschulabschluss (z.B. Heilpädagoge) oder eine anerkannte Weiterbildung (z.B. Altentherapeutin) im Gesundheits- und Pflegebereich verfügen musste. Diese Mindestvoraussetzung darf hinsichtlich des Ausbildungsabschlusses nicht unterschritten werden. In Anlehnung an die Gesetzesbegründung zu § 125 SGB XI und die für die Modellvorhaben geltenden Mindestvoraussetzungen für die verantwortliche Fachkraft eines Betreuungsdienstes, sind die Voraussetzungen ihrer Anerkennung im Gesetz zu konkretisieren.

### **C     Änderungsvorschlag**

In § 71 Absatz 3 werden nach Satz 2 folgende neue Sätze eingefügt:

Bei ambulanten Betreuungseinrichtungen im Sinne von Absatz 1a kann anstelle der verantwortlichen Pflegefachkraft eine entsprechend qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Fachkraft als verantwortliche Fachkraft eingesetzt werden. Für die Anerkennung als verantwortliche Fachkraft ist neben dem Abschluss einer dreijährigen Ausbildung oder eines Fachhochschul-/Hochschulabschlusses im Gesundheits- oder Sozialbereich eine praktische Berufserfahrung in dem jeweiligen Beruf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre erforderlich. Näheres zu den anerkennungsfähigen Fachkräften, insbesondere zu den einschlägigen Ausbildungsberufen bzw. Fachhochschul- und Hochschulabschlüssen, regeln die Rahmenvertragspartner nach § 75 SGB XI.

Im neuen Satz 6 werden die Wörter „oder 2“ durch die Wörter „2 oder 4“ ersetzt.

**Art. 10 Nr. 9 § 112a SGB XI Qualitätssicherung bei ambulanten Betreuungsdiensten, Übergangsregelung in Verbindung mit Art. 10 Nr. 11 § 118 Folgeänderung: Beteiligung von Interessenvertretungen, Verordnungsermächtigung**

**A Beabsichtigte Neuregelung**

Bis zur Einführung der neuen Instrumente zur Qualitätsprüfung und Darstellung in der ambulanten Pflege ist der GKV-Spitzenverband unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund und des Prüfdienstes der privaten Krankenversicherung beauftragt, innerhalb von drei Monaten in einer Richtlinie Anforderungen an das Qualitätsmanagement und der Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste zu festzulegen. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken bei der Erarbeitung oder bei Beschlussänderungen gemäß § 118 SGB XI mit. Die derzeit geltenden Qualitätsprüfungsrichtlinien sind daraufhin anzupassen. Eine Qualitätsdarstellung für die ambulanten Betreuungsdienste ist für das jetzige Verfahren nicht vorgesehen.

**B Stellungnahme**

Für die neu in die Regelversorgung aufgenommenen ambulanten Betreuungsdienste können die derzeit geltenden Qualitätsprüfungsrichtlinien für ambulante Pflegedienste nicht übertragen werden. Daher wird die Schaffung einer Übergangsregelung in Anlehnung an die gesetzlichen Vorgaben für ambulante Pflegedienste zur Sicherstellung einer qualitativ guten Versorgung begrüßt. Bei der Entwicklung der Richtlinien sind die erarbeiteten Anforderungen zu Inhalten und Umfängen der qualitätssichernden Maßnahmen aus dem Modellprojekt nach § 125 SGB XI zu berücksichtigen. Aus der Vielzahl unterschiedlicher Akteure, die in der ambulanten Versorgung beteiligt sind, ergeben sich für Betreuungsdienste und Pflegedienste koordinative Besonderheiten in Bezug auf die Zusammenarbeit. Im Qualitätsmanagement und der Qualitätssicherung müssen daher entsprechende Regelungen für das Zusammenspiel der unterschiedlichen Leistungserbringer und Akteure implementiert sein.

Die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken an der Erarbeitung oder der Änderung des Beschlusses mit Bezug auf den § 118 SGB XI. Gemäß § 118 ist für die maßgeblichen Organisationen jedoch nur ein Beratungsrecht vorgesehen.

**C Änderungsvorschlag**

Im § 112a Absatz 1 wird der letzte Satz wie folgt zum § 118 SGB XI harmonisiert: Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 beratend bei der Erarbeitung und der Beschlussfassung mit.

## **Art. 10 Nr. 10 § 114a Absatz 3a SGB XI Durchführung der Qualitätsprüfungen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Im Rahmen der Durchführung von Qualitätsprüfungen bedarf es einer Einwilligung des Pflegebedürftigen und berechtigten Vertretung. Im Falle einer mündlichen Einwilligung oder Nichteinwilligung war es bisher nur möglich, dies in schriftlicher Form zu dokumentieren. Aufgrund des zunehmenden Einsatzes digitaler Verfahren ist nun vorgesehen, die mündliche Einwilligung auch elektronisch zu dokumentieren.

### **B Stellungnahme**

Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.

### **C Änderungsvorschlag**

keinen

## **Art. 10 Nr. 12 § 120 SGB XI Pflegevertrag bei häuslicher Pflege**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Künftig soll im Pflegevertrag berücksichtigt werden, ob der Pflegebedürftige zusätzlich Sachleistungen oder Unterstützungsangebote weiterer Leistungserbringer in Anspruch nimmt oder nehmen möchte. Ferner sollen im Pflegevertrag Informationen zur Nutzung des Umwandlungsanspruchs aufgenommen werden.

### **B Stellungnahme**

Die mit der Berücksichtigung mehrerer und verschiedener Leistungserbringer im Pflegevertrag einhergehende Transparenz über das Versorgungsgeschehen dient vor allem dem Pflegedienst.

Mit der geplanten Neuregelung besteht die Gefahr, dass durch die Offenlegung der verschiedenen Leistungserbringer der Pflegebedürftige sein Wahlrecht nach § 2 SGB XI nicht ausübt. Grundsätzlich ist es jedoch eine freiwillige Entscheidung des Pflegebedürftigen, ob er die verschiedenen Leistungserbringer, die an seiner Versorgung beteiligt sind, benennt.

Das im Koalitionsvertrag vereinbarte Vorhaben, die Verbraucherrechte bei ambulanten Pflegeverträgen zu stärken, kann durch eine entsprechende Informationspflicht des Pflegedienstes gegenüber den Pflegebedürftigen über die Auswirkungen bei der Abrechnung des Sachleistungsbetrags erreicht werden. Eine solche Informationspflicht des Pflegedienstes stellt gegenüber einer verpflichtenden Berücksichtigung im Vertrag die für den Pflegebedürftigen bürokratieärmere Variante dar.

### **C Änderungsvorschlag**

Folgender neuer Absatz 1a wird angefügt:

Der Pflegedienst soll bei der Inanspruchnahme von mehreren Leistungserbringern durch den Pflegebedürftigen bei der Versorgung über die Auswirkungen bei der Abrechnung des Sachleistungsbetrages informieren. Ebenso zu informieren ist über die Nutzung des Umwandlungsanspruchs nach § 45a Absatz 4.

## **Art. 11 Nr. 1 §13 Änderung des Arzneimittelgesetzes**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Zahnärzte werden nun explizit aufgeführt. Dies ist eine Klarstellung, dass auch Zahnärzte Arzneimittel unter ihrer unmittelbaren fachlichen Verantwortung zum Zwecke der persönlichen Anwendung herstellen dürfen. Sie benötigen keine behördliche Erlaubnis.

### **B Stellungnahme**

Es ist nicht ersichtlich, warum aus arzneimittelversorgungspolitischer Sicht eine Änderung erforderlich sein sollte.

### **C Änderungsvorschlag**

Streichung



## **Art. 11 Nr. 1. § 13 Abs. 2b Satz 1 SGB V Änderung des Transfusionsgesetzes**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Für die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) wird im Transfusionsgesetz gesetzlich die Befugnis legitimiert, fakultativ in Richtlinien den allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der Wissenschaft und Technik im Bereich der Zahnheilkunde zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen festzustellen. Diese Richtlinien ergehen im Einvernehmen mit der zuständigen Bundesbehörde und sind von dieser im Bundesanzeiger zu veröffentlichen.

### **B Stellungnahme**

Auch in Zahnarztpraxen werden chirurgische Maßnahmen umgesetzt, die ein Arbeiten mit Blut und Blutbestandteilen erforderlich werden lässt.  
Diese gesetzliche Regelung ist daher zu befürworten.

### **C Änderungsvorschlag**

Keinen

## **Art. 12 – Änderung der Arzneimittelpreisverordnung**

### **Nr. II.3.7 § 2 - Arzneimittelpreisverordnung**

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Es soll klargestellt werden, dass der pharmazeutische Großhandel bei der Arzneimittelabgabe den Festzuschlag von 70 Cent auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers nach der Arzneimittelpreisverordnung zwingend aufschlagen muss und auf diesen Betrag keine Rabatte oder Skonti gewähren darf.

#### **B Stellungnahme**

Im Kern zielt die Regelung auf die Entscheidung des BGH, Urteil vom 5. Oktober 2017 - I ZR 172/16, dem sogenannten Skonto-Urteil, ab. Vorinstanz war das OLG Bamberg vom 29.06.2016, 3 U 216/15. Der BGH hat danach verkürzt entschieden, dass der Großhändler nicht nur auf den in § 2 Abs. 1 Satz 1 AMPPreisV genannten preisabhängigen, bis zur Höchstgrenze von 3,15 Prozent veränderlichen Zuschlag, höchstens jedoch 37,80 Euro, sondern auch auf den darin erwähnten Festzuschlag von 70 Cent ganz oder teilweise verzichten kann. Der Festzuschlag i.H.v. 70 Cent soll durch die Neuregelung nicht mehr für den Wettbewerb um Konditionen zur Verfügung stehen, sondern ausschließlich der Finanzierung der Großhandelstätigkeit dienen. Ob und in welchem Maße die Großhändler hierauf mit neuen Skontiregelungen reagieren und ob daraus finanzielle Änderungen für die GKV resultieren, kann zurzeit nicht abgeschätzt werden.

#### **C Änderungsvorschlag**

Keinen

## **Art. 13 § 12a Änderung des Transfusionsgesetzes**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Für die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) wird im Transfusionsgesetz gesetzlich die Befugnis legitimiert, fakultativ in Richtlinien den allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der Wissenschaft und Technik im Bereich der Zahnheilkunde zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen festzustellen. Diese Richtlinien ergehen im Einvernehmen mit der zuständigen Bundesbehörde und sind von dieser im Bundesanzeiger zu veröffentlichen.

### **B Stellungnahme**

Auch in Zahnarztpraxen werden chirurgische Maßnahmen umgesetzt, die ein Arbeiten mit Blut und Blutbestandteilen erforderlich werden lässt.  
Diese gesetzliche Regelung ist daher zu befürworten.

### **C Änderungsvorschlag**

Keinen

## **Art. 15 Nr. 1 § 18 Ärzte-ZV Voraussetzungen für die Zulassung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

§ 18 Ärzte-ZV listet die Unterlagen auf, die dem Antrag auf Beantragung einer Zulassung beizulegen sind. Darunter befindet sich - falls zutreffend - die Erklärung (laufender Buchstabe c), dass ein Versorgungsauftrag auf die Hälfte beschränkt wird. Die mit dem TSVG eingeführten Option, den Versorgungsauftrag auch auf drei Viertel zu beschränken, wird an dieser Stelle ergänzt.

### **B Stellungnahme**

Nachvollziehbare Folgeänderung

### **C Änderungsvorschlag**

Keinen

## Art. 15 Nr. 2 § 19 Ärzte-ZV Zulassung und Vertragsarztsitz

### A Beabsichtigte Neuregelung

Bisher regelt der § 19 Absatz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, dass eine Zulassung endet, wenn die vertragsärztliche Tätigkeit in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich nicht innerhalb von drei Monaten nach Zustellung des Beschlusses über die Zulassung aufgenommen wird. Das Bundesverfassungsgericht hat diesen Paragraphen wegen Verstoß gegen Art. 12 Absatz 1 Grundgesetz für nichtig erklärt. Es sah in § 98 Absatz 1 keine hinreichende Ermächtigungsgrundlage für § 19 Absatz 3 Ärzte-ZV und bewertete die Verortung dieser Regelung außerhalb des SGB V in einer Rechtsverordnung, deren gesetzliche Ermächtigungsgrundlage im SGB V den entsprechenden Regelungsinhalt nicht mehr umfasse, als verfassungswidrig. Nun wird der Absatz 7 des § 95 SGB V um diese Sonderregelung ergänzt. Im Gegenzug wird der § 19 Absatz 3 Ärzte-ZV aufgehoben.

### B Stellungnahme

Art. 12 Absatz 1 Grundgesetz besagt, dass alle Deutschen das Recht haben, Beruf, Arbeitsplatz und Ausbildungsstätte frei zu wählen. Die Berufsausübung kann durch Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes geregelt werden. Vor diesem Hintergrund ist die Verschiebung der Regelung von der Ärzte-ZV in das SGB V nachvollziehbar.

### C Änderungsvorschlag

Keinen

## **Art. 15 Nr. 3 a) § 19a Ärzte-ZV Zulassung und Vertragsarztsitz**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Für die Mindestsprechstunden werden in § 19a Ärzte-ZV verbindlichere Regelungen aufgenommen:

Zum einen werden vollzeittätige Ärzte verpflichtet, ihre vertragsärztlichen Tätigkeit mindestens 25 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden für gesetzlich Versicherte zur Verfügung zu stehen. Zum anderen müssen Fachärzte, insbesondere die die der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung angehören, mindestens fünf Stunden davon als offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten.

Bei einem hälftigen oder dreiviertelten Versorgungsauftrag gelten die festgelegten Sprechstundenzeiten jeweils anteilig. Besuchszeiten sind auf die Sprechstundenzeiten anzurechnen. Die Einzelheiten sind im Bundesmantelvertrag zu regeln. Dabei können auch Regelungen zur zeitlichen Verteilung der Sprechstunden getroffen werden.

### **B Stellungnahme**

Die Erhöhung der Mindestsprechstundenzeiten und insbesondere die Einführung der offenen Sprechstunde werden ausdrücklich begrüßt. Fraglich ist jedoch, in welchem Umfang die Erhöhung um 5 Stunden tatsächlich bei der Versorgung ankommt. Bisherige Untersuchungen zur Arbeitszeit von Ärzten lassen vermuten, dass eine Mehrheit der Ärzte bereits heute über 25 Stunden Sprechstunde anbietet. Deshalb sollte für die Überprüfung der Einhaltung eines Versorgungsauftrages die Arbeitszeit herangezogen werden, die dem im Standardbewertungssystem eingestellten Arztgehalt entgegengestellt wird.

### **C Änderungsvorschlag**

Keinen

## **Art. 15 Nr. 3 b) § 19a Ärzte-ZV Zulassung und Vertragsarztsitz**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Bisher sieht der § 19a Ärzte-ZV entweder einen vollen oder einen hälftigen Versorgungsauftrag vor. Mit dem TSVG wird zusätzlich die Möglichkeit geschaffen, einen Versorgungsauftrag auf drei Viertel zu Beschränken.

### **B Stellungnahme**

Die zusätzliche Flexibilisierung wird begrüßt. In dieser Konsequenz ist jedoch auch eine viertelte Zulassung zu schaffen. Ansonsten könnte das Viertel der Zulassung nicht weiter besetzt werden. Es ist darauf zu achten, dass alle damit korrespondierenden Regelungen im SGB V entsprechend angepasst werden.

### **C Änderungsvorschlag**

Keinen

## Art. 15 Nr. 3 c) § 19a Ärzte-ZV Zulassung und Vertragsarztsitz

### A Beabsichtigte Neuregelung

Der § 19a Ärzte-ZV wird um einen neuen Absatz 4 ergänzt, in dem die in § 95 Absatz 3 Satz 4 SGB V geregelte Verpflichtung der KV, die Einhaltung der Mindestsprechstunden zu überprüfen, konkretisiert wird. Insbesondere werden Sanktionsmechanismen eingeführt:

Stellt die KV fest, dass der Vertragsarzt seinen Versorgungsauftrag in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen nicht erfüllt hat, so hat sie den betroffenen Arzt aufzufordern, umgehend die Anzahl seiner Sprechstunden entsprechend zu erhöhen oder seinen Versorgungsauftrag durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss zu beschränken. Dabei hat sie den Arzt auf die Möglichkeit einer Kürzung der Vergütung und eines Zulassungsentzugs hinzuweisen.

Eine Kürzung der Vergütung zum nächstmöglichen Zeitpunkt hat zu erfolgen, wenn der Arzt keine rechtfertigenden Gründe für das Unterschreiten benennen kann oder der Aufforderung der KV zur Erhöhung der Sprechstunden oder Beschränkung des Versorgungsauftrages nicht nachkommt. Bei wiederholtem oder fortgesetztem Verstoß hat der Zulassungsausschuss die Zulassung abhängig vom Umfang der Unterschreitung von Amts wegen zu einem Viertel, hälftig oder vollständig zu entziehen.

### B Stellungnahme

Eine sanktionsbehaftete Überprüfung der Einhaltung der Versorgungsaufträge ist zwingend notwendig um zu gewährleisten, dass die Mindestsprechstunden eingehalten werden und eine entsprechende Bedarfsplanung möglich ist.

### C Änderungsvorschlag

Keinen



## **Art. 15 Nr. 4 § 26 Ärzte-ZV Ruhen, Entziehen und Ende der Zulassung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Aufgrund der mit dem TSVG eingeführten Option, den Versorgungsauftrag auch auf drei Viertel zu beschränken, kann der Zulassungsausschuss zukünftig auch beschließen, dass nur ein Viertel der Zulassung ruht.

### **B Stellungnahme**

Nachvollziehbare Folgeänderung

### **C Änderungsvorschlag**

Keinen

## **Art. 15 Nr. 5 § 27 Ärzte-ZV Ruhen, Entziehen und Ende der Zulassung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Aufgrund der mit dem TSVG eingeführten Option, den Versorgungsauftrag auch auf drei Viertel zu beschränken, kann der Zulassungsausschuss zukünftig auch beschließen, dass nur ein Viertel der Zulassung entzogen wird.

### **B Stellungnahme**

Nachvollziehbare Folgeänderung

### **C Änderungsvorschlag**

Keinen

### III. Ergänzender Änderungsbedarf

#### Änderung § 35a Abs. 6 SGB V: Bewertung von Bestandsmarktarzneimitteln bei Zulassungserweiterungen

##### A Änderungsvorschlag

§ 35a Abs. 6 wird wie folgt gefasst:

Für einen Wirkstoff, der kein neuer Wirkstoff im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 ist, kann der Gemeinsame Bundesausschuss eine Nutzenbewertung nach Absatz 1 veranlassen, wenn für ~~das Arzneimittel eine neue Zulassung mit neuem Unterlagenschutz erteilt wird. Satz 1 gilt auch für Arzneimittel mit einem neuen Wirkstoff im Sinne des Absatzes 1 Satz 1, wenn für das Arzneimittel eine neue Zulassung mit neuem Unterlagenschutz erteilt wird~~ die Zulassung für ein neues Anwendungsgebiet erfolgt, das sich wesentlich von dem bisherigen Anwendungsgebiet des Wirkstoffs unterscheidet und einen von der ursprünglichen Zulassung deutlich abweichenden Therapiebereich eröffnet oder wenn das Arzneimittel in der Versorgung von erheblicher Bedeutung ist. Satz 1 gilt unabhängig davon, ob die Zulassung des Wirkstoffes unter gleichem Handelsnamen erweitert oder ein weiteres Arzneimittel mit neuem Handelsnamen in Verkehr gebracht wird, soweit es sich dabei nicht um Arzneimittel mit einer Zulassung nach § 24 b Absatz 2 oder Absatz 5 AMG handelt. Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung.

##### B Begründung

Aufgrund der fortgesetzt großen Bedeutung des Bestandsmarkts erscheint es problematisch, wenn der Wissensfortschritt durch die frühe Nutzenbewertung allein auf neue Arzneimittel mit Marktzugang nach 2011 limitiert bleibt, während Arzneimittel aus dem Bestandsmarkt mit zum Teil weiterhin erheblichen Marktanteilen in der Versorgung keiner Überprüfung durch Nutzenbewertung unterliegen. Aktuell betrifft dies z. B. das Antikoagulanz Xarelto® von der Firma Bayer Vital. Daher schlagen wir eine Erweiterung der Regelungen zur frühen Nutzenbewertung vor, nach der neben den bereits umfassten Präparaten künftig zumindest auch Arzneimittel mit erheblicher Bedeutung in der Versorgung geprüft werden. Die Entscheidung über die Aufnahme eines Verfahrens könnte entsprechend vom G-BA getroffen werden.

## **Art. 1 § 37 Absatz 1 SGB V Häusliche Krankenpflege**

### **A Änderungsvorschlag**

Redaktionelle Anpassung infolge PSG II:

Der Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt gefasst: „Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderlichen körperbezogenen Maßnahmen und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung.“

### **B Stellungnahme**

Redaktionelle Anpassung infolge des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes durch die Neudefinition der häuslichen Pflegehilfe im § 36 SGB XI macht eine Folgeänderung im SGB V erforderlich.

## **Art. 1 Nr. 55 a) (neu) § 103 SGB V 1 a) (neu) Zulassungsbeschränkungen**

### **A Änderungsvorschlag**

Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen können zum Zweck einer gleichmäßigeren Versorgung im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung für einzelne Arztgruppen in einzelnen Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad zwischen 100 und 110 Prozent Zulassungsbeschränkungen anordnen. Insgesamt dürfen jedoch nicht mehr als 50 Prozent aller Planungsbereiche der jeweiligen Arztgruppe im Zuständigkeitsbereich eines Landesausschusses gesperrt werden.“

### **B Stellungnahme**

Ein wichtiges Instrument der Bedarfsplanung war in den Jahren 2013 bis 2015 in einigen Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit, in der hausärztlichen und der allgemeinen fachärztlichen Versorgung Zulassungssperren schon ab 100 Prozent Versorgungsgrad auszusprechen (§ 67 Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL)). Die Regelung wurde auf den Zeitraum von 2013 bis 2015 begrenzt, da bisher keine explizite Rechtsgrundlage im SGB V besteht und über die Fassung als Übergangsregelung die Verhältnismäßigkeit des Eingriffs gewahrt werden sollte. Die Erfahrung bei der temporären Anwendung des § 67 BPL-RL hat gezeigt, dass eine Versorgungssteuerung in Richtung weniger gut versorgter Bereiche möglich war. Weiterhin konnte das Stadt-Land-Gefälle durch eine Steuerung und Verteilung hin zu den Planungsbereichen außerhalb der Ballungsräume und den Mittelzentren beobachtet werden.

Vor dem Hintergrund der positiven Ergebnisse durch den zeitweiligen Einsatz, wäre es sinnvoll, für die Einführung eines Steuerungsinstruments im Sinne des § 67 BPL-RL eine ausdrückliche gesetzliche Ermächtigungsnorm zu schaffen. Die Regelung dürfte keinen verfassungsrechtlichen Bedenken begegnen, da der Gegenstand des Bedarfsplanungsrechts nicht nur die Niederlassung eines Freiberuflers, sondern auch die Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für die Versicherten umfasst.

Die Grundlage für Entscheidungen sind rechnerische Versorgungsgrade, die nach einem transparenten und aus der BP-RL abgeleiteten Verfahren ermittelt werden, sofern Handlungsbedarf gesehen wird. Durch die Einschränkung in § 103 Absatz 1a Satz 2 SGB V wird gewährleistet, dass der Häufigkeit einer Anwendung des § 103 Absatz 1a SGB V Grenzen gesetzt sind und die aus der BP-RL abzuleitende Systematik der Bedarfsplanung gerade nicht in einzelnen Arztgruppen ausgehöhlt wird.

## Art 1 § 65e SGB V Beatmungsregister

### A Änderungsvorschlag

(1) Zur Weiterentwicklung der intensivpflegerischen Versorgung von beatmungspflichtigen Versicherten im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege richtet der Spitzenverband Bund der Krankenkassen aus Mitteln des Gesundheitsfonds ein Beatmungsregister ein. Das Beatmungsregister hat insbesondere die folgenden Aufgaben:

1. die personenbezogene Erfassung der Daten aller ambulant und stationär außerklinisch versorgten beatmungspflichtigen Patientinnen und Patienten sowie
2. die Bereitstellung notwendiger Daten zur Herstellung von Versorgungstransparenz und zu Zwecken der Versorgungsforschung.

Das Nähere, insbesondere zu den Inhalten der Datenerhebung, der Durchführung der Datenerhebung, der Beteiligung der Leistungserbringer an der Datenerhebung sowie der Höhe der Meldevergütung, wenn die übermittelten Daten vollständig gemeldet wurden, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen können den Betrieb des Beatmungsregisters fördern, indem sie die Vergütung für die Meldungen in Bezug auf privat krankenversicherte Personen tragen; ihren Anteil überweist der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. in diesem Fall jährlich unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Gesundheitsfonds (§ 271).

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen veröffentlicht alle zwei Jahre, erstmals zum 31.01.2021, in anonymisierter Form einen Bericht über die Erkenntnisse des Beatmungsregisters. Der Bericht ist auf der Grundlage der Auswertungen eines zu beauftragenden unabhängigen Instituts zu erstellen. Die Daten sind landesbezogen auszuwerten.

### B Begründung

Die beobachtete stetige Zunahme von Patientinnen und Patienten mit einem besonders hohen pflegerischen und medizinisch-technischen Unterstützungsbedarf hat verschiedene Ursachen. Das liegt unter anderem an den verbesserten Intensivtherapiemaßnahmen, so dass Patientinnen und Patienten auch schwerste akute Erkrankungen oder aber Unfälle immer häufiger überleben. Auch den speziellen Problemen chronisch fortschreitender Erkrankungen kann auf Grund der verbesserten medizinischen Möglichkeiten immer effektiver begegnet werden. In Deutschland aber auch international wird in diesem Zusammenhang bemängelt, dass zuverlässige quantitative und qualitative Informationen über beatmete Patienten fehlen. Diese sind jedoch unerlässlich zur Weiterentwicklung und Verbesserung bestehender Versorgungsstrukturen. Insbesondere die VELA-Regio Studie von 2016 zur Versorgung invasiv langzeitbeatmeter Patienten unter regionalen Gesichtspunkten empfiehlt den Aufbau von fundierten Erkenntnissen über den Versorgungsbedarf von außerklinisch beatmeten Patienten. Einzelne Länder wie

Schweden oder Norwegen verfügen bereits über nationale Patientenregister, die differenziertes Wissen zu den Charakteristika langzeitbeatmeter Patienten, der Versorgungssituationen sowie zu Effekten der Versorgung in verschiedenen Behandlungszentren und Versorgungskonstellationen sammeln und zur Verfügung stellen (Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité, VELA-Regio Studie, Expertise, S. 13, 2016). Mit der Neuregelung wird unter anderem die aktuelle Diskussion um die vielfältige, aber weitgehend intransparente Entwicklung von Strukturen und Angeboten der Beatmungspflege aufgegriffen. In den letzten Jahrzehnten hat sich ein hochgradig ausdifferenziertes außerklinisches Versorgungsangebot entwickelt. Die Regelung dient so auch dem Ziel, einen objektiven Überblick über die Versorgungslandschaft herzustellen, um auf Grundlage einer objektiven Informations- und Datenbasis Überlegungen zur systematischen Weiterentwicklung dieses Versorgungsbereichs anstellen und möglichen Unter-, Fehl- und Überversorgungserscheinungen entgegenwirken zu können.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen richtet daher aus Mitteln des Gesundheitsfonds ein Beatmungsregister ein. Das Bundesministerium für Gesundheit regelt durch Rechtsverordnung, welche konkreten Daten wie beispielsweise Diagnosen, Beatmungsform, Beatmungsdauer, Ort der Versorgung, Weaningpotential zu erheben sind, die Durchführung der Datenerhebung, die Rolle der Leistungserbringer sowie die Vergütung für die Meldung der Daten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat alle zwei Jahre einen Bericht über die aus dem Beatmungsregister gewonnenen Erkenntnisse, basierend auf den Auswertungen eines zu beauftragenden unabhängigen Instituts, zu veröffentlichen.

## **Änderung § 131 Absatz 4 SGB V: Frühzeitige Preistransparenz bei Influenza-Impfstoffen**

### **A Änderungsvorschlag**

In § 131 Absatz 4 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

Für die saisonalen Grippe-Impfstoffe werden die Preis- und Produktangaben nach Satz 2 vorab bis spätestens zum 1. März eines Jahres veröffentlicht.

### **B Begründung**

Pharmazeutische Unternehmer, die saisonale Grippe-Impfstoffe vertreiben, sollen künftig verpflichtet werden die Preise der Impfstoffe bis zum 1. März eines Kalenderjahres festzulegen und öffentlich bekannt zu machen.

Für die saisonalen Grippe-Impfstoffe ist seit Jahren ein Vorbestellwesen üblich, bei dem die Ärzte die von ihnen voraussichtlich benötigten Impfdosen angeben und die Apotheken diese vorab bestellen sollen - dies jedoch oftmals in Unkenntnis des damit verbundenen Preises. Damit kann dem Wirtschaftlichkeitsgebot nur unzureichend Folge geleistet werden. In der Folge funktioniert das System nicht überall abgestimmt, so dass es zum Teil eher ein Marketing- und Vertriebssystem ist statt eines tatsächlichen Planungssystems für Produktionsprozesse: Da Ärzte mit Wegfall der Ausschreibungen sich selbst einen Überblick über die Wirtschaftlichkeit der Impfstoffpreise verschaffen müssen und dies ggf. erst spät im Jahr bei Saisonbeginn vollzogen werden kann, rezeptieren sie zum Teil anders als von Apotheken eingekauft. Ebenso halten sich Apotheken in der Vorabbestellung zurück, bis sie ggf. einen konkreten Einblick in die Bestellungen der Ärzte haben. Im Ergebnis kann dies zu Verunsicherung im Markt führen, ob die zur Verfügung stehenden Impfdosen tatsächlich den Versorgungsbedarf decken können.

Zukünftig könnte einer derartigen Situation vorgebeugt werden, indem die Hersteller bereits früh im Jahr weit vor Saisonbeginn die Preise für ihre Produkte verbindlich festlegen und veröffentlichen. Dadurch würde den Leistungserbringern frühzeitig die Möglichkeit eröffnet, wirtschaftlich sinnvoll zu planen und zu handeln. Für die pharmazeutischen Unternehmen würde diese Regelung ebenfalls zu einer früheren Planungssicherheit führen. Diese würde den Unternehmen eine bessere Kalkulation ihrer Produktionskapazitäten ermöglichen und somit die Lieferfähigkeit und damit verbunden die Versorgung der Bevölkerung mit Influenza- Impfstoffen, verbessern.



## Art. 1 § 284 SGB V Grundsätze der Datenverwendung

### A Änderungsvorschlag

Nach § 284 Abs. 3 SGB V wird folgender Absatz 3a neu eingefügt:

„(3a) Die Krankenkassen sind befugt, personenbezogene Daten, von denen sie bei Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 sowie nach § 197a Absatz 3a und b Kenntnis erlangt haben und soweit diese

1. für Entscheidungen über die Rücknahme, den Widerruf oder die Anordnung des Ruhens der Approbation oder
2. für berufsrechtliche Verfahren

erheblich sind, den hierfür zuständigen Behörden und berufsständischen Kammern zu übermitteln.“

### B Stellungnahme

Klarstellung der gesetzlichen Übermittlungsbefugnis personenbezogener Daten **an Gesundheitsbehörden**

Die mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennung- und –registergesetz, KFRG) im Jahre 2013 erfolgte Neuregelung des § 285 Abs. 3a SGB V sollte nicht nur Heilberufskammern, sondern auch die Gesundheitsbehörden in die Lage versetzen, **die „berufsrechtlichen Vorschriften zur Korruptionsbekämpfung im Gesundheitswesen zur Anwendung zu bringen“**, also z.B. Verstöße gegen die in den Berufsordnungen geregelten Berufspflichten der Ärzte, Zahnärzte oder Psychotherapeuten, etwa das Verbot der Zuweisung gegen Entgelt (§ 31 MBO-Ärzte oder § 2 Abs. 7 und 8 MBO Zahnärzte). Im Ergebnis erfolgte aber nur die gesetzliche Klarstellung der fehlenden Datenübermittlungsbefugnisse der Kassenärztlichen Vereinigungen. Demgegenüber fehlen bis heute die gleichermaßen notwendigen Datenübermittlungsbefugnisse der gesetzlichen Krankenkassen.

Bereits im Rahmen seiner Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages hat der GKV-SV zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf des Krebsfrüherkennungs- und –registergesetzes (KFRG) am 28.01.2013 auf den insoweit bestehenden weitergehenden gesetzlichen Änderungsbedarf hingewiesen und die Forderung seither auch in weiteren Stellungnahmen wiederholt.

Die mit dem KFRG bezweckte **Zielstellung wird** mit der bereits erfolgten gesetzlichen Klarstellung fehlender Datenübermittlungsbefugnisse der Kassenärztlichen Vereinigungen allein **nicht erreicht**.

Es ist festzustellen, dass § 284 SGB V nicht nur versichertenbezogene Daten der Krankenkassen, sondern zumindest über § 284 Abs. 1 Nr. 8, 10 bzw. Abs. 3 SGB V auch Sozialdaten der vertragsärztlichen Leistungserbringer erfasst. Auch insoweit muss eine **Regelungslücke** geschlossen werden.

Deshalb muss zusätzlich auch **ein neuer § 284 Abs. 3 a SGB V** eingeführt werden, damit die Krankenkassen ihrerseits befugt sind, personenbezogene Daten von Vertragsärzten, von denen sie bei Erfüllung der Aufgaben in § 197 a Abs. 1, 3a SGB V Kenntnis erlangt haben – ggf. unabhängig von den Kassenärztlichen Vereinigungen – direkt an die zuständigen Landesgesundheitsbehörden bzw. Heilberufskammern weiterzugeben.

Die Notwendigkeit einer solchen gesetzlichen Klarstellung ergibt sich im Übrigen auch daraus, dass der geplante § 197 Abs. 3 b SGB V bislang keine entsprechende datenschutzrechtliche Grundlage vorsieht.

**Art. 3 § 11 Abs. 7 Satz 2 BVFG:****A Änderungsvorschlag:**

„Ferner sind hierbei und bei der Erstattung des Aufwands der Krankenkassen untereinander im Fall, dass eine Versicherung nicht bei der Krankenkasse zustande kommt, welche die Leistungen nach § 11 Abs. 1 BVFG erbracht hat, das Erste und Zehnte Buch Sozialgesetzbuch entsprechend anzuwenden. Für die Erstattungen der Krankenkassen untereinander gilt § 103 SGB X entsprechend.“

**B Begründung**

Folgeänderung infolge Abschaffung des Ersatzes der den Krankenkassen entstandenen Aufwendungen aus Mitteln des Bundes durch Art. 3 Nr. 5 TSVG.

Es sind Sachverhalte denkbar, in denen eine andere Krankenkasse die Leistungen nach § 11 BVFG erbringt als die Krankenkasse, bei der eine Versicherung zustande kommt (doppelte Kassenwahl – es gilt die zuletzt ausgesprochene Wahlerklärung). Für diesen Fall ist es erforderlich, die Anwendung des § 102 ff. SGB X für die Erstattung der Krankenkassen untereinander zu regeln. Für den Erstattungsfall gilt § 103 SGB X analog.

Die Regelungen zur Erstattung des den Krankenkassen entstehenden Aufwandes aus Mitteln des Bundes sind dagegen nicht mehr erforderlich.

## **Art 10 § 7 SGB XI Aufklärung, Auskunft**

### **A Änderungsvorschlag**

Der Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt gefasst: „Die Liste hat zumindest die jeweils geltenden Festlegungen der Vergütungsvereinbarungen nach dem Achten Kapitel, die in § 82 Absatz 2 aufgeführten Investitionskosten sowie die im Rahmen der Vereinbarungen nach Absatz 4 übermittelten Angaben zu Art, Inhalt und Umfang der Angebote sowie zu den Kosten in einer Form zu enthalten, die einen regionalen Vergleich von Angeboten und Kosten und der regionalen Verfügbarkeit ermöglicht.“

Daraus resultiert diese Folgeänderung:

§ 82 neuer Abs. 6 Satz 1 ist zu ergänzen: „Die Höhe der Investitionskosten nach Absatz 2 sind den Landesverbänden der Pflegekassen für die Erstellung der Leistungs- und Preisvergleichslisten nach § 7 Absatz 3 mitzuteilen.“

### **B Begründung**

Die Landesverbände der Pflegekassen sind zur Schaffung der Transparenz hinsichtlich der vorhandenen Angebote der pflegerischen Versorgung und deren Kosten verpflichtet. Die Investitionskosten gemäß § 82 Absatz 2 sind für die Herstellung der Kostentransparenz zwingend erforderlich, da sie als Eigenleistung einen erheblichen Kostenfaktor darstellen und somit bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung eine erhebliche Rolle spielen.

## **Art. 10 § 18 Absatz 6 SGB XI Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit**

### **A Änderungsvorschlag**

In Absatz 6 wird Satz 2 wie folgt gefasst: „In seiner oder ihrer Stellungnahme haben der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter auch das Ergebnis der Prüfung, ob und gegebenenfalls welche Maßnahmen der Prävention und der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind, mitzuteilen und Art und Umfang von Pflegeleistungen zu empfehlen.“

### **B Begründung**

Bei der Streichung des „individuellen Pflegeplans“ handelt es sich um eine redaktionelle Änderung infolge des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der damit einhergehenden Anpassung der Richtlinien zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

## **Art. 10 § 72a SGB XI: Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag - Transparenz zu neuen Wohnformen**

### **A Änderungsvorschlag**

(1) Erbringt eine ambulante Pflegeeinrichtung (Pflegedienst) in einer ambulanten Wohnform nach Absatz 2 Leistungen im Sinne der §§ 36, 45a, hat der Träger der Pflegeeinrichtung die Versorgung innerhalb eines Monats vor Aufnahme der Tätigkeit bei den Landesverbänden der Pflegekassen schriftlich anzuzeigen. Die Anzeige umfasst

1. die Anschrift und Art der Wohnform,
2. Namen und Anschrift der Vermieterin oder des Vermieters der Räumlichkeiten der Wohnform,
3. die Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner und die Zahl der Pflegebedürftigen in den einzelnen Pflegegraden,
4. die Anzahl der vom Pflegedienst in der Wohnform versorgten Pflegebedürftigen,
5. eine Erklärung darüber, ob zwischen dem Pflegedienst bzw. Träger der Pflegeeinrichtung und der Vermieterin oder dem Vermieter eine rechtliche oder tatsächliche Verbindung besteht, und
6. die mit den Bewohnerinnen und Bewohnern geschlossenen Verträge über die Leistungserbringung, ohne dass die Namen der Bewohnerinnen und Bewohnern erkennbar werden.

(2) Ambulante Wohnformen im Sinne des Absatzes 1 sind solche, in denen mehr als vier Pflegebedürftige in einer Wohnanlage leben.

(3) Änderungen der Umstände nach Absatz 1 sind den Landesverbänden der Pflegekassen unverzüglich mitzuteilen.

(4) Kommt eine Pflegeeinrichtung ihren Pflichten nach Absatz 1 und 3 nicht, nicht richtig oder nicht rechtzeitig nach, ist § 115 Absatz 3 entsprechend anzuwenden.

### **B Begründung**

Derzeit gibt es keine Transparenz über die Ausrichtung und Quantität neuer Wohnformen. Vor dem Hintergrund der Entwicklung der Qualitätssicherung in neuen Wohnformen im Zusammenhang mit dem gesetzlichen Auftrag in § 113b SGB XI, zur Entwicklung eines Konzeptes zur Qualitätssicherung ambulanter Wohnformen und zur Umsetzung der Regelungen zur Pflegestrukturplanung (vgl. § 8a SGB XI – Gemeinsame Empfehlung der pflegerischen Versorgung) soll eine Anzeigepflicht für neue Wohnformen im SGB XI implementiert werden. Die föderal gestalteten Wohn- und Teilhabegesetze der Länder reichen insbesondere hinsichtlich der Anzeigepflicht nicht aus, um die Grundlage für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und Altenhilfestrukturen zu schaffen. Eine bundesgesetzlich geregelte Anzeigepflicht für neue Wohnformen bietet die Chance, die Grundlagen für die Umsetzung der gesetzlichen Aufträge nach §§ 8a und 113b SGB XI zu schaffen.

Bei Verstoß gegen diese Pflichten sollte eine Vergütungskürzung drohen, ohne dass Qualitätsmängel festgestellt werden müssen.

## **Art 10 § 105 SGB XI Abrechnung pflegerischer Leistungen und § 302 SGB**

### **V Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer**

#### **A Änderungsvorschlag**

Folgender Ergänzung im § 105 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB XI wird aufgenommen:

„Die an der Pflegeversorgung teilnehmenden Leistungserbringer sind verpflichtet, 1. in den Abrechnungsunterlagen die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis einschließlich des Tages und dem Beginn und dem Ende der Leistungserbringung in Echtzeit aufzuzeichnen“.

Folgender Ergänzung im § 302 Absatz 1 Satz 2 SGB V wird aufgenommen:

„Bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 sind zusätzlich zu den Angaben nach Satz 1 der Beginn und das Ende der Leistungserbringung in Echtzeit anzugeben“.

#### **B Begründung**

Bisher wird mit der Abrechnung bereits die Zeit der Leistungserbringung angegeben. Hierfür gibt es jedoch keine einheitlichen Vorgaben. Bei der Abrechnung von Leistungskomplexleistungen wird vom Leistungserbringer bisher nur der Beginn der Leistungserbringung (z.T. in Echtzeit, aber auch Zeitkorridore) angegeben. Für die Abrechnungsprüfung ist jedoch die genaue Einsatzzeit in Echtzeit notwendig. Daher werden die Leistungserbringer verpflichtet, den Beginn und das Ende der Leistungserbringung zu dokumentieren und an die Pflegekassen mit der Abrechnung zu übermitteln.