



Stellungnahme des IKK e.V. zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

**Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG
BT-Drucksache 19/6337**

Stand 10.01.2019

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

Inhalt

1. Grundsätzliche Anmerkungen	4
2. Kommentierung des Gesetzentwurfs	9
Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	9
§ 27a SGB V: Künstliche Befruchtung	9
§ 44 SGB V: Krankengeld	10
§ 50 SGB V: Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes	12
§ 51 SGB V: Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe	14
§ 67 SGB V: Elektronische Kommunikation	16
§ 75 SGB V: Inhalt und Umfang der Sicherstellung	17
§ 81a SGB V: Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen	20
§ 87 SGB V: Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	21
§ 87a SGB V: Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten	25
§ 92 SGB V: Richtlinien Gemeinsamer Bundesausschuss	28
§ 95 SGB V: Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung	29
§ 96 SGB V: Zulassungsausschüsse	31
§ 103 SGB V: Zulassungsbeschränkungen	32
§ 105 SGB V: Förderung der vertragsärztlichen Versorgung	34
§ 106a SGB V: Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen	36
§ 197a SGB V: Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen	37
§ 291a SGB V: Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur	38
§ 291b SGB V: Gesellschaft für Telematik	41
§ 295 SGB V: Übermittlungspflichten und Abrechnung bei ärztlichen Leistungen	44
§ 305 Absatz 1 (neu) SGB V: Auskünfte an Versicherte	45
§ 295 SGB V: Übermittlungspflichten und Abrechnung bei ärztlicher Leistungen	47
Zu Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	48
§ 47a SGB V: Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen	48
§§ 71, 72 und 112a (neu) SGB XI: Anschlussregelung Betreuungsdienste und deren Qualitätssicherung	49
Zu Artikel 15 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)	51
§ 19; 19a Ärzte-ZV : Mindestsprechstunden	51
3. Gegenäußerung der Bundesregierung	53
Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	53
§ 31 Absatz 1a Satz 2 SGB V	53
§ 95 Absatz 2 SGB V	55
§ 103 Absatz 1a – neu – SGB V.....	56
§ 105 Absatz 1a Satz 3, Satz 4, Satz 4a – neu -, Satz 4b – neu – und Satz 4c – neu – SGB V	57
§ 105 Absatz 1a Satz 3 Nummer 7 – neu – SGB V Buchstabe c und 105 Absatz 1d – neu – SGB V ...	58

Zu Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	59
§ 47a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1, 2, 3 und Satz 5 – neu – SGB XI.....	59
4. Änderungsanträge der Fraktionen CDU/CSU und SPD (Heilmittel)	61
Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).....	61
§ 73 SGB V: Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung.....	61
§ 106b SGB V: Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen.....	63
5. Ergänzender Änderungsbedarf	64
Delegation und Substitution ausbauen.....	64
§ 16 Absatz 3a SGB V: Ruhen des Anspruchs	67

1. Grundsätzliche Anmerkungen

Das Ziel des vorliegenden Gesetzentwurfs für ein Terminservice- und Versorgungsgesetz ist es, die Termin- und Wartezeitensituation in den deutschen Arztpraxen zu verbessern. Dieses Vorhaben unterstützen die Innungskrankenkassen ausdrücklich. Sie stellen sich gleichzeitig gegen die pauschale Aussage, dass es in Deutschland eine „Zwei-Klassen-Medizin“ gibt. Dieser Begriff suggeriert, dass GKV-Versicherte minderwertig versorgt werden. Das ist nicht der Fall, wie auch vergleichende internationale Länderstudien belegen.

Diese Feststellung soll aber nicht davon ablenken, dass es in der Frage der Terminvergabe Probleme gibt, die gelöst werden müssen. Die Innungskrankenkassen begrüßen daher die vorgesehenen Maßnahmen wie etwa die Weiterentwicklung der Terminservicestellen, die 24 Stunden / 7 Tage die Woche Erreichbarkeit der bundeseinheitlichen Notdienstnummer 116 117, die Ausweitung der Mindestsprechstundenzeit von 20 auf 25 Stunden sowie das vorgesehene Online-Angebot zur Terminvermittlung. Einen wirksamen Anker, der die Bevorzugung von Privatpatienten in Arztpraxen eindämmt, enthält der Entwurf zum aktuellen Zeitpunkt jedoch nicht. Die Innungskrankenkassen plädieren daher für eine Nachschärfung des Gesetzes in die Richtung, dass die Diskriminierung von gesetzlich Versicherten gegenüber Privatpatienten als Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten zu werten ist.

Insgesamt kritisch ist:

Was die mit den Maßnahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes verbundenen Kosten für die gesetzlichen Krankenkassen angeht, so befürchten die Innungskrankenkassen einen immensen Kostenanstieg zu Lasten der Beitragszahler. Die Ausführungen des Gesetzgebers, dass die Kosten „nicht genau quantifizierbar“ seien und allenfalls geschätzt werden könnten, bestärkt die Sorge, dass es zu einer massiven und nachhaltigen Kostenbelastung für die Krankenkassenlandschaft kommt. Diese aufzufangen, wird für die Krankenkassen umso schwerer sein, als mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz gerade die Abschmelzung der Rücklagen der Krankenkassen gesetzlich normiert wurde. Insgesamt bestehen Zweifel, ob mit den Mehrausgaben eine Versorgungsverbesserung verbunden ist.

Die ohnehin schon mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz einhergehende Aushöhlung der Selbstverwaltung wird mit dem Terminservicestellen- und Versorgungsgesetz noch einmal verschärft. Nicht nur, dass z. B. die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden ein Mitberatungsrecht im Zulassungsverfahren für Ärzte erhalten sollen und darüber hinaus die Rechtsaufsicht um eine Fachaufsicht er-

weitert wird. Auch die Regelungen zu den Vorstandsgehältern stellen in der Sache wieder einen erheblichen Eingriff in die Rechte der Selbstverwaltung dar. Dabei geht es an dieser Stelle nicht um die Frage der Angemessenheit und Transparenz der Vergütung, sondern darum, wer für die Festlegung der Gehälter verantwortlich ist.

Weitere Einzelpunkte:

Extrabudgetäre Vergütung

Vor dem Hintergrund der zu befürchtenden Kostenentwicklung bewerten die Innungskrankenkassen besonders kritisch die undifferenzierte Ausweitung der extrabudgetären Vergütung in der vorliegenden Form des Gesetzentwurfs, sei es für die Behandlung von Patienten, die durch die Terminservicestellen vermittelt werden, die Behandlung von „neuen“ Patienten in der Arztpraxis, für Leistungen, die in der neu eingeführten Sprechstundenzeit erbracht werden, die Behandlung von Akut- und Notfällen während der Sprechstundenzeit etc. Sämtliche dieser Leistungen gehören zum Standard des Sicherstellungsauftrags und sind mit der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bereits heute abgedeckt.

Entsprechende extrabudgetäre Anreize würden zu weiteren Verwerfungen führen und das System der ambulanten Vergütung nicht grundsätzlich verbessern. Die neuen extrabudgetären Vergütungen müssen daher auf tatsächlichen Mehraufwand begrenzt bleiben und zu einer tatsächlichen Verbesserung der Termin- und Wartezeitensituation führen.

Die Innungskrankenkassen gehen – wie der GKV-Spitzenverband – davon aus, dass die vorgesehene neue Vergütungs- und Leistungsstruktur in §§ 75, 87, 87a SGB V deutlich vereinfacht und die intendierte Anreizstruktur gleichzeitig zielgenauer ausgestaltet werden kann, um das Reformziel – den Zugang gesetzlich Versicherter zur ambulanten Versorgung zu verbessern – zu erreichen. Die Neufassung des § 87a Absatz 3 SGB V wird daher in der vorliegenden Form abgelehnt und stattdessen auf die konkreten vorgeschlagenen Maßnahmen des GKV-Spitzenverbandes verwiesen (vgl. einleitende Anmerkungen zu Nrn. 43 Buchstabe c) bis 44 Buchstabe a) in der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes).

Unterversorgte Regionen

Nach dem Gesetzentwurf sollen in Regionen mit drohender oder bereits bestehender Unterversorgung regionale Vergütungszuschläge obligatorisch festgelegt werden. Zu-

dem soll zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung u.a. der regionale Strukturfonds finanziell ausgebaut und künftig verpflichtend für alle Kassenärztlichen Vereinigungen werden. Zudem sollen die Regelungen im Gesetzentwurf dazu beitragen, den Aufbau von Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zu fördern. Für die Innungskrankenkassen können diese Instrumente dazu beitragen, die Versorgung im ländlichen Raum zu stützen und die betroffenen Regionen attraktiver für eine Niederlassung zu machen. Es stellt sich aber die Frage, ob das bisherige Primat „Freier Arzt in freier Praxis“ angesichts der aktuellen Entwicklungen bestehen bleiben kann. Die Zukunft der ambulanten Versorgung liegt in ambulanten Versorgungszentren. Daher setzen sich die Innungskrankenkassen für eine Aufwertung von Medizinischen Versorgungszentren und deren forcierte Einrichtung ein. Es ist aber auch richtig, dies an eine Verbesserung der Versorgung zu knüpfen und Fehlanreize zu korrigieren.

Einen weiteren Punkt lässt der Gesetzentwurf bei seinen Bemühungen um eine Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung außer Acht. Die Innungskrankenkassen sind der festen Überzeugung, dass den Herausforderungen im ländlichen Raum nur mit einem Ausbau der Delegations- und Substitutionsangebote von ärztlichen Leistungen begegnet werden kann. Angesichts der zunehmenden Spezialisierung der Ärzte, des Fachkräftemangels und der demografischen Entwicklung ist es notwendig, aus gewohnten Bahnen auszubrechen und neue Ausgestaltungsmöglichkeiten zu eröffnen.

Sprechende Medizin

Eine gute hausärztliche Versorgung ist ein wichtiges Element einer effizienten und guten Versorgung. Daher muss über neue Anreize nachgedacht werden, die nicht die Abrechnung von „Apparatemedizin“ fördern. Die Innungskrankenkassen unterstützen daher die vorgesehene Trendwende.

Digitalisierung

Die im Vorgriff auf das angekündigte E-Health-Gesetz II getroffenen Regelungen in Bezug auf den Themenkomplex elektronische Patientenakte/Patientenfach und Gesundheitsakte werden grundsätzlich begrüßt. Dies gilt insbesondere für die fortbestehende Möglichkeit kassenspezifischer Angebote (z.B. im Rahmen der schon heute bestehenden Gesundheitsakten) nach der Einführung der elektronischen Patientenakte. Die Interoperabilität mit der Telematik-Infrastruktur muss dabei sichergestellt sein. Erweiterte Zulassungsverfahren oder Sicherheitsbewertungen für individuelle Lösungen, die kassenspezifische Angebote einschränken würden, werden abgelehnt.

Die Erweiterung der Zugriffsmöglichkeiten für die Versicherten auf ihre Daten über Smartphone, Tablett, etc. ist ein weiterer Schritt in die richtige Richtung, um versicher-tennahe Lösungen zu ermöglichen.

Im Übrigen begrüßen die Innungskrankenkassen, dass die Entscheidungsstrukturen in der gematik kritisch hinterfragt werden. Gemeinsam mit den anderen Krankenkassen haben sie sich schon des Längeren für eine geänderte Gesellschafterstruktur ausgesprochen.

Änderungsanträge Heilmittel

Die Innungskrankenkassen unterstützen die politische Bestrebung nach einer angemessenen Vergütung für ambulant tätige Therapeuten.

Die dauerhafte Abkoppelung der Vergütungsvereinbarungen von der Grundlohnsummenentwicklung wird jedoch von den Innungskrankenkassen strikt abgelehnt. Die Innungskrankenkassen sprechen sich für das bewährte System der regionalen Vertragsverhandlungen aus. Es wird vorgeschlagen, das bisherige Zulassungsverfahren mit Blick auf Entbürokratisierung fortzuentwickeln und zu vereinheitlichen.

Die Innungskrankenkassen sprechen sich gegen die Übertragung der Verhandlungshoheit von den Krankenkassen und ihren Verbänden auf den GKV-Spitzenverband aus. Insbesondere die damit verbundene geringere Mitgestaltung der Krankenkassen, der mögliche Wegfall der Abbildung von regionalen Besonderheiten in Verträgen und die Änderungen für die Zulassungen der Leistungserbringer werden kritisch bewertet.

Die flächendeckende Einführung der Option der Blankoverordnung ist problematisch, da insbesondere die konkreten Regelungen nicht definiert sind. Die damit verbundene höhere Verantwortung muss sich auch in der finanziellen Verantwortung der Leistungserbringer spiegeln (Wirtschaftlichkeitsprüfung). Andererseits müssen auch bei der Blankoverordnung die Ärzte noch in der Mitverantwortung für die Ausgabenentwicklung bleiben.

Neben der Blankoverordnung, die weiterhin einen vorherigen Arztbesuch erfordert, sehen die Innungskrankenkassen aber noch weitergehenden Handlungsbedarf. So sollten auch Modelle des Direktzugangs (Substitution) erlaubt werden. Solche Behandlungsmöglichkeiten sind bereits seit Jahren in der privaten Krankenversicherung möglich. Da hierfür nur bestimmte Indikationen in Betracht kommen, die überwiegend bei berufstätigen Menschen auftreten, können so unnötige Arbeitsunfähigkeitstage vermieden werden. Dies ist insbesondere angesichts des realen Arbeitskräftemangels und mittelfristig auch angesichts der zukünftigen Entwicklungen (Stichwort: Landarztmangel) von Bedeutung.

Der IKK e.V. nimmt im Folgenden Stellung zu einzelnen Aspekten des Gesetzentwurfs. Im Übrigen wird auf die detaillierte Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Gesetzentwurf nebst den Änderungsanträgen Heilmittel verwiesen.

2. Kommentierung des Gesetzentwurfs

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 27a SGB V: Künstliche Befruchtung

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung soll eine Erweiterung des Leistungsanspruchs auf künstliche Befruchtung um die Kryokonservierung von Keimzellgewebe, Ei- und Samenzellen in Fällen erfolgen, in denen eine keimzellenschädigende Therapie zu Fertilitätsverlust führen könnte.

Bewertung

Die Neuregelung zur Erweiterung des Leistungsanspruchs auf künstliche Befruchtung in den im Gesetzentwurf benannten Fällen wird in ihrem Grundanliegen von den Innungskrankenkassen begrüßt und unterstützt. Der Leistungsanspruch sollte jedoch hinsichtlich der Dauer des Leistungsanspruchs nach § 27a Absatz 3 SGB V konkretisiert werden. Darüber hinaus sollte eine Steuerfinanzierung sichergestellt werden, da es sich um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt. Alternativ wäre eine Selbstbeteiligung verbunden mit einer Härtefallregelung denkbar.

Änderungsvorschlag

Steuerfinanzierung, alternativ Selbstbeteiligung verbunden mit einer Härtefallregelung.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21 Buchstabe a) und b)

§ 44 SGB V: Krankengeld

Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a)

Mit der Neuregelung soll erreicht werden, dass nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V versicherte hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige die Möglichkeit zur Wahl eines Anspruchs auf Krankengeld haben.

Buchstabe b)

Mit der Neuregelung soll erreicht werden, dass bei Versicherten, die nach § 44 Absatz 2 Nummer 2 und 3 SGB V die Möglichkeit zur Wahl eines Anspruchs auf Krankengeld haben und während einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit die Möglichkeit zur Wahl ausüben bzw. eine Arbeitsunfähigkeit bis zum Wirksamwerden der Wahl eintritt, die Wirksamkeit zur Wahl des Anspruchs auf Krankengeld erst nach Beendigung der Arbeitsunfähigkeit eintritt.

Bewertung

Buchstabe a)

Die Neuregelung ist weder sachgerecht noch stimmig.

Hauptberufliche Selbstständige haben nach § 9 SGB V die Möglichkeit einer freiwilligen Versicherung. Auch hauptberuflich Selbstständige mit einer Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V haben in aller Regel die Möglichkeit zum Beitritt in eine freiwillige Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld gehabt. Die Möglichkeit wurde von den Personen aus unterschiedlichsten Gründen nicht genutzt. Es ist nicht sachgerecht, diesen Personen nun auf anderen Wegen ein Recht einzuräumen, welches sie selbst bis dato nicht genutzt haben.

Der Gesetzgeber hat bisher bewusst für diese Versicherte keinen Anspruch auf Krankengeld eingeräumt, da kein Bedarf hierfür besteht und andere Möglichkeiten zur Absicherung (z. B. § 9 SGB V) vorhanden sind.

Des Weiteren ist die Regelung nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V vor dem Hintergrund der Einführung des § 188 Absatz 4 SGB V eine „Auslaufregelung“. Es ist daher nicht nachvollziehbar, warum für eine „Auslaufregelung“ eine gesetzliche Neuregelung geschaffen wird.

Buchstabe b)

Die Neuregelung ist sachgerecht, um eine missbräuchliche Gestaltung des Anspruchs auf Krankengeld zu vermeiden. Die Neuregelung sorgt für Rechtssicherheit in der Praxis der Krankenkassen.

Änderungsvorschlag

Zu Buchstabe a)

Die Neuregelung ist zu streichen.

Zu Buchstabe b)

Keiner.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25 Buchstabe a) und b)

§ 50 SGB V: Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes

Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a)

Die Neuregelung sieht vor, dass eine Abgrenzung der Zuständigkeit zwischen der Krankenversicherung und der Rentenversicherung dadurch gewährleistet wird, dass der Anspruch auf Krankengeld dann zukünftig bei Erwerbsunfähigkeit nicht mehr ausgeschlossen ist, wenn der Versicherte nach Erreichen der Regelaltersgrenze nach § 35 Satz 1 Nummer 2 SGB VI eine Rente wegen Alters von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente gewählt hat.

Buchstabe b)

Die Neuregelung soll sicherstellen, dass bei einer durch das Flexirentengesetz möglich gewordenen rückwirkenden Aufhebung einer Vollrente kein Anspruch auf Krankengeld entsteht. Ebenso soll eine Kürzung des Krankengeldes nicht mehr durch Berufsunfähigkeit ausgelöst werden.

Bewertung

Buchstabe a)

Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist die Neuregelung zu befürworten, da sie einen möglichen missbräuchlichen Gestaltungsspielraum von Versicherten zumindest in einem gewissen Umfang einschränkt.

Im Sinne einer klaren Abgrenzung der Zuständigkeit zwischen der Krankenversicherung und der Rentenversicherung ist bei Personen, die dem Grunde nach einen Anspruch auf Vollrente wegen Alters haben, eine weitergehende Neuregelung angezeigt. Es ist nicht sachgerecht, dass Personen, die Anspruch auf Vollrente wegen Alters haben und bei denen somit eine adäquate Existenzsicherung gewährleistet ist, zusätzlich Krankengeld erhalten können.

Buchstabe b)

Die Neuregelung ist sachgerecht, da sie einen erheblichen finanziellen und administrativen Aufwand der Versicherten, Krankenkassen und Arbeitgeber vermeidet. Die entstehenden Probleme bei einem rückwirkenden Anspruch auf Krankengeld wären von den Beteiligten in aller Regel nicht auflösbar und somit auch nicht umsetzbar.

Änderungsvorschlag

Zu Buchstabe a)

§ 50 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V wird wie folgt geändert:

In Satz 1 Nummer 1 wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Alters“ ein Komma und die Wörter *„oder nach Erreichen der Regelaltersgrenze nach § 35 Satz 1 Nummer 1 des Sechsten Buches anstatt einer Vollrente wegen Alters eine Teilrente“* eingefügt.

Zu Buchstabe b)

Keiner.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 26

§ 51 SGB V: Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass Krankenkassen Versicherte, die eine Teilrente wegen Alters beziehen und Anspruch auf Krankengeld haben, auffordern können, innerhalb von vier Wochen einen Antrag beim Rentenversicherungsträger zur Überprüfung der Prognoseentscheidung nach § 34 Absatz 3e SGB VI hinsichtlich der Auswirkungen des Hinzuverdienendes zu stellen.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen und unterstützen die Neuregelung. Die Krankenkasse wird durch sie in die Lage versetzt, die rechtlich gewollte Abgrenzung zwischen der Krankenversicherung und der Rentenversicherung selbst zu initiieren. Nach der bisherigen Rechtslage ist nur der Versicherte berechtigt, einen Antrag auf Überprüfung der Auswirkungen des Hinzuverdienstes zu veranlassen.

Im § 51 SGB V sind weitere Tatbestände geregelt, nach denen die Krankenkasse den Versicherten zur Stellung von Anträgen beim Rentenversicherungsträger auffordern kann. Vor diesem Hintergrund ist es nur konsequent, zur Harmonisierung der gesetzlichen Vorschrift gleiche Fristen für die Aufforderung zur Stellung eines Antrages in § 51 SGB V zu setzen.

Der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen hat in seinem Sondergutachten (2015) „Krankengeld – Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten“ folgende Feststellung bzw. Empfehlung abgegeben:

„Darüber hinaus sollte überprüft werden, ob die Frist, innerhalb derer die Krankenkasse einen Versicherten, dessen Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert ist, auffordern kann, einen Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation zu stellen, gekürzt werden sollte. Durch die bisherige Zehnwochenfrist kann ein schnellstmöglicher Beginn der Rehabilitationsmaßnahme verzögert werden. Das wiederum kann bewirken, dass die Gesundung und der Heilungsprozess sowie die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erschwert werden. Sofern die Voraussetzungen für eine Aufforderung zur Reha-Antragstellung durch ein aussagekräftiges Gutachten und nach Anhörung der oder des Betroffenen vorliegen, besteht grundsätzlich kein Grund, die Reha-Antragstellung hinauszuzögern. Würde die Frist von zehn Wochen auf einen Monat verkürzt, würde zudem eine Angleichung an die Vorschriften des SGB III (Arbeitslosenversicherung) erfolgen.“

Gemäß § 145 Absatz 2 Satz 1 SGB III hat die Agentur für Arbeit leistungsgeminderte Personen aufzufordern, innerhalb eines Monats einen Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation zu stellen.“

Aus diesem Grund sprechen sich die Innungskrankenkassen für eine einheitliche Frist von vier Wochen aus.

Änderungsvorschlag

Zu Buchstabe a)

§ 51 Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt geändert: Die Zahl „10“ wird durch die Zahl „4“ ersetzt.

Zu Buchstabe b)

§ 51 Absatz 2 wird wie folgt geändert: Die Zahl „10“ wird durch die Zahl „4“ ersetzt.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 32

§ 67 SGB V: Elektronische Kommunikation

Beabsichtigte Neuregelung

Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung soll die Kommunikation sowie der Daten- und Informationsfluss unter den Leistungserbringern, zwischen den Krankenkassen und Leistungserbringern sowie im Verhältnis von Krankenkassen und Leistungserbringern zu den Versicherten durch vernetzte digitale Anwendungen und Dienste ausgebaut werden, insbesondere zur

1. elektronischen und maschinell verwertbaren Übermittlung von Befunden, Diagnosen, Therapieempfehlungen, Behandlungsberichten und Unterlagen in Genehmigungsverfahren,
2. Förderung der aktiven und informierten Mitwirkung des Versicherten am Behandlungs- und Rehabilitationsprozess sowie
3. Unterstützung der Versicherten bei einer gesundheitsbewussten Lebensführung.

Bewertung

Die Ergänzung zielt darauf ab, neben den Leistungserbringern und den Krankenkassen auch die Versicherten in die digitale Kommunikation im Gesundheitswesen einzubeziehen und ihnen digitale Dienste zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit ihrer Versorgung anzubieten. Diese umfassende digitale Vernetzung der Beteiligten im deutschen Gesundheitswesen wird von den Innungskrankenkassen ausdrücklich begrüßt. In der Umsetzung dieser digitalen Vernetzung muss darauf geachtet werden, dass die Krankenkassen hierbei perspektivisch nach ausdrücklicher Zustimmung durch den Versicherten Zugriffsmöglichkeiten auf dessen persönliche Gesundheitsdaten erhalten. Ohne Änderung der heute beschränkten Rolle der Krankenkassen zur Verarbeitung medizinischer Daten des Versicherten ist ein aktiver Beratungsprozess im Sinne des § 67 SGB V nicht möglich.

Änderungsvorschlag

In diesem Zusammenhang sollte sichergestellt werden, dass die Krankenkassen nach Vorliegen einer Zustimmung der Versicherten Zugriff auf die persönlichen Gesundheitsdaten erhalten.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 36 Buchstabe a) bis c)

§ 75 SGB V: Inhalt und Umfang der Sicherstellung

Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a

Doppelbuchstabe aa)

Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen in Bezug auf die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der Versorgung wird von der fachärztlichen allgemein auf die vertragsärztliche Versorgung ausgeweitet und umfasst damit auch die Terminvermittlung für Hausärzte, sowie Kinder- und Jugendärzte.

Doppelbuchstabe bb)

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) muss im Internet die Sprechstundenzeiten der Ärzte veröffentlichen.

Die Aufgaben der Terminservicestellen (TSS) werden ausgeweitet. Sie übernehmen zukünftig auch die Terminvermittlung zu Haus- und Kinderärzten, unterstützen insbesondere auch bei der Suche nach dauerhafter Behandlung. Darüber hinaus muss die Erreichbarkeit der TSS an 24 Stunden/Tag an 7 Tagen/Woche, und damit auch für Akutfälle während der Sprechstundenzeiten sichergestellt sein. Es wird eine bundesweit einheitliche Telefonnummer der TSS mit Zusammenlegung der bisherigen bundeseinheitlichen Not- bzw. Bereitschaftsdienstnummer eingerichtet. Die Terminservicestellen können in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen betrieben werden.

Doppelbuchstabe cc)

Nach Satz 3 Nummer 3 hat die TSS Versicherten in Akutfällen auch ohne Vorliegen einer Überweisung eine unmittelbare ärztliche Versorgung zu vermitteln, die auf Grundlage einer Priorisierung (standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren) erfolgen muss.

Bewertung

Buchstabe a)

Doppelbuchstabe aa)

Die Erweiterung des Sicherstellungsauftrags auf die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung auch für Hausärzte sowie Kinder- und Jugendärzte wird als sinnvoll erachtet.

Doppelbuchstabe bb)

Die Veröffentlichung der Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte auf den KV Webseiten wird begrüßt. Die Darstellung der Sprechstunde sollte jedoch bundesweit einheitlich erfolgen, um Transparenz zu schaffen. Auch eine einheitliche Darstellung der Praxisausstattung, wie die Abrechnungsgenehmigung von bestimmten Geräten (z.B. offenes MRT) sollte bundesweit einheitlich im Internet erfolgen.

Mit Blick auf die Ausrichtung am Patientenbedarf ist die Ausweitung der Aufgaben der TSS grundsätzlich als positiv zu bewerten. Versicherte können so künftig schneller und unbürokratischer Termine sowohl bei Fachärzten als auch bei Hausärzten sowie Kinder- und Jugendärzten erhalten. Die durchgängige Erreichbarkeit scheint insbesondere für die zukünftige Vermittlung von Akutfällen, die einer unmittelbaren ärztlichen Versorgung bedürfen (auch außerhalb der Sprechstundenzeiten), angezeigt, um die Notfallversorgung zielgerichtet zu steuern.

Die Aufgabe der Terminvermittlung liegt bei der Ärzteschaft. Eine zusätzliche Mitfinanzierung der TSS durch die Kassenseite sollte ausgeschlossen werden.

Doppelbuchstabe cc)

Die Vermittlung einer unmittelbaren ärztlichen Versorgung in Akutfällen in der Neuregelung des Satz 3 Nummer 3 auch ohne Vorliegen einer Überweisung auf der Grundlage einer Priorisierung erscheint grundsätzlich geeignet, die bestehende hohe Inanspruchnahme der Notfallambulanzen zu vermeiden. Die Ersteinschätzung von Notfällen in einem standardisierten Verfahren einer Triage erscheint sachgerecht. Dies sollte in allen TSS gleichermaßen standardmäßig gehandhabt werden.

Änderungsvorschlag

Zu Buchstabe a)

Doppelbuchstabe aa)

Keiner.

Doppelbuchstabe bb)

Aus Transparenzgründen erfolgt eine bundesweit einheitliche Darstellung der Sprechstundenzeiten und Praxisausstattung (siehe auch Änderungsvorschlag GKV-Spitzenverband).

Doppelbuchstabe cc)

Keiner.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 41

§ 81a SGB V: Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Beabsichtigte Neuregelung

Der neue Absatz 3b schafft die Möglichkeit für Einrichtungen nach Absatz 1, personenbezogene Daten an die Zulassungsausschüsse sowie an die für die Abrechnungsprüfung und die für die Überwachung der Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zuständigen Stellen sowie den berufsständischen Kammern zu übermitteln, soweit dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Zuständigkeitsbereich des jeweiligen Empfängers erforderlich ist.

Bewertung

Die Erweiterung des gesetzlichen Handlungsrahmens von bisher im § 81a Absatz 3a SGB V geregelter „Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ zu neu in § 81a Absatz 3b SGB V „Verhinderung und Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“, ist nach Auffassung der Innungskrankenkassen notwendig und wird ausdrücklich begrüßt.

Somit können bereits frühzeitig die Zulassungsausschüsse und die für die Abrechnungsprüfung sowie für die Überwachung der Erfüllung der an den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zuständigen Stellen datenschutzrechtlich legitimiert einbezogen werden und sind im Weiteren mit Übermittlungsbefugnissen ausgestattet.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 43 Buchstabe a) bis k)

§ 87 SGB V: Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a)

Bis zum 31. Dezember 2019 haben die Selbstverwaltungspartner für den zahnärztlichen Bereich das Nähere zu einem elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahren für bewilligungspflichtige zahnärztliche Leistungen zu regeln.

Buchstabe b)

Bei den in § 87 Absatz 1c SGB V geregelten Fällen unter Nummer 1 bis 4 können die Krankenkassen anstelle einer gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung eine Prüfung im Wege des im Bundesmantelvertrag-Zahnärzte vorgesehenen Gutachterverfahrens durchführen lassen.

Buchstabe c)

Mit der Neufassung des § 87 Absatz 2 Satz 3 ff. SGB V soll die Bewertung von technischen Leistungen so festgelegt werden, dass die Punkte ab einem bestimmten Schwellenwert mit zunehmender Menge sinken. Dadurch sollen Rationalisierungsreserven bei technischen Leistungen zugunsten der zuwendungsorientierten ärztlichen Leistungen („sprechende Medizin“) im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) genutzt werden.

Buchstabe d)

Abs. 2b Satz 3 sieht die Aufnahme von Zuschlägen auf die jeweiligen Versichertenpauschalen im EBM wie folgt vor:

1. ein einmaliger Zuschlag in Höhe von mindestens 25 Prozent der jeweiligen Versichertenpauschale für Neupatienten oder den Fall, dass die Leistungen gegenüber Patienten erbracht werden, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals untersucht und behandelt werden oder die mindestens vier Jahre nicht in der jeweiligen Arztpraxis untersucht und behandelt wurden, sowie
2. ein Zuschlag in Höhe von mindestens fünf Euro für die erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2.

Buchstabe e)

Doppelbuchstabe aa)

Neuregelung in § 87 Abs. 2c Satz 2, dass

- einmalige Zuschläge auf die jeweiligen Grundpauschalen in Höhe von mindestens 25 Prozent für grundversorgende und an der unmittelbaren medizinischen Versorgung teilnehmende Arztgruppen für Neupatienten oder solche Patienten, welche innerhalb der letzten vier Jahre nicht in der jeweiligen Arztpraxis untersucht und behandelt wurden, sowie
- ein Zuschlag auf die jeweilige Grundpauschale in Höhe von mindestens 15 Prozent für den Fall, dass die Leistungen im Rahmen offener Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung erbracht werden

vorzusehen sind. Bis auf den Fall der Abrechnung eines Zuschlags durch einen Augenarzt oder Frauenarzt bedarf dies einer Überweisung nach den Vorgaben des BMV-Ä.

Bewertung

Buchstabe a)

Die Ergänzung für den § 87 Absatz 1 SGB V für das elektronische Antrags- und Bewilligungsverfahren für den zahnärztlichen Bereich ist zu begrüßen. Durch diese gesetzliche Grundlage haben die Bundesmantelvertragspartner die Möglichkeit die Teilnahme aller Vertragszahnärzte verpflichtend zu regeln.

Buchstabe b)

Die Regelung wird von den Innungskrankenkassen begrüßt.

Die Klarstellung wurde erforderlich, da das Landessozialgericht Bayern in zwei rechtskräftigen Entscheidungen im Jahr 2017 festgestellt hat, dass für die Begutachtung – auch bei vertragszahnärztlichen Fragestellungen – ausschließlich der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) zuständig sei.

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und der GKV-Spitzenverband haben in dem ab dem 1. Juli 2018 gültigen Bundesmantelvertrag vereinbart, dass beide Verfahren – MDK-Verfahren oder das bundesmantelvertragliche Gutachterverfahren – genutzt werden können. Die für die Krankenkassen notwendige Flexibilität ist daher gegeben.

Buchstabe c)

Die Berücksichtigung des technischen Fortschritts – insbesondere beim Einsatz von medizinisch-technischen Geräten und die entsprechende regelmäßige Aktualisierung dieser Leistungen bei gleichzeitiger Verwendung der dadurch freigesetzten Mittel in der „sprechenden“ Medizin – werden seitens der Innungskrankenkassen begrüßt. Dieser sollte bei der Modifizierung des EBM noch stärker Berücksichtigung finden. Die hausärztliche Versorgung wird dadurch aufgewertet und es dürfte mehr Zeit für den Patienten zur Verfügung stehen.

Buchstabe d)

Extrabudgetäre Zuschläge für die Aufnahme von Neupatienten werden seitens der Innungskrankenkassen abgelehnt. Um die Bereitschaft zur Annahme neuer Patienten dennoch zu erhöhen, soll der Erstkontakt mit Neupatienten aus den vorhandenen Mitteln der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) gefördert werden (vgl. die diesbezügliche Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes).

Buchstabe e)

Doppelbuchstabe aa)

Zuschläge auf die Grundpauschalen – insbesondere der an der grundversorgenden und unmittelbaren medizinischen Versorgung teilnehmenden Fachärzte für die Behandlung von Neupatienten – werden ebenfalls seitens der Innungskrankenkassen abgelehnt. Um die Bereitschaft zur Annahme neuer Patienten dennoch zu erhöhen, soll der Erstkontakt mit Neupatienten aus den vorhandenen Mitteln der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) gefördert werden (vgl. die diesbezügliche Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes). Ebenso wird ein Zuschlag für Leistungen im Rahmen der offenen Sprechstunde abgelehnt.

Änderungsvorschlag

Zu Buchstabe a)

Keiner.

Zu Buchstabe b)

Keiner.

Zu Buchstabe c)

Keiner.

Zu Buchstabe d)

Keiner – siehe jedoch Änderungsvorschlag zu § 87a SGB V Buchstabe a).

Zu Buchstabe e) aa)

Die Neuregelung ist zu streichen.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 44 Buchstabe a) bis c)

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

Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a)

Die Neuregelung in § 87a Absatz 3 Satz 5 sieht eine zusätzliche extrabudgetäre Vergütung ärztlicher Leistungen seitens der Krankenkassen vor:

1. bei Substitutionsbehandlung bei Drogenabhängigkeit
2. Zuschläge nach § 87 Absatz 2b Satz 3 sowie Absatz 2c Satz 3 und 4 für Leistungen, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestelle erbracht werden,
3. für die erfolgreiche Vermittlung eines dringlichen Behandlungstermins beim Facharzt durch den Hausarzt, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestelle erbracht werden,
4. für Weiterbehandlung eines Patienten durch einen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach Vermittlung durch einen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 sowie Leistungen in Akut- und Notfällen während der Sprechstundenzeiten,
5. bei Behandlung neuer Patienten sowie
6. für Behandlungsleistungen in der offenen Sprechstunde.

Zusätzlich können Leistungen außerhalb der Gesamtvergütung MGV vergütet werden, wenn sie besonders förderungswürdig oder medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung erforderlich sind. Die MGV ist um die genannten Leistungen begrenzt auf ein Jahr zu bereinigen.

Buchstabe c)

Doppelbuchstabe cc)

Die Kodiereffekte sind in den Jahren, in denen die Veränderungsraten auf der Grundlage der Behandlungsdiagnosen durch das Institut des Bewertungsausschusses errechnet werden, in den Berechnungen zu bereinigen.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen gehen – wie der GKV-Spitzenverband – davon aus, dass die vorgesehene neue Vergütungs- und Leistungsstruktur in §§ 87, 87a vereinfacht werden kann, während die intendierte Anreizstruktur gleichzeitig zielgenauer ausgestaltet wird, um das Reformziel, den Zugang gesetzlich Versicherter zur ambulanten Versorgung zu verbessern, zu erreichen. Daher lehnen die Innungskrankenkassen die Neufassung des § 87a Absatz 3 Satz 5 in dieser Form ab und schließen sich stattdessen den vorgeschlagenen Maßnahmen des GKV-Spitzenverbandes an.

In der Folge wird die Notwendigkeit für extrabudgetäre Zuschläge für die Terminvermittlung und Annahme von Akutfällen sowie Sprechstunden am Abend und am Samstag anerkannt. Diese Maßnahmen haben das Potential, die Versorgung zu flexibilisieren und zu verbessern sowie auch die Notfallversorgung zu entlasten. Es sei jedoch an dieser Stelle angemerkt, dass eine zusätzliche Vergütung für die Samstagssprechstunde bereits punktsummen-/ausgabenneutral über die anstehende EBM-Reform vorgesehen ist.

Darüber hinausgehende extrabudgetäre, mit festem Preis erfolgende Vergütungen für Leistungen, welche bereits zu den originären Aufgaben der Vertragsärzte gehören, werden dagegen abgelehnt. Eine derartig weitgehende Differenzierung der Vergütung für identische Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung ist sachlich nicht gerechtfertigt. In der weiteren Entwicklung könnte dieses zu einer Verknappung von Terminsprechstunden führen und damit zu einem weiteren Ausbau der offenen Sprechstunden bzw. den durch die Terminservicestellen/Hausärzten vermittelten Terminen, da hierfür höhere Vergütungen zu realisieren wären. Insofern sollten Vergütungsanreize, die zu einer Verlagerung von Leistungen führen, vermieden bzw. hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die ambulante medizinische Versorgung insgesamt betrachtet werden.

Die Einteilung bzw. Zuordnung von Leistungen der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bzw. der Extrabudgetären Gesamtvergütung (MGV/EGV) ist zudem grundsätzlich Aufgabe der regional zuständigen Vertragspartner in den jeweiligen Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigung. Ein politischer Eingriff schränkt den Verhandlungsspielraum ein und priorisiert bestimmte Leistungen. Bereits jetzt haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit, im Rahmen des Vorwegabzugs innerhalb der MGV Budgetierungen auszuschließen.

Buchstabe a)

Die weiterhin vorgehene zusätzliche extrabudgetäre Vergütung ärztlicher Leistungen seitens der Krankenkassen von Zuschlägen nach § 87 Absatz 2b Satz 3 sowie Absatz 2c Satz 3 und 4 werden seitens der Innungskrankenkassen nach wie vor abgelehnt. Um die Bereitschaft zur Annahme neuer Patienten dennoch zu erhöhen, soll der Erstkontakt mit

Neupatienten aus den vorhandenen Mitteln der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) gefördert werden.

Dagegen wird die nunmehr im Gesetzentwurf vorgesehene Verpflichtung zur Bereinigung der MGV im Falle einer Ausgliederung von Leistungen als zwingend angesehen und seitens der Innungskrankenkassen begrüßt. Sie darf jedoch nicht nur auf ein Jahr begrenzt werden, da sich die Anzahl vermittelter Patienten im Zeitverlauf steigern dürfte.

Buchstabe c)

Doppelbuchstabe cc)

Die mit der Einführung von Kodierrichtlinien einhergehende Bereinigung wird seitens der Innungskrankenkassen ausdrücklich begrüßt.

Änderungsvorschlag

Anpassung der ersetzenden Neuregelung § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 2 bis 4 gemäß Konzept des GKV-Spitzenverbandes.

Zu Buchstabe a)

Nr. 2

Streichen und Wegfall der Begrenzung der Bereinigung auf ein Jahr.

Zu Buchstabe c)

Doppelbuchstabe cc)

Keiner.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 51

§ 92 SGB V: Richtlinien Gemeinsamer Bundesausschuss

Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe b)

Nach der Neuregelung in Absatz 6a soll der G-BA in den Richtlinien Regelungen für eine gestufte und gesteuerte Versorgung für die psychotherapeutische Behandlung einschließlich der Anforderungen an die Qualifikation der für die Behandlungssteuerung verantwortlichen Vertragsärzte und psychologischen Psychotherapeuten beschließen.

Bewertung

Buchstabe b)

Eine gestufte und gesteuerte Versorgung ist ein wichtiger Ansatz, um die begrenzten Mittel und Ressourcen in der GKV zielgerichtet einzusetzen. Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf darauf verwiesen, dass mit der Einführung einer verpflichtenden Sprechstunde bereits ein Ansatz gewählt wurde, um eine gezielte Steuerung von Patienten sicherzustellen. An dieser Stelle stellt sich die Frage, wie das hier vorgeschlagene Verfahren mit der Sprechstundenregelung in Einklang zu bringen ist. Insgesamt scheint hier noch Diskussionsbedarf zu bestehen.

Änderungsvorschlag

Buchstabe b)

Streichung, da noch weiterer Diskussionsbedarf.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 52 Buchstabe a)

§ 95 SGB V: Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

Beabsichtigte Neuregelung

a) § 95 Absatz 1a wird wie folgt geändert:

Doppelbuchstabe bb)

Bereits mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde durch die Einschränkung des Gründungskreises von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) der Entwicklung entgegen gewirkt, dass diese immer häufiger von Investoren gegründet werden, die primär Kapitalinteressen verfolgen und keinen fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung haben. Nicht bewährt hat sich in diesem Zusammenhang die uneingeschränkte Einbeziehung von Erbringern nichtärztlicher Dialyseeinrichtungen nach § 126 Absatz 3 in den Gründerkreis eines medizinischen Versorgungszentrums. In den letzten Jahren hat sich gezeigt, dass zunehmend Kapitalinvestoren ohne fachlich-medizinischen Bezug zur vertragsärztlichen Versorgung berechnete Leistungserbringer nach § 126 Absatz 3 aufkaufen, um hierüber Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung zu erhalten.

Während nach der bisherigen gesetzlichen Regelung Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 auch zur Gründung fachfremder (z.B. auch zahnärztlicher) medizinischer Versorgungszentren aufgekauft werden konnten, soll dies nach der neuen Regelung nur noch für die Gründung fachbezogener medizinischer Versorgungszentren gelten.

Nach der neuen Regelung in § 95 Absatz 1a können Erbringer nichtärztlicher Dialyseeinrichtungen nur noch für die Gründung fachbezogener MVZ aufgekauft werden. Die Möglichkeit der Gründung von MVZ ohne fachlich-medizinischen Bezug wird damit abgeschafft.

Doppelbuchstabe cc)

Der zweite Halbsatz im neuen Satz 4 regelt einen umfassenden Bestandsschutz für von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 gegründeten medizinische Versorgungszentren, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelung bereits zugelassen waren. Durch den Bestandsschutz gelten diese Zulassungen unabhängig vom Merkmal der Fachbezogenheit des bestehenden medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort mit der Folge, dass sie alle Handlungsmöglichkeiten eines medizinischen Versorgungszentrums wahrnehmen können.

Bewertung

Buchstabe a)

Doppelbuchstabe bb)

Diese Regelung bringt eine Verbesserung dahingehend, dass zur Begrenzung des Einflusses von reinen Kapitalinvestoren, die Möglichkeit von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen, MVZ zu gründen, auf fachbezogene MVZ beschränkt wird.

Doppelbuchstabe cc)

Der im Gesetzentwurf vorgesehene umfassende Bestandsschutz führt jetzt dazu, dass in laufenden Zulassungsverfahren befindliche ablehnungswürdige MVZ-Gründungen gegen den bereits im GKV-Versorgungsstrukturgesetz zum Ausdruck gebrachten gesetzlichen Willen bis zum Inkrafttreten des TSVG von Investoren gegründet werden. Leider wurde es versäumt, eine zeitlich vorlaufende Regelung in den Gesetzentwurf aufzunehmen. Daher ist es notwendig, nur einen auf das verfassungsrechtlich notwendige Maß beruhenden Bestandsschutz zu sichern.

Änderungsvorschlag

Zu Doppelbuchstabe bb)

Keiner.

Zu Doppelbuchstabe cc)

Es wird angeregt, im weiteren Gesetzgebungsverfahren darauf hinzuwirken, dass der umfassende Bestandsschutz für von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 gegründete medizinische Versorgungszentren auf das verfassungsrechtlich notwendige Maß beschränkt wird.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 53

§ 96 SGB V: Zulassungsausschüsse

Beabsichtigte Neuregelung

Einführung eines Mitberatungsrechts der obersten Landesbehörden (vgl. im neu eingeführten Absatz 2a) in Form von einer Teilnahme, Informations- und Mitberatungsbefugnis sowie dem Recht zur Stellung verfahrensleitender Anträge bei den enumerativ aufgeführten Entscheidungen der Zulassungsausschüsse mit besonderer Versorgungsrelevanz (Abs.2 a Nr. 1-7). Dazu gehört u.a. die Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze in ländlichen Gebieten eines Planungsbereiches, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind (Abs.2a Nr. 3).

Bewertung

Die Mitglieder der Zulassungsausschüsse beraten und entscheiden in paritätischer Besetzung unter Betrachtung sämtlicher relevanter Gesichtspunkte.

Ein Recht der Landesbehörden zur Mitberatung sowie zur Beantragung zusätzlicher Zulassungen in ländlichen Gebieten innerhalb eines Planungsbereichs, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, ist nicht angezeigt. Dies gilt gleichermaßen für die weiteren konkret ausformulierten Verfahren mit besonderer Versorgungsrelevanz. Die jeweils zuständige oberste Landesbehörde und die Patientenvertreter werden bereits über den Bedarfsplan nach § 99 SGB V unterrichtet; die Landesbehörde hat dabei ein Beanstandungsrecht. Die Evaluation des Bedarfsplans erfolgt in 3-jährigen Abständen. Die kommunalen Verbände werden über das Ergebnis der Evaluation unterrichtet und um Stellungnahme gebeten. Das Ergebnis der Evaluation und die Anregungen zur Verbesserung der Bedarfsplanung fließen in die Ziele der künftigen Bedarfsplanung ein. Insoweit ist auf der Ebene des Bedarfsplanes ein Steuerungsinstrument der obersten Landesbehörden bereits gegeben.

Zudem birgt die Neuregelung die Gefahr, dass politisch motivierte Entscheidungen und nicht Versorgungsaspekte bei Zulassungsentscheidungen möglich werden.

Änderungsvorschlag

Der neu eingefügte Absatz 2a ist zu streichen.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 55 Buchstabe a) bis c)

§ 103 SGB V: Zulassungsbeschränkungen

Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a)

Befristete Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen für die Neuzulassung von Fachärzten für innere Medizin, Rheumatologen, Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie und Pädiater für den Zeitraum, bis der gesetzliche Auftrag an den G-BA zur Überprüfung der Bedarfsplanungs-Richtlinie nach § 101 Absatz 1 Satz 7 SGB V umgesetzt ist. Für die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie gilt dies nur, sofern sie mindestens 80 Prozent ihrer abgerechneten Leistungen aus dem Bereich der Psychiatrie erbringen. Voraussetzung für eine Niederlassung ist, dass die Ärzte 5 Jahre vor Ihrem Antrag auf Zulassung nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen haben.

Buchstabe b)

Die zuständigen obersten Landesbehörden sollen künftig ländliche oder strukturschwache Teilgebiete eines Planungsbereiches bestimmen können, die auf ihren Antrag hin als Ausnahme von angeordneten Zulassungsbeschränkungen herauszunehmen sind. Wird dem Antrag stattgegeben, legt der Landesausschuss die Anzahl neu zu schaffender Zulassungen in diesem Teilgebiet des Planungsbereiches fest.

Damit soll die Möglichkeit geschaffen werden, individuellen regionalen Versorgungsbedürfnissen in Gebieten innerhalb eines Planungsbereiches, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, noch besser gerecht zu werden.

Bewertung

Buchstabe a)

Die befristete Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen für Fachärzte für innere Medizin, Rheumatologen, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Pädiater bis zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrags nach § 101 Absatz 1 Satz 7 SGB V wird kritisch gesehen. Die Neuregelung würde zu einer nicht bedarfsgesteuerten Neuniederlassung in attraktiven statt in untersorgten Planungsbereichen führen. Diese Fehlverteilung lässt sich im Nachhinein nicht mehr ausgleichen und verstärkt nur die bestehende Problematik der Versorgungs- und Terminschwierigkeiten. Sie ist daher abzulehnen.

Buchstabe b)

Es ist mit den Grundsätzen der Arbeit in der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen nicht vereinbar, dass durch Anträge der zuständigen obersten Landesbehörde Ausnahmen von Zulassungsbeschränkungen in überversorgten Teilgebieten festgelegt und damit die Vergabe zusätzlicher Zulassungen in zulassungsbeschränkten Planungsbereichen – erreicht werden. Vielmehr sollte es darum gehen, dass alle verfügbaren Informationen der zuständigen obersten Landesbehörde dem gemeinsamen Gremium von Ärzten und Krankenkassen für die zu treffende Entscheidung verfügbar gemacht werden. Dieser politische Eingriff in die Selbstverwaltung wird von den Innungskrankenkassen abgelehnt.

Änderungsvorschlag

Zu Buchstabe a)

Die Neuregelung ist zu streichen.

Zu Buchstabe b)

Die Neuregelung ist zu streichen.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 56 Buchstabe a) und b)

§ 105 SGB V: Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a)

Neuregelung des § 105 Absatz 4 Satz 1, wonach verpflichtend Sicherstellungszuschläge auf den regionalen Punktwert zu zahlen sind, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine drohende oder eingetretene Unterversorgung festgestellt hat. Über die Höhe und den berechtigten Personenkreis entscheidet der Landesausschuss.

Buchstabe b

Doppelbuchstabe aa)

Neuregelung des § 105 Absatz 1a, wonach nunmehr die vorherige Kann-Regelung zur Bildung von Sicherstellungszuschlägen in eine Ist-Regelung abgeändert wird. Danach besteht jetzt die Verpflichtung aller Kassenärztlichen Vereinigungen zur Bildung eines Strukturfonds. Die dafür bereitzustellenden Mittel werden verdoppelt. Es sind mindestens 0,1 Prozent bis zu 0,2 Prozent der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) zur Verfügung zu stellen.

Doppelbuchstabe cc)

Die Förderzwecke in Satz 3 werden insbesondere ergänzt um

4. Förderung von Eigenrichtungen und von lokalen Gesundheitszentren für die medizinische Grundversorgung
5. Förderung der Erteilung von Sonderbedarfszulassungen
6. Förderung des freiwilligen Verzichts auf die Zulassung als Vertragsarzt und Entschädigungszahlungen nach § 103 Absatz 3a Satz 13

Bewertung

Buchstabe a)

Die obligatorische Zahlung von Sicherstellungszuschlägen wird abgelehnt. Bereits heute können Sicherstellungszuschläge für (drohend) unterversorgte Gebiete sowie für Gebiete mit festgestelltem zusätzlich lokalem Versorgungsbedarf vereinbart werden. Über die im Gesetzentwurf enthaltene Neuregelung müsste die GKV ohne eigenes Mitspracherecht und damit eigene Steuerungsmöglichkeiten regelhaft ambulante Versorgungsinfrastruktur mitfinanzieren.

Buchstabe b)

Doppelbuchstabe aa)

Schon bislang existieren Strukturfonds in den Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Es werden Entscheidungen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung getroffen und umgesetzt. Eine Verdopplung des zur Verfügung stehenden Finanzvolumens wird daher als nicht erforderlich angesehen. Eher scheint es in den meisten Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen so zu sein, dass die jetzt vorhandenen Mittel nicht ausgeschöpft werden. Eine Erhöhung/Verdopplung ist insofern nicht angezeigt.

Doppelbuchstabe cc)

Die Ergänzungen der Förderzwecke werden kritisch gesehen, da eine Ausweitung der finanziellen Beteiligung der Krankenkassen auf früher ausschließliche Zuständigkeiten der Kassenärztlichen Vereinigung erfolgt.

Änderungsvorschlag

Die Neuregelungen zu Buchstabe a) und Buchstabe b) Doppelbuchstabe aa) sowie Doppelbuchstabe cc) sind zu streichen.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 57

§ 106a SGB V: Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen

Beabsichtigte Neuregelung

Anerkennung von Praxisbesonderheiten in der Wirtschaftlichkeitsprüfung, soweit Unterschiede in Standort- und Strukturmerkmalen (z. B. viele Hausbesuche) begründet sind.

Bewertung

Die Regelung dürfte die Versorgungssituation in den ländlichen Regionen verbessern. Insbesondere Landarztpraxen stellen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung häufig eine Besonderheit dar. Von daher macht es Sinn, Praxisbesonderheiten für diese Praxen zu definieren. Gleichwohl dürfte es sich aufgrund der heterogenen Situation schwierig gestalten, alle Besonderheiten gerecht zu definieren. Darüber hinaus gibt es auch andere Praxen z. B. in Einwohnerregionen mit einem überdurchschnittlich hohen Migranten- oder Ausländeranteil. Diese Praxen könnten sich durch eine derartige gesetzliche Regelung benachteiligt sehen.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 83

§ 197a SGB V: Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Beabsichtigte Neuregelung

Die Einführung eines neuen § 197a Absatz 3b soll die datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnisse im Zusammenhang mit der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Krankenkassen klarstellen. Ebenso wird zu diesem Zweck eine Übermittlungsbefugnis der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung geschaffen (vgl. Parallelnorm zum § 81a Absatz 3b SGB V, § 47a SGB XI).

Bewertung

Die Erweiterung der Übermittlungsbefugnisse des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) im Rahmen der Begutachtungs-, Kontroll- oder Prüfungsaufgaben auch unmittelbar an die Stellen nach § 197a Absatz 1 SGB V zur Feststellung Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen ist nach Auffassung der Innungskrankenkassen notwendig und zeitgemäß.

Die Innungskrankenkassen setzten sich darüber hinaus dafür ein, dass ein bundesweites Register über auffällige Leistungserbringer im Sinne einer Betrugspräventionsdatenbank geschaffen werden sollte. Siehe dazu auch die Ausführungen des GKV-Spitzenverbandes.

Zur Verhinderung von Negativeinwilligungen im Rahmen der Qualitäts- und Abrechnungsprüfung Pflege und Häuslichen Krankenpflege ist eine Mitwirkungspflicht der Leistungsbezieher gesetzlich zu regeln.

Änderungsvorschlag

Dem § 197a Absatz 3b wird folgender Satz 5 angefügt:

„Die nach Satz 1 und 3 übermittelten Daten dürfen auch unter Verwendung von Datenbanken zur Kenntnis gegeben werden, unabhängig davon, ob diese Datenbanken von den genannten Einrichtungen selbst oder von Dritten betrieben werden.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 96 Buchstabe a) bis f)

§ 291a SGB V: Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur

Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a)

Buchstabe aa)

Das elektronische Patientenfach (ePF) wird mit der elektronischen Patientenakte (ePA) begrifflich zusammengeführt.

Buchstabe bb)

Mit der Aufhebung der Sätze 4 bis 6 wird das Verfahren der Einwilligung des Versicherten in das für die verschiedenen Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte erforderliche Erheben, Verarbeiten und Nutzen von Daten vereinfacht.

Buchstabe c)

Die Krankenkassen werden verpflichtet, ihren Versicherten spätestens ab dem 1. Januar 2021 eine elektronische Patientenakte zur Verfügung zu stellen. Mit den damit zusammenhängenden Regelungen soll die Interoperabilität im Gesundheitssystem gestärkt werden. Den Krankenkassen steht es dabei frei, über die Anforderungen der gematik hinaus zusätzliche Inhalte oder Anwendungen für ihre Versicherten in den Patientenakten zur Verfügung zu stellen, sofern diese zusätzliche Inhalte oder Anwendungen die nach § 291b Absatz 1a Satz 1 SGB V zugelassene elektronische Patientenakte nicht beeinträchtigt.

Bewertung

Buchstabe a)

Buchstabe aa)

Nach den bisherigen Konzepten der Gesellschaft für Telematik (gematik) handelt es sich bei den im Patientenfach und in der Patientenakte abgelegten medizinischen Daten weitgehend um die gleichen Daten, auf die nur mit unterschiedlichen Zugriffsrechten verfügt werden kann. Da den Versicherten zukünftig der Zugriff auf die Daten der elektronischen Patientenakte auch ohne Heilberufsausweis und damit ohne Anwesenheit ei-

nes Leistungserbringers ermöglicht wird und dies dem Zugriff des elektronischen Patientenfachs entspricht, ist das elektronische Patientenfach als eine gesonderte Anwendung entbehrlich. Das bisherige Zugriffssystem auf das elektronische Patientenfach wird durch die Zusammenführung Teil des Zugriffssystems der elektronischen Patientenakte.

Buchstabe bb)

Durch den Wegfall der spezifischen Anforderungen wird die Möglichkeit eröffnet, dass der Versicherte, der die medizinische Anwendung elektronische Patientenakte nutzen möchte, seine Einwilligung hierzu auch gegenüber dem Anbieter der elektronischen Patientenakte abgeben kann und die Einwilligung nicht zwingend auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden muss.

Die Vereinfachung des Verfahrens zur Erklärung und Dokumentation der Einwilligung des Versicherten in die medizinischen Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte wird von den Innungskrankenkassen ausdrücklich begrüßt.

Durch den Wegfall der Verpflichtung, die Einwilligung auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zu speichern und in Kombination mit der Einführung des mobilen Zugriffs des Versicherten ohne eGK auf seine medizinischen Daten, ergeben sich für den Versicherten handhabbare Prozesse im Umgang mit seinen Daten.

Buchstabe c)

Im Zusammenhang mit der Verpflichtung der Krankenkassen, ihren Versicherten spätestens ab dem 1. Januar 2021 eine elektronische Patientenakte zur Verfügung zu stellen, wird auch die Interoperabilität im Gesundheitssystem gestärkt. Es steht den Krankenkassen dabei frei, über die Anforderungen der Gesellschaft für Telematik hinaus zusätzliche Angebote für ihre Versicherten (z. B. im Rahmen ihrer Gesundheitsakten) anzubieten. Diese Möglichkeit sollte im Gesetz entsprechend verankert werden.

Die Prüfung der Interoperabilität dieser Lösung nach § 68 SGB V (elektronische Gesundheitsakte) ist daher durch die Gesellschaft für Telematik nur insoweit vorzunehmen, dass ein einheitlicher Kriterienkatalog für die elektronische Patientenakte erstellt wird.

Um den Kassen weiterhin zu ermöglichen, individuelle Lösungen im Sinne der Gesundheitsakte zu generieren, wird von den Innungskrankenkassen ein erweitertes Zulassungsverfahren und die Sicherheitsbewertungen dieser Lösungen über die gematik abgelehnt, da die Anwendungen gem. § 68 SGB V nicht der Zulassung der gematik unterworfen sind.

Änderungsvorschlag

Zu Buchstabe a)

Buchstabe aa)

Keiner.

Zu Buchstabe bb)

Keiner.

Zu Buchstabe c)

„Eine elektronische Patientenakte wird ausschließlich durch die Krankenkassen angeboten. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihren Versicherten spätestens ab dem 1. Januar 2021 eine elektronische Patientenakte mit dem gemäß § 291b Absatz 1 Satz 7 festgelegtem Mindestumfang zur Verfügung zu stellen. Die Festlegungen nach § 291e Absatz 7 Satz 1 sowie die Empfehlungen nach § 291e Absatz 9 Satz 1 sind zu beachten. Spätestens ab dem 1. Januar 2023 sind die Krankenkassen verpflichtet, ihren Versicherten eine von der Gesellschaft für Telematik nach § 291b Absatz 1a Satz 1 zugelassene elektronische Patientenakte zur Verfügung zu stellen. Den Krankenkassen steht es frei, über die Anforderungen des § 291 a Absatz 5c SGB V hinaus, zusätzliche Lösungen im Sinne einer elektronischen Gesundheitsakte anzubieten. 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.“

Weitere Ergänzungen

Darüber hinaus sollte § 291a SGB V wie folgt ergänzt werden:

„Krankenkassen dürfen ihren Versicherten insbesondere zum Zwecke der Beratung, der Information, der Unterstützung bei einer gesunden Lebensführung sowie zur Verbesserung des Versorgungsmanagements auf Basis der in einer Anwendung nach Absatz 4 Nummer 4 (ePA) gespeicherten Daten geeignete Dienstleistungen anbieten. Die Versicherten müssen dafür zuvor ihr Einverständnis erklären. Die Erklärung ist gesondert zu dokumentieren. Sie kann jederzeit widerrufen werden. Die für diese Dienstleistungen erforderlichen Schnittstellen sind von der gematik zu spezifizieren.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 97 Buchstabe a) bis e)

§ 291b SGB V: Gesellschaft für Telematik

Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe b)

Die Gesellschaft für Telematik (gematik) wird verpflichtet, den Umfang der Zulassung einschließlich der erforderlichen Spezifikationen, das Zulassungsverfahren sowie die Sicherheitsanforderungen für Verfahren nach § 291a Absatz 5 Satz 9 im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik bis zum 30. April 2019 festzulegen und zu veröffentlichen. Die Regelung stellt eine Abweichung von den Vorgaben zum Zulassungsverfahren nach § 291b Absatz 1a Satz 7 und der Sicherheitszertifizierung nach § 291b Absatz 1a Satz 5 dar, da eine Sicherheitszertifizierung nicht mehr gesetzlich gefordert wird.

Buchstabe d)

Der neu eingefügte Satz 5 bezieht das Bundesministerium für Gesundheit eng in den Informationsfluss zwischen der Gesellschaft für Telematik und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik ein. Dadurch soll das Bundesministerium für Gesundheit schnell Informationen über Störungen nach Satz 2 bzw. Satz 4 erhalten.

Buchstabe e)

Der neu angefügte Absatz 9 räumt dem Bundesministerium für Gesundheit zur Erfüllung seiner Aufgaben ein Informations- und Akteneinsichtsrecht gegenüber der Gesellschaft für Telematik ein. Es handelt sich dabei um ein umfassendes Informationsrecht und die Verpflichtung zur Vorlage von Unterlagen bezüglich der Erfüllung aller gesetzlichen Aufgaben und Pflichten der Gesellschaft für Telematik.

Bewertung

Buchstabe b)

Der Gesetzgeber eröffnet die Möglichkeit, dem Versicherten den Zugriff auf seine Daten über seine eigenen mobilen Endgeräte vorzunehmen. Da sowohl die Geräte selbst als auch die Nutzungsentscheidung in der Hoheit des Versicherten liegen, erscheint die Abstufung der Sicherheitsanforderungen sachgerecht. Jedoch muss dem Versicherten über die elektronische Patientenakte hinaus ein einheitlicher Zugang zu seinen Daten

ermöglicht werden. Daher sollte die Regelung auch auf seine Protokolldaten nach § 291a Absatz 6 Satz 3 SGB V erweitert werden, sodass für den Versicherten ein einheitlicher Zugang angeboten werden kann.

Buchstabe d)

Da das Bundesministerium für Gesundheit ein ständiger Gast der Gesellschafterversammlung der gematik ist, wird die Ausweitung der Informationspflicht der gematik für nicht sachgerecht gehalten.

Buchstabe e)

Gemäß 291b Absatz 4 SGB V sind dem Bundesministerium für Gesundheit sämtliche Beschlüsse der Gesellschaft für Telematik zu den Regelungen, dem Aufbau und dem Betrieb der Telematikinfrastruktur vorzulegen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann Beschlüsse, soweit sie gegen Gesetz oder sonstiges Recht verstoßen, innerhalb eines Monats beanstanden. Diese Regelung stellt einen vollständigen und angemessenen Rahmen zur Ausübung der Rechtsaufsicht durch das Bundesministerium für Gesundheit dar. Die in § 291b Absatz 6 Satz 9 (neu) eingeräumten Befugnisse gehen weit über die Befugnisse einer Rechtsaufsicht hinaus und sind daher abzulehnen.

Änderungsvorschlag

Zu Buchstabe b)

„Für die Verfahren zum Zugriff der Versicherten nach § 291a Absatz 5 Satz 9 sowie für die Protokolldaten nach § 291a Absatz 6 Satz 3 legt abweichend von Satz 5 bis 7 die Gesellschaft für Telematik im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik den Umfang der Zulassung für die erforderlichen Komponenten und Dienste einschließlich der Anforderungen an die Sicherheit und das Nähere zum Zulassungsverfahren fest....“

Zu Buchstabe d)

Nichtaufnahme des neuen Satzes 5.

Zu Buchstabe e)

§ 291b Absatz 9 (neu) wird nicht übernommen.

Weitere Ergänzungen

Ergänzend zu Absatz 1 ist folgender Satz nach Satz 6 einzufügen:

„Der Mindestumfang der elektronischen Patientenakte wird durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung bis zum 30. Juni 2019 festgelegt und durch die Gesellschaft für Telematik bis zum 31. August 2019 veröffentlicht. Zur Erfüllung dieser Aufgabe wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der Erstellung von Mindestanforderungen an Inhalte und Anwendungen der elektronischen Patientenakte und werden die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung im Benehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit der Erstellung von technischen und semantischen Mindeststandards an das in der elektronischen Patientenakte zu verwendende Format medizinischer und zahnmedizinischer Daten beauftragt.“

Ergänzend zu Absatz 1a ist in Satz 1 folgender Halbsatz einzufügen

„Die Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur werden von der Gesellschaft für Telematik zugelassen, ausgenommen hiervon ist die von den Krankenkassen ihren Versicherten gemäß § 291a Absatz 5c Satz 4 spätestens ab dem 1. Januar 2021 zur Verfügung zu stellende elektronische Patientenakte im Mindestumfang. [...]“

Begründung

Die verpflichtende Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) durch die Krankenkassen verläuft zweistufig. Die Krankenkassen haben zunächst, wie bereits im Entwurf des TSVG i.d.F. vom 12. Oktober 2018 vorgesehen, spätestens zum 1. Januar 2021 ihren Versicherten eine ePA zur Verfügung zu stellen. Der Mindestumfang dieser ePA wird zum 30. Juni 2019 durch die KBV, die KZBV und den GKV-Spitzenverband festgelegt. Ein gesondertes Zulassungsverfahren durch die Gesellschaft für Telematik ist für diese ePA im Mindestumfang nicht vorgesehen. Es wird jedoch ausdrücklich klar gestellt, dass die Krankenkassen auch die Interoperabilitätsfestlegungen für die ePA im Mindestumfang und deren Anwendungen in das Interoperabilitätsverzeichnis gemäß § 291e SGB V aufzunehmen haben. Eine durch die Gesellschaft für Telematik zuzulassende ePA haben die Krankenkassen ihren Versicherten in einem zweiten Schritt spätestens zum 1. Januar 2023 anzubieten. Der Gesellschaft für Telematik wird zur Erarbeitung eines entsprechenden Zulassungsverfahrens ein Jahr mehr Zeit eingeräumt, als in dem Gesetzesentwurf vom 12. Oktober 2018 vorgesehen, mithin bis zum 30. April 2020.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 99 Buchstabe d)

§ 295 SGB V: Übermittlungspflichten und Abrechnung bei ärztlichen Leistungen

Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe d)

Einführung von ambulanten Kodierrichtlinien zum 01.01.2022 durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Benehmen u.a. mit dem GKV-Spitzenverband.

Bewertung

Buchstabe d)

Die Einführung von ambulanten Kodierrichtlinien ist eine langjährige Forderung der In- nungskrankenkassen und wird ausdrücklich begrüßt. Kritisch ist zu sehen, dass der GKV-Spitzenverband dabei von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nur ins Be- nehmen zu setzen ist. Sobald Kodierrichtlinien existieren, wird die demografiebasierte Veränderungsrate bei der Ermittlung der Morbidität für die Weiterentwicklung der MGV entfallen und die kodierte Diagnosen werden alleiniger Indikator sein.

Änderungsvorschlag

Das Wort „Benehmen“ sollte in „Einvernehmen“ geändert werden.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 102 Buchstabe a) und b)

§ 305 Absatz 1 (neu) SGB V: Auskünfte an Versicherte

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung werden die Krankenkassen zur Übermittlung von Sozialdaten – auch in elektronischer Form – an den Versicherten und an von dem Versicherten benannte Dritte befugt. Damit soll die Nutzung elektronischer Patientenakten insgesamt unterstützt werden. Auf Verlangen und mit ausdrücklicher Einwilligung der Versicherten sollen hierzu in persönlichen elektronischen Gesundheitsakten, die derzeit von den Kassen 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.

Bewertung

Die Orientierung am Versicherten als Souverän seiner Daten ist ein signifikantes Kriterium im Prozess der Digitalisierung des Gesundheitswesens. Es ist daher darauf zu achten, dass der Versicherte der Souverän seiner Daten ist und bleibt. Er muss darüber bestimmen können, wer zu welchem Zeitpunkt auf seine Daten zugreifen darf, wer sie ergänzen darf und wem er sie zur Verfügung stellen möchte. Mit der Neuregelung wird die Souveränität des Versicherten gestärkt. Die geplante Neuregelung zur Übermittlung der Daten in die digitalen Gesundheitsakten – in absoluter Entscheidungshoheit des Versicherten – wird daher ausdrücklich von den Innungskrankenkassen begrüßt.

Es muss klargestellt werden, dass die Krankenkassen hierbei von möglichen Regressansprüchen befreit wird, wenn der vom Versicherten benannte Dritte die Datenübermittlung missbräuchlich nutzt. Insoweit erhalten die Krankenkassen auch das Recht, von einer aktiven Datenübermittlung an vom Versicherten benannte Dritte abzusehen.

Änderungsvorschlag

Zu Buchstabe a)

In Absatz 1 Satz 2 werden hinter dem Wort "elektronisch" die Wörter "*einmalig oder regelmäßig*" eingefügt.

In Absatz 1 Satz 4 wird hinter dem Wort "zulässig" ein Semikolon und der Halbsatz "*eine Kenntnisnahme durch die Bereitstellung der Daten im Rahmen der elektronischen Patientenakte bleibt hiervon unberührt.*" eingefügt.

Ansonsten sind in Absatz 1 die folgenden Sätze einzufügen:

„Die Krankenkassen sind hierbei von möglichen Regressansprüchen befreit, wenn der vom Versicherten benannte Dritte die Datenübermittlung missbräuchlich nutzt. Bei missbräuchlicher Nutzung hat die Krankenkassen das Recht, von einer aktiven Datenübermittlung an vom Versicherten benannte Dritte abzusehen.“

Zu Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 99 Buchstabe a) bis d)

§ 295 SGB V: Übermittlungspflichten und Abrechnung bei ärztlicher Leistungen

Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a)

Mit der Neuregelung wird die Einführung eines einheitlichen und verbindlichen elektronischen Verfahrens zur Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten (sogenannte elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung) an die Krankenkassen ab dem 1. Januar 2021 eingeführt. Die Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten obliegt dann den an vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten.

Bewertung

Buchstabe a)

Die Neuregelung zur elektronischen Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten wird von den Innungskrankenkassen ausdrücklich begrüßt und unterstützt. Die Einführung der elektronischen Übermittlung wird das Verfahren qualitativ verbessern und den administrativen Aufwand bei den Beteiligten verringern. Die konkrete Ausgestaltung des Verfahrens zwischen den Beteiligten ist noch abzustimmen.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 47a SGB V: Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird geregelt, wie personenbezogene Daten der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (Fehlverhaltensstellen) übermittelt und weiterverarbeitet werden dürfen.

Bewertung

Es handelt sich um eine Parallelnorm zu § 197a Absatz 3b SGB V. Hiermit wird klargestellt, an welche Befugte und zu welchem Zweck personenbezogene Daten der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen übermittelt werden dürfen und zu welchem Zweck die Befugten die übermittelten Daten verarbeiten dürfen (vgl. Kommentierung zu § 197a Absatz 3b SGB V).

Änderungsvorschlag/ Ergänzungen

Siehe insofern die Ausführungen zu § 197a Absatz 3b SGB V.

Zu Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7, 8, 9

§§ 71, 72 und 112a (neu) SGB XI: Anschlussregelung Betreuungsdienste und deren Qualitätssicherung

Beabsichtigte Neuregelung

Betreuungsdienste, die sich ausschließlich auf häusliche Betreuung und Haushaltshilfe konzentrieren, werden als Leistungserbringer in der Pflegeversicherung zugelassen. Mit der gesonderten Zulassung von Betreuungsdiensten, die sich auf die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen konzentrieren, wird die Ausweitung des Leistungsspektrums in der Pflegeversicherung bewirkt. Darüber hinaus kann die verantwortliche Fachkraft der neuen Betreuungsdienste auch aus einer anderen Berufsgruppe des Gesundheits- und Sozialbereiches stammen (z. B. Sozialpädagogen, Heilpädagogen usw.). Mit der gesonderten Zulassung von Betreuungsdiensten soll dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs Rechnung getragen werden sowie der Verbreiterung der Fachkräftebasis in der Pflege dienen.

Mit § 112 a soll eine Übergangsregelungen zur Qualitätssicherung für Betreuungsdienste bis Umsetzung des neuen wissenschaftsbasierten Qualitätssystems nach Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) ab 2020 umgesetzt werden.

Bewertung

Der GKV-Spitzenverband hat ein Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste durchgeführt. In seinem Ergebnis stellt der Spitzenverband diese Dienste als eine sinnvolle und hilfreiche Erweiterung des Angebotsspektrums in der Pflege dar. Dieses Angebot an zusätzlichen Betreuungs- und Entlassungsleistungen muss jedoch transparent und überschaubar gestaltet werden.

Bei den Qualifikationsmaßnahmen für Mitarbeiter und Leitung der Betreuungsdienste fordern die Innungskrankenkassen bundesweit einheitliche Vorgaben. Es sollten beispielsweise Inhalte, Stundenzahl sowie Frequenzen der Fortbildungen in diesem Bereich einheitlich festgelegt werden. Hier gilt es, aussagekräftige Qualitäts-(prüfungs-)kriterien zu entwickeln. Denn gemäß den Richtlinien nach § 87b bzw. § 53c SGB XI umfasst die Qualifikation zur Betreuungskraft einen Basiskurs von 100 Stunden, einen Aufbaukurs von 60 Stunden sowie ein zweiwöchiges Praktikum in einer stationären Pflegeeinrichtung. Gängige Weiterbildungsangebote geben zumeist nur die Stundenzahl der Schulungen (Basiskurs und Aufbaukurs) als Umfang an, sodass die Qualifikationsmaßnahme mindestens 160 Stunden umfasst. Ebenso sind die Qualifikationsanforderungen

für die Leitungskraft, die Mindestpersonalstärke eines Betreuungsdienstes sowie deren Fortbildungsinhalte und -frequenzen der Mitarbeiter zu definieren. Hier ist die Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbandes entsprechend § 17 SGB XI zu erweitern.

Die Übergangsregelungen zur Qualitätssicherung für Betreuungsdienste bis zur Verwirklichung des neuen wissenschaftsbasierten Qualitätssystems nach dem PSG II ab 2020 einzuführen, ist zu kurz gegriffen. Bei der Umsetzung müssen die gesetzlichen Regelungen der Ausschreibung, die Erarbeitung wissenschaftlich fundierter Vorschläge und eine zeitintensive Evaluation berücksichtigt werden.

Änderungsvorschlag

Zu Nummer 6 Buchstaben a)

§ 72 wird wie folgt geändert:

Dem Absatz 2 werden folgende Sätze 3 und 4 angefügt:

„Bei ambulanten Diensten nach § 71 Absatz 1a sind bereits vorliegende Vereinbarungen aus der Durchführung des Modellvorhabens zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste einzubeziehen. Des Weiteren sind die Qualifikationsanforderungen für die Leitungskraft, die Mindestpersonalstärke eines Betreuungsdienstes, sowie die Fortbildungsinhalte und Fortbildungsfrequenzen für dessen Mitarbeiter im Rahmen der Richtlinienkompetenz des Spitzenverband Bund der Pflegekassen entsprechend § 17 SGB XI bis zum 31.12.2018 zu definieren“.

Zu Nummer 7

§ 112 a (neu) SGB XI ist wie folgt zu ändern:

„Bis zur Einführung des neuen Qualitätssystems gelten die Vorschriften des Elften Kapitels für ambulante Pflegedienste mit folgenden Maßgaben: Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt bis zum 01.01.2022 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., unter Beachtung der in dem Modellvorhaben zugrunde gelegten Vorgaben, Richtlinien zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste.“

Zu Artikel 15 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Nr. 2, 3 Buchstabe a) und c)

§ 19; 19a Ärzte-ZV : Mindestsprechstunden

Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a)

Es ist eine Erhöhung der regelmäßigen wöchentlichen Mindestsprechstundenzeiten des Vertragsarztes auf 25 Stunden pro Woche mit entsprechenden Anpassungen im Bundesmantelvertrag für Ärzte vorgesehen. Zudem sollen die Ärzte, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen und grundversorgend tätig sind, fünf Stunden pro Woche als offene Sprechstunden vorhalten.

Buchstabe c)

Der in § 19a angefügte Absatz 4 korrespondiert mit der in § 95 Absatz 3 Satz 4 SGB V geregelten Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Einhaltung der Versorgungsaufträge durch die Vertragsärzte und Vertragsärztinnen zu überprüfen, und konkretisiert die Prüfpflichten und Sanktionsmechanismen im Hinblick auf die Einhaltung der in Absatz 1 geregelten Mindestsprechstundenzeiten.

Bewertung

Buchstabe a)

Die geplante Erhöhung der regelmäßigen wöchentlichen Mindestsprechstundenzeiten des Vertragsarztes in § 19 Satz 2 Ärzte-ZV und die Regelung, dass insbesondere für Arztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung mindestens fünf Stunden davon als offene Sprechstunde ohne vorherige Terminvereinbarung gewährleistet werden müssen, stellt eine Verbesserung der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter dar und ist zu begrüßen.

Problematisch ist im Zusammenhang mit der geplanten und von den Innungskrankenkassen abgelehnten extrabudgetären Vergütung für im Rahmen der offenen Sprechstunde erbrachte Leistungen, dass keine Konkretisierung erfolgt. Besser wäre es hier, diese Sprechstunden als offene Akutsprechstunden anzubieten. In der Außenwirkung für die Versicherten würde damit bereits deutlich, dass regelhaft nur akute Fälle in diese besondere Sprechstunde kommen sollen.

Buchstabe c)

Die konkretisierten Prüfpflichten und Sanktionsmechanismen der Kassenärztlichen Vereinigungen im Hinblick auf die Einhaltung der in Absatz 1 geregelten Mindestsprechstundenzeiten sind wichtige Maßnahmen für die Umsetzung.

Änderungsvorschlag

Buchstabe a)

Zu § 19 Satz 3 Ärzte-ZV:

„Ärzte, die insbesondere Arztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung angehören, müssen fünf Stunden wöchentlich als offene Akutsprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten.“

Buchstabe c)

Keiner.

3. Gegenäußerung der Bundesregierung

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

Zu Artikel 1 Nummer 12a – neu –

§ 31 Absatz 1a Satz 2 SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Die gesetzlich vorgegebene Definition eines Verbandmittels soll inhaltlich weiter gefasst werden. Nun sollen auch ergänzende, nicht physikalische therapeutische Wirkungen, die der Wundheilung dienen, beispielsweise eine Wunde feucht halten, reinigen oder geruchsbindend, antimikrobiell oder proteasenmodulierend wirken, als Verbandmittel gelten.

Bewertung

Die geplante Änderung zu den Verbandstoffen läuft der Intention des Gesetzgebers, die qualitativ hochwertige und verlässliche Versorgung der Patienten in den Fokus zu rücken, zuwider. So handelt es sich zwar, im Vergleich zu Brustimplantaten und Hüftendoprothesen etc., vorwiegend um verhältnismäßig „kleine“ Medizinprodukte. Allerdings ist es für die Innungskrankenkassen nicht nachvollziehbar, warum der Gesetzgeber plant, beispielsweise ein antibakteriell wirksames Medizinprodukt als Verbandstoff zu klassifizieren, wohingegen eine antibiotikahaltige Creme jedoch – zum Schutz der Patienten – eine Zulassung benötigt. Diese erleichterten Bedingungen für Medizinprodukte/Verbandstoffe zugunsten der Hersteller, gehen nach Einschätzung der Innungskrankenkassen bedauerlicherweise zulasten der Patienten und ignorieren den Sicherheitsaspekt.

Die vorgesehene Regelung wird von den Innungskrankenkassen als zu weitgreifend abgelehnt. Sollten die angedachten Reformen umgesetzt werden, hätte dies beispielsweise zur Folge, dass eine antibiotikahaltige Creme als ein zulassungspflichtiges Arzneimittel eingestuft würde, ein Verbandstoff mit einer antimikrobiellen Wirkung dagegen mit relativ wenig Auflagen als Verbandstoff/Medizinprodukt ohne weitere Zulassung auf den Markt gebracht und vertrieben werden dürfte. Dies ist nicht nachvollziehbar.

Nach Auffassung der Innungskrankenkassen müssten durch eine verändernde Definition folgende Konsequenzen umgesetzt werden: Würde die Definition – wie vorgesehen – um pharmakologische, wie beispielsweise antibakterielle etc., Wirkungen erweitert,

müssten die Produkte obligatorisch ein Zulassungsverfahren als Arzneimittel durchlaufen. Andernfalls wären sie, mangels Zulassung, als nicht-verkehrsfähige Arzneimittel einzuordnen.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15

Zu Artikel 1 Nummer 52 Buchstabe b)

§ 95 Absatz 2 SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Der Bundesrat fordert auf, im weiteren Gesetzgebungsverfahren geeignete Regelungen in das Gesetz aufzunehmen, um den feststellbaren und für das Versorgungsgeschehen und die Versorgungssicherheit schädlichen Monopolisierungstendenzen in der vertragsärztlichen Versorgung durch Medizinische Versorgungszentren (MVZ) wirksam zu begegnen.

Bewertung

Durch die neuen Regelungen soll es zu Begrenzungen kommen und die vorgeschlagenen Maßnahmen sollen eine Steuerungswirkung entwickeln. Es wäre auch zu überlegen, ob diese Steuerungswirkung zur Aufrechterhaltung der Versorgung insbesondere im ländlichen Raum nicht auch dadurch erreicht werden kann, wenn im zahnärztlichen Bereich – wie auch im ärztlichen Bereich – eine Bedarfsplanung, verbunden mit Zulassungsbeschränkungen in überversorgten Bereichen (wieder) greifen würde.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 24

Zu Artikel 1 Nummer 55 Buchstabe a) – neu –

§ 103 Absatz 1a – neu – SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Gesetzliche Möglichkeit für die Landesausschüsse, Zulassungssperren schon ab einem Versorgungsgrad von 100 Prozent auszusprechen.

Bewertung

Mit der temporären Anwendung des § 67 BP-RL hat sich in der Vergangenheit gezeigt, dass eine Versorgungssteuerung in Richtung weniger gut versorgter Mittelbereiche möglich war. Dieses wichtige Instrument der Bedarfsplanung in den Jahren 2013 bis 2015 sollte in eine eigene gesetzliche Regelung einfließen.

Die Einführung eines Steuerungsinstruments im Sinne des ehemaligen § 67 BP-RL und Schaffung einer ausdrücklichen gesetzlichen Ermächtigungsnorm wird ausdrücklich befürwortet.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 26

Zu Artikel 1 Nummer 56 Buchstabe b) Doppelbuchstabe cc)

§ 105 Absatz 1a Satz 3, Satz 4, Satz 4a – neu -, Satz 4b – neu – und Satz 4c – neu – SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe b)

Doppelbuchstabe cc)

Der Bundesrat fordert die weitere Aufstockung des Strukturfonds um Mittel für folgende Maßnahmen:

1. Strukturförderung im Notdienst nach § 75 Absatz 1b,
2. Förderungen der allgemeinmedizinischen Weiterbildung,
3. Förderung der ambulanten Abschnitte in der fachärztlichen Weiterbildung,
4. Förderung von Weiterbildungsverbänden,
5. fachgruppenspezifische Nachwuchsförderung,
6. Förderung von zusätzlichen Studienplätzen in der Humanmedizin in Modellstudiengängen.

Bewertung

Zu Buchstabe b)

Doppelbuchstabe cc)

Die Ergänzungen der Förderzwecke werden kritisch gesehen, da – wie die Bundesregierung richtigerweise anmerkt – für diese zusätzlichen Fördermöglichkeiten im Bereich der Weiterbildung bereits die Spezialnorm des § 75 a SGB V zur Förderung der Weiterbildung besteht.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 27

Zu Artikel 1 Nummer 56 Buchstabe b) Doppelbuchstabe cc)

§ 105 Absatz 1a Satz 3 Nummer 7 – neu – SGB V Buchstabe c und § 105 Absatz 1d – neu – SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Beratungs- und Förderverpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, um den barrierefreien Zugang zu Arztpraxen zu fördern.

Bewertung

Diese Ergänzung der Förderzwecke wird kritisch gesehen. Denn es ist nicht bzw. nicht allein die Aufgabe des Gesundheitswesens, die Herstellung von barrierefreien Arztpraxen aus Mitteln des Strukturfonds von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen zu finanzieren.

Zu Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 41

Zu Artikel 10 Nummer 6

§ 47a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1, 2, 3 und Satz 5 – neu – SGB XI

Beabsichtigte Neuregelung

Der Bundesrat fordert über den Gesetzentwurf hinausgehend, unter anderem, dass die örtlichen sowie überörtlichen Träger der Sozialhilfe im Land, personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhoben oder an sie weitergegeben oder übermittelt wurden, an die Stellen in Satz 1 Nummer 4 übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist.

Die Bundesregierung lehnt die Vorschläge insoweit ab, als es um eine allgemeine Ausweitung der Befugnis zur Weitergabe personenbezogener Daten auf die örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger geht.

Bewertung

Die Einfügung des neuen § 47a Absatz 3 SGB XI ist wichtig für die Übermittlung der Daten durch die Stellen nach § 47a Absatz 1 Satz 2 SGB XI an die Stellen, die bei den jeweiligen Sozialhilfeträgern für die Vertragsangelegenheiten nach dem SGB XI zuständig sind. Hiermit soll die Voraussetzung für eine erfolgreiche und effiziente Bekämpfung des Leistungsmissbrauchs geschaffen werden. Zu einem engen Kooperations- und Kommunikationssystem der im Pflegesektor agierenden wichtigsten Institutionen gehören neben den Pflegekassen auch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung, die Landeskriminalämter, die Staatsanwaltschaften und die Sozialhilfeträger.

Die für Vertragsangelegenheiten zuständigen Stellen beim Sozialhilfeträger und die Pflegekassen müssen sich bei schweren Verdachtsfällen ein Gesamtbild zu einem Pflegedienst verschaffen und sind auf einen gegenseitigen Austausch angewiesen. Insbesondere bei bereits festgestelltem Leistungsmissbrauch ist die jeweilige Stelle, die für den Träger der Sozialhilfe für die Aufgabenwahrnehmung „Erteilung des Einvernehmens“ gemäß § 74 Absatz 1 und 2 SGB XI in Vertragskündigungsverfahren zuständig ist, mit den notwendigen Daten zu versorgen. Ist die Übermittlung der Daten nicht zulässig, müssten die für Vertragsangelegenheiten zuständigen Stellen mangels sachlicher Prüfungsgrundlage entweder das Einvernehmen pauschal nicht erteilen oder dieses ohne mögliche inhaltliche Prüfung der Vorwurfsfälle erklären.

Eine alleinige Beschränkung auf die für den Abschluss der Rahmenverträge nach dem SGB XI zuständigen Stellen schränkt eine komplette „Fallzusammenführung“ im begründeten Verdachtsfall ein.

4. Änderungsanträge der Fraktionen CDU/CSU und SPD (Heilmittel)

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 33 Buchstabe c)

§ 73 SGB V: Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung

Beabsichtigte Neuregelung

In § 73 soll in einem neuen Absatz 11 geregelt werden, dass die Auswahl und Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten vom Heilmittelerbringer selbst festzulegen sind, wenn ein Vertragsarzt bei einem Versicherten eine im Vertrag über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung nach § 125a (neu) SGB V vereinbarte Diagnose zur sogenannten „Blankverordnung“ festgestellt hat.

Bewertung

Die Neuregelung ist mit Blick auf die politisch gewollte größere Verantwortung der Leistungserbringer nachvollziehbar.

Damit keine uneinheitlichen Inanspruchnahmen der Versicherten (Regelversorgung vs. Blankversorgung) entstehen, ist es erforderlich, dass sich die Dauer der Therapie (Behandlungsmengen und Höchstzahl der Behandlungseinheiten) an den Vorgaben des G-BA orientiert. Es muss auch zukünftig gewährleistet sein, dass sich die Behandlungsmengen nach dem medizinischen Bedarf richten.

Die in der Begründung aufgeführte Formulierung, „dass der Vertragsarzt bei Vorliegen wichtiger medizinischer Gründe von der Versorgungsform „Blankversorgung“ absehen darf“, sollte hier stärker formuliert werden. Auch mit Blick auf die Patientensicherheit sollte der Arzt das Recht haben, eine Blankverordnung auszuschließen.

Aus den Ergebnissen der durchgeführten Modellvorhaben zur Blankversorgung ist erkennbar, dass sich die Mengenentwicklung, die Therapiedauer und damit auch die Ausgabenentwicklung erhöhen werden. Daher fordern die Innungskrankenkassen auch bei der Blankverordnung eine Festlegung der Behandlungsmengen und der Höchstzahl der Behandlungseinheiten je Verordnung.

Änderungsvorschlag

Auch bei der Blankoverordnung soll sich die Festlegung der Behandlungsmengen und der Höchstzahl der Behandlungseinheiten je Verordnung nach den Vorgaben des G-BA richten.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 58 Buchstabe c)

§ 106b SGB V: Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen

Beabsichtigte Neuregelung

Über die Änderung in Absatz 4 sollen Heilmittelverordnungen im Rahmen der sog. Blankoversorgung nach § 73 Absatz 11 i. V. m. § 125a neu SGB V nicht der ärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen

Bewertung

Eine Herausnahme der Blankoverordnungen aus der ärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung wird von den Innungskrankenkassen abgelehnt. Auch bei einer Blankoverordnung veranlasst der Arzt durch Ausstellung der Verordnung die entsprechende Heilmittelleistung. Daher ist es auch sachgerecht, wenn für diese Veranlassung auch der Arzt eine wirtschaftliche Mitverantwortung übernimmt. Allerdings muss mit Blick auf die Neuregelungen der Umfang der Wirtschaftlichkeitsprüfung neu definiert werden. Entsprechende Regelungen hierzu können in den Vereinbarungen nach § 106b Absatz 1 getroffen werden.

Die Innungskrankenkassen fordern eine Mitverantwortung der ärztlichen Leistungserbringer für die Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Rahmen der Blankoverordnung.

Änderungsvorschlag

Nach § 106 b Absatz 4 Nr. 2 wird folgende Nummer 3 eingefügt:

„3. Verordnungen von Heilmitteln nach § 73 Abs. 11 hinsichtlich der Häufigkeit der durchgeführten Behandlungen. Die Notwendigkeit der medizinischen Voraussetzungen und die Häufigkeit der ausgestellten Verordnungen bleibt weiterhin Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfungen.“

5. Ergänzender Änderungsbedarf

Delegation und Substitution ausbauen

Handlungsbedarf

Was ist zu tun?

Bisher ist die Delegation auf nicht-ärztliche Gesundheitsberufe durch das Fernbehandlungsverbot sowie die Substitution durch den zwar teilweise gelockerten, aber immer noch bestehenden Arztvorbehalt eingeschränkt. Hier muss angesetzt werden, um eine Ausweitung der Modellvorhaben zur Erprobung und Evaluation von Delegation und Substitution auf sämtliche geeignete und qualifizierte nicht-ärztliche Gesundheitsberufe zu ermöglichen.

Der zügige Einsatz flächendeckender Delegationskonzepte sowie die gesetzliche Auflegung und Evaluierung neuer Substitutionsmodelle, die über § 64d SGB V hinausgehend sämtliche geeignete Gesundheitsfachberufe umfassen, wären zukunftsweisende Ansätze. Sie könnten zu einer spürbaren Entlastung der personell angespannten ärztlichen Versorgungslage und zu einer deutlichen Verbesserung des gesamten Gesundheitswesens in Deutschland beitragen.

Worum geht es?

Bereits im Koalitionsvertrag 2013 hatte die Politik den flächendeckenden Einsatz von Delegation und die Erprobung neuer Substitutionsvorhaben im Rahmen von Modellvorhaben zugesagt. Grund dafür war schon damals die zwingende Erkenntnis, dass die demografische Entwicklung, das damit einhergehende Krankheitsspektrum, der zunehmende Hausarztmangel gerade in strukturschwachen und ländlichen Gebieten sowie die sektoralen Grenzen „Delegations- und Substitutionskonzepte“ als neue Formen von multiprofessionellen und interdisziplinären Teams erforderlich machen (so auch der Sachverständigenrat in seinem Gutachten „Bedarfsgerechte Versorgung“, 2014).

Tatsache ist: Vereinzelt Schritte sind zu verzeichnen wie z. B. die mit den Änderungsanträgen (Heilmitteln) beabsichtigte Einführung der bislang als Modellvorhaben durchgeführten sog. Blankoverordnung in die Regelversorgung. Hier ist aber weiter zu denken:

a) Substitution in der Heilmittelversorgung

Mit der geplanten Streichung von § 63 Abs. 3b Satz 2 und 3 entfallen Modellvorhaben für Heilmittelerbringer vollständig. Die Forderung der Einführung von Substitutionsmodellen wird nicht erfüllt.

Änderungsvorschlag: Einfügung § 63 Abs. 3b Satz 2-4 neu

„Krankenkassen und/oder ihre Verbände sowie Heilmittelerbringer und/oder ihre Verbände können Modelle zur Substitution entwickeln und durchführen. Diese müssen mindestens zwei der nachfolgenden Ziele erfüllen sowie nach den Standards der evidenzbasierten Medizin Grad Ib angelegt und durchgeführt werden. Ziele können sein:

- a) Evaluation geeigneter Qualifikationsniveaus der Heilmittelerbringer,*
- b) Evaluation der Patientensicherheit,*
- c) Erprobung von Wirtschaftlichkeitsmodellen, Durchführung gesundheitsökonomischer Kostenanalysen,*
- d) Aufbau geeigneter Controlling- und Vertragsmodelle,*
- e) Schaffung von Evidenz für geeignete Therapiemaßnahmen des Heilmittelkataloges.*

Für die Durchführung dieser Modellvorhaben entfällt § 15 Abs. 1 SGB V. Die Modellvorhaben sind im Regelfall auf längstens fünf Jahre zu befristen.“

b) Substitution in der Hilfsmittelversorgung

Auch hinsichtlich sonstiger nichtärztlicher Gesundheitsfachberufe sind Alternativen zu den bisherigen arztzentrierten Versorgungsstrukturen zu entwickeln. Das gilt zum Beispiel auch für die sog. Gesundheitshandwerke. Letztere leisten schon heute einen wertvollen medizinischen Beitrag zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit. Allerdings: Ihre Befugnisse sind beschränkt. So dürfen z. B. Leistungen ohne vertragsärztliche Verordnung nur erbracht werden, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch nicht geboten ist (§ 33 Absatz 5a Satz 1 SGB V). Neben anderen geeigneten Gesundheitsfachberufen sollten deshalb auch hinsichtlich der Gesundheitshandwerke in einem gebotenen Maße sinnvolle Befugniserweiterungen erprobt und evaluiert werden.

Änderungsvorschlag

1. *„Bestehende Hindernisse im Hinblick auf den Einsatz von qualifizierten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen im Rahmen der Delegation ärztlicher Leistungen sollten beseitigt, entsprechende Modelle flächendeckend vorangetrieben und unterstützt werden.“*
2. *Zur Erprobung der Substitution ärztlicher Leistungen sollte zeitnah ein gesetzlicher Rahmen gesetzt werden, um neue – sämtliche geeignete Gesundheitsfachberufe umfassende – Modellvorhaben aufzulegen und bei positiven Ergebnissen in die Regelversorgung zu überführen.*
3. *Voraussetzung ist allerdings, die wirtschaftliche Verantwortlichkeit der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe und das Kostenaufkommen für die Beitragszahler im Blick zu behalten und entsprechend gesetzlich zu regeln.*

Welche Auswirkungen hätte das?

Derzeit führen die demografische Entwicklung, der Anstieg multipler chronischer Erkrankungen und der Ärztemangel zunehmend zu einer medizinischen Unterversorgung gerade in strukturschwachen Gebieten.

Durch den gezielten Einsatz von qualifizierten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen lassen sich die ärztlichen Ressourcen besser einsetzen und ergänzende Kompetenzen sinnvoll nutzen. Hierdurch kann eine flächendeckende, qualitativ hochwertige Versorgung bundesweit sichergestellt werden.

Ergänzender Änderungsbedarf

Nr. 9 (TSVG Referentenentwurf)

§ 16 Absatz 3a SGB V: Ruhen des Anspruchs

Beabsichtigte Neuregelung

Die noch mit dem Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit vorgeschlagene Regelung sah folgende Änderung in § 16 Absatz 3a vor:

Buchstabe a)

In Satz 4 werden nach dem Wort „Versicherte“ die Wörter „nach Feststellung des zuständigen Trägers“ eingefügt.

Buchstabe b)

Der folgende Satz wird angefügt:

„Die Hilfebedürftigkeit ist auf Antrag des Versicherten vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch zu bescheinigen.“

Diese Regelung des Referentenentwurfs wurde nicht in den Gesetzentwurf aufgenommen.

Bewertung

Die im Referentenentwurf vorgeschlagene Regelung zu § 16 Absatz 3a SGB V wird seitens der Innungskrankenkassen für unabdingbar erachtet. Dies hat auch der GKV-Spitzenverband in seiner Stellungnahme vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf bereits klar zum Ausdruck gebracht:

„Der GKV-Spitzenverband begrüßt und unterstützt die gesetzliche Klarstellung. Der Anspruch auf Leistungen ruht – mit Ausnahme von Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 SGB V und Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind - für Versicherte, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen. Das Ruhen tritt u. a. dann nicht ein oder endet, wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des SGB II oder SGB XII sind oder werden. Das Bundessozialgericht kam in seinem Urteil vom 08.03.2016 (Az. B 1 KR 31/15 R) zu dem Ergebnis, dass Krankenkassen bei der Prüfung einer Ruhensanordnung der Leistungsansprüche aus der gesetzlichen Krankenversicherung von

Amts wegen Feststellungen zum Eintritt von Hilfebedürftigkeit des Versicherten im Sinne des SGB II oder SGB XII zu treffen haben.

Rechtsverbindlich kann die Feststellung der Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II oder SGB XII jedoch nur durch den jeweils zuständigen Träger vorgenommen werden. Ferner fehlen den Krankenkassen u. a. die entsprechende Fachexpertise im Regelungsbereich des SGB II bzw. SGB XII sowie die personellen Ressourcen, um eine solche Prüfung vorzunehmen. Die geplante gesetzliche Klarstellung, dass eine Feststellung der Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II und SGB XII durch den zuständigen Träger durchzuführen ist, führt zudem auch zu einer Rechtssicherheit im Interesse des Versicherten.“

Die Auffassung des GKV-Spitzenverbands hat weiterhin Gültigkeit. Insofern sollte an der Regelung des Referentenentwurfs festgehalten werden, um insbesondere für die Versicherten Rechtssicherheit zu schaffen.

Änderungsvorschlag

Beibehalten der Regelung des § 16 Absatz 3a Satz 4 SGB V in der Fassung des Referentenentwurfs.