

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0053(15.2)
gel. VB zur öAnh am 16.1.2019 -
TSVG
11.1.2019



Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 10.01.2019

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung
für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung
(Terminservice– und Versorgungsgesetz – TSVG)

Drucksache 19/6337
vom 07.12.2018

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



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	12
II. Stellungnahme zum Gesetz	20
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	20
§ 4 Abs. 6 – Krankenkassen	20
§ 5 Abs. 2 Satz 3 – Pauschale Anrechnung von Kindererziehungszeiten für Adoptiv- und Stiefkinder auf die Vorversicherungszeit für den Zugang in die Krankenversicherung der Rentner	21
§ 5 Abs. 8 Satz 3 – Vorrangversicherungstatbestände.....	22
§ 6 Abs. 8 – Ausgangswert für die Bestimmung der Jahresarbeitsentgeltgrenze für das Jahr 2004	23
§ 7 Abs. 3 – Übergangsregelung zur Anhebung der Geringfügigkeitsgrenze im Jahr 2013 ..	24
§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 – Optionsrecht für bestimmte Rentner zugunsten eines Verbleibs in der freiwilligen Krankenversicherung zum 01.04.2002	25
§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 – Berücksichtigung von Abfindungen beim Gesamteinkommen in der Familienversicherung.....	27
§ 10 Abs. 2 Nr. 3 – Berücksichtigung von Freiwilligendiensten als Verlängerungstatbestand für die Familienversicherung von Kindern über das 25. Lebensjahr hinaus.....	28
§ 10 Abs. 2 Nr. 4 – Familienversicherung von behinderten Kindern ohne Altersgrenze	29
§ 10 Abs. 4 – Familienversicherung von Stiefkindern und Enkeln	30
§ 13 – Kostenerstattung	31
§ 14 – Teilkostenerstattung	33
§ 20j – Präexpositionsprophylaxe.....	34
§ 27a – Künstliche Befruchtung	38
§ 28 Abs. 1 S. 3 – Ärztliche und zahnärztliche Behandlung.....	40
§ 29 Abs. 5 – Kieferorthopädische Behandlung	41
§ 31a Abs. 1 Satz 1 – Medikationsplan	45
§ 33 Abs. 9 Satz 3 – Hilfsmittel.....	46
§ 35a – Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen	47
§ 37b – Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	48
§ 39a – Stationäre und ambulante Hospizleistungen.....	50
§ 39b – Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen	51
§ 40 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	52
§ 44 – Krankengeld	54
§ 46 – Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld.....	57
§ 48 – Dauer des Krankengeld	58
§ 49 – Ruhen des Krankengeldes	59
§ 50 – Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes	60

§ 51 – Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe	61
§ 53 Abs. 5 – Wahltarife.....	62
§ 53 Abs. 8 – Wahltarife.....	63
§ 57 – Beziehungen zu Zahnärzten und Zahntechnikern	64
§ 64a – Modellvorhaben zur Arzneimittelversorgung	65
§ 65c – Klinische Krebsregister	67
§ 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 – Kassenärztliche Versorgung	71
§ 73 Abs. 1b Satz 6 – Kassenärztliche Versorgung.....	72
§ 73b Abs. 3 – Hausarztzentrierte Versorgung	73
§ 73b Abs. 5 Satz 3 – Hausarztzentrierte Versorgung	74
§ 74 Abs. 2 – Stufenweise Wiedereingliederung	75
§ 75 Abs. 1a Satz 1 – Inhalt und Umfang der Sicherstellung.....	77
§ 75 Abs. 1a Satz 2 – Inhalt und Umfang der Sicherstellung.....	78
§ 75 Abs. 1a Satz 3 ff – Inhalt und Umfang der Sicherstellung	80
§ 75 Abs. 1a Satz 4 bis Satz 7 und Satz 9 – Inhalt und Umfang der Sicherstellung	82
§ 75 Abs. 1a Satz 10 – Inhalt und Umfang der Sicherstellung	83
§ 75 Abs. 1a Satz 12 – Inhalt und Umfang der Sicherstellung.....	84
§ 75 Abs. 1a Satz 13 – Inhalt und Umfang der Sicherstellung.....	85
§ 75 Abs. 1a Satz 14 – Inhalt und Umfang der Sicherstellung.....	86
§ 75 Abs. 1a Satz 15 – Inhalt und Umfang der Sicherstellung.....	88
§ 75 Abs. 3c Satz 5 – Inhalt und Umfang der Sicherstellung.....	89
§ 75 Abs. 7 Satz 1 – Inhalt und Umfang der Sicherstellung	90
§ 75 Abs. 7 Satz 2 – Inhalt und Umfang der Sicherstellung	92
§ 75a – Förderung der Weiterbildung	93
§ 75a – Förderung der Weiterbildung	94
§ 76 Abs. 1a – Freie Arztwahl	95
§ 77 Abs. 3 – Kassenärztliche- und Kassenzahnärztliche Vereinigungen	96
Einleitende Anmerkungen zu Nrn. 43 Buchstabe c) bis 44 Buchstabe a)	106
Änderungsvorschlag gem. der einleitenden Anmerkungen zu Nrn. 43 Buchstabe c) bis 44 Buchstabe a).....	111
§ 81a – Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen.....	97
§ 85 – Gesamtvergütung	98
§ 87 Abs. 1 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte.....	100
§ 87 Abs. 1c – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte.....	103
§ 87 Abs. 2 Satz 3 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte.....	113
§ 87 Abs. 2b Satz 3 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte.....	115

§ 87 Abs. 2c Satz 2 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	118
§ 87 Abs. 2d – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	122
§ 87 Abs. 2d Satz 1 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	123
§ 87 Abs. 3b Sätze 3 bis 7 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	124
§ 87 Abs. 3d – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	125
§ 87 Abs. 4 Satz 2– Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	126
§ 87 Abs. 5a – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	127
§ 87 Abs. 6 Satz 6 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	130
§ 87 Abs. 6 Satz 9 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	131
§ 87a Abs. 3 Satz 5 – Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten	132
§ 87a Abs. 3 Satz 7 und 8 (Bereinigung der MGV aufgrund extrabudgetärer Vergütung der durch Terminservicestellen sowie Hausärzte vermittelten Behandlungsfälle)	136
§ 87a Abs. 4 Satz 5 – Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten	138
§ 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 – Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten	139
§ 87a Abs. 5 Satz 7 – Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten	140
§ 87a Abs. 5 Satz 11 und 12 – Regelungen zur Bereinigung von Kodiereffekten	141
§ 87b Abs. 4 Satz 1 – Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung)	143
§ 87d – Vergütung vertragsärztlicher Leistungen im Jahr 2012	144
§ 87e – Zahlungsanspruch bei Mehrkosten	145
§ 89 – Schiedswesen	147
§ 89a – Sektorübergreifendes Schiedsgremium	151
§ 90 Abs. 4 Satz 3 – Landesausschüsse	158
§ 91 Abs. 2 – Gemeinsamer Bundesausschuss	159
§ 92 Abs. 6a Satz 4– Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	161
§ 92 Abs. 6a Satz 4– Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	162
§ 95 Abs. 1a Satz 1 – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung	164
§ 95 Abs. 1a Satz 2 ff. – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung	165

§ 95 Abs. 1a Satz 2 Voraussetzungen und Formen der teilnahmevon Ärzten und Zahnärzten an der Versorgung.....	167
§ 95 Abs. 2 Satz 6 – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung	168
§ 95 Abs. 2 Satz 9 – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung	169
§ 95 Abs. 3 Satz 1 – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung	171
§ 95 Abs. 3 Satz 4 – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung	172
§ 95 Abs. 3 Satz 5 – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung	174
§ 95 Abs. 5 Satz 2 und Absatz 6 Satz 2 – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung.....	175
§ 95 Abs. 6 Satz 4 – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung	176
§ 95 Abs. 6 Satz 5 – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung	177
§ 95 Abs. 7 Satz 1 – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung	179
§ 95 Abs. 9 Satz 1 – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung	180
§ 95 Abs. 9b – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung.....	181
§ 96 Abs. 2a – Zulassungsausschüsse	182
§ 101 Abs. 1 Satz 7 – Überversorgung.....	183
§ 101 Abs. 1 Satz 8 – Überversorgung.....	184
§ 101 Abs. 1 Satz 10 – Überversorgung.....	185
§ 103 Abs. 1 Satz 2 – Zulassungsbeschränkungen.....	186
§ 103 Abs. 1a Satz 2 – Zulassungsbeschränkungen	188
§ 103 Abs. 3 ff – Zulassungsbeschränkungen.....	190
§ 103 Abs. 3a Satz 3 – Zulassungsbeschränkungen.....	192
§ 103 Absatz 4 Satz 2 – Zulassungsbeschränkungen.....	193
§ 103 Absatz 4 Satz 5 – Zulassungsbeschränkungen.....	194
§ 103 Abs. 4 Satz 10 – Zulassungsbeschränkungen	195
§ 103 Abs. 4a Satz 2 – Zulassungsbeschränkungen.....	196
§ 103 Abs. 4a Satz 3 – Zulassungsbeschränkungen.....	197
§ 103 Abs. 4b Satz 2 – Zulassungsbeschränkungen.....	198
§ 103 Abs. 4b Satz 3 bis 5 – Zulassungsbeschränkungen	199
§ 105 Abs. 1 – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung	200
§ 105 Abs. 1a Satz 1 – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung	201
§ 105 Abs. 1a Satz 2 – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung	203
§ 105 Abs. 1a Satz 3 – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung	204
§ 105 Abs. 1b und 1c – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung.....	207
§ 105 Abs. 3 – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung	209
§ 105 Abs. 4 Satz 1 – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung	210
Vorbemerkung zu den beabsichtigten Änderungen im Kontext der Erprobungsregelungen.....	239
§ 106a Abs. 4 – Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlicher Leistungen.....	212
§ 106b – Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen.....	213
§ 106d Absatz 2 – Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung	214
§ 106d Absatz 7 – Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung	215

§ 114 Abs. 2 – Landesschiedsstelle	216
§ 114 Abs. 5 – Landesschiedsstelle	217
§ 115 Abs. 3 – Beziehungen zu Krankenhäusern und Vertragsärzten.....	218
§ 115 Abs. 3a– Beziehungen zu Krankenhäusern und Vertragsärzten.....	219
§ 115b – Ambulantes Operieren im Krankenhaus	220
§ 116b – Ambulante spezialfachärztliche Versorgung	221
§ 117 – Hochschulambulanzen.....	222
§ 118 – Psychiatrische Institutsambulanzen.....	223
§ 118a – Geriatrische Institutsambulanzen	224
§ 120 Abs. 3a Satz 1 – Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen	225
§ 129 – Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung	227
§ 130a – Rabatte pharmazeutischer Unternehmer.....	229
§ 130b – Vereinbarungen zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmern über Erstattungsbeträge für Arzneimittel, Verordnungsermächtigung	231
§ 132a Abs. 3 – Versorgung mit häuslicher Krankenpflege	234
§ 132d – Spezialisierte ambulante Palliativversorgung.....	235
§ 132e – Versorgung mit Schutzimpfungen	236
§ 134a – Versorgung mit Hebammenhilfen	238
§ 137c – Bewertung von Untersuchungs und Behandlungsmethoden im Krankenhaus	244
§ 137e Abs. 4 Satz 5 – Anpassung der Schiedsregelung in der Folge der Neuformulierung von § 87a	245
§ 137e Abs. 5 Satz 2– Eröffnung der Möglichkeit für Medizinproduktehersteller oder Unternehmen zur eigenen Beauftragung einer Erprobungsstudie.....	246
§ 137e Abs. 6 – Kostentragung für Erprobungsstudien durch den G-BA	247
§ 137e Abs. 7 Satz 2 – Änderung der Finanzierungsregelung von durch Hersteller und sonstige Unternehmen beantragte Erprobungsstudien.....	249
§ 137e Abs. 7 Satz 5 – Aussetzung der Beratungen zu einer Richtlinie nach § 135 oder § 137c und direkte Richtlinienentscheidung bei belegtem Nutzen	250
§ 137e Abs. 8 – Information über Möglichkeit der eigenen Beauftragung einer unabhängigen wissenschaftlichen Institution zur Durchführung einer Erprobungsstudie	252
§ 137h Abs. 1 Satz 1 – Einvernehmen mit dem Hersteller und möglichst vollständige Datenübermittlung	253
§ 137h Abs. 1 Satz 2 – Nur Methoden mit neuem theoretisch-wissenschaftlichem Konzept werden bewertet.....	254
§ 137h Abs. 1 Satz 4 – Wegfall der Notwendigkeit einer Potenzialbewertung	256
§ 137h Abs. 2 Satz 2 – Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklassen.....	258
§ 137h Abs. 4 Satz 1 – Wegfall der Potenzialbewertung.....	259

§ 137h Abs. 4 Sätze 5 und 6 – Vergütung der zu erprobenden Methode unter maßgeblicher Beteiligung eines Hochrisikomedizinproduktes mit Regulationsmöglichkeit.....	260
§ 137h Abs. 4 Satz 7 – Übermittlung der Sicherheitsberichte und klinischen Daten zur Überwachung an den G-BA.....	260
§ 137h Abs. 4 Satz 11 – Aussetzung nach Abschluss der Erprobungsstudie.....	262
§ 137h Abs. 5 – Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklassen.....	264
§ 137h Abs. 5 – Ausschluss von Methoden unter maßgeblicher Beteiligung von Medizinprodukten hoher Risikoklasse nach Bewertung	265
§ 137h Abs. 6 Satz 6 – Erweiterung des Umfangs von Beratungen für Hersteller von Hochrisikomedizinprodukten und Krankenhäuser.....	266
§ 137h Abs. 6 Sätze 6 bis 8 – Kostenpflichtigkeit von Beratungen von Herstellern und Krankenhäusern gemäß § 137h Abs. 6	268
§ 140a Absatz 2 Satz 2 – Besondere Versorgung	269
§ 140a Absatz 4 Satz 1 bis 4 – Besondere Versorgung.....	270
§ 188 Abs. 2 Satz 3 – Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft für Rentner mit Optionsrecht zum 01.04.2002	271
§ 190 Abs. 11a – Ende der Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner für freiwillig versicherte Rentner sowie ihre Familienangehörigen bei Ausübung des Optionsrechts zum 01.04.2002	272
§ 197a – Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen.....	273
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).....	275
§ 217b Abs. 2 – Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.....	275
§ 217f Abs. 8 – Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen	279
§ 225 Satz 1 Nr. 3 – Beitragsfreiheit bestimmter Rentenantragsteller.....	280
§ 228 Abs. 2 – Nachzahlungen von Renten als beitragspflichtige Einnahmen	281
§ 235 – Beitragspflichtige Einnahmen von Rehabilitanden, Jugendlichen und behinderten Menschen in Einrichtungen.....	282
§ 237 Satz 3 – Beitragsfreiheit von Hinterbliebenenleistungen aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis.....	283
§ 256 Abs. 1 Satz 1 – Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen – Ausweitung des Zahlstellverfahrens auf alle Versicherungspflichtigen.....	285
§ 256 Abs. 4 – Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen – Aufhebung der Ausnahmeregelung zur Beitragsabführung durch kleinere Zahlstellen	286
§ 274 Abs. 1 Satz 7 und 8 – Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung ...	287
§ 275 Abs. 1 – Begutachtung und Beratung	288
§ 279 Abs. 4 Satz 3 – Verwaltungsrat und Geschäftsführer; Beirat	289
§ 282 Abs. 2d – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen	290
§ 284 Abs. 1 Satz 1 – Sozialdaten bei den Krankenkassen	291
§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 12 – Sozialdaten bei den Krankenkassen.....	293

§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 – Sozialdaten bei den Krankenkassen	294
§ 291a Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 und 5 – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur.....	295
§ 291a Abs. 3 Satz 4 bis 6 – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur .	296
§ 291a Abs. 5 Satz 8 – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur	297
§ 291a Abs. 5 Satz 9 – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur	298
§ 291a Abs. 5 Satz 10 – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur	300
§ 291a Abs. 5c – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur.....	301
§ 291a Abs. 6 Satz 2 – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur	302
§ 291a Abs. 7b Satz 5 – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur	303
§ 291a Abs. 7d Satz 2 – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur	304
§ 291b Abs. 1 Satz 12 – Gesellschaft für Telematik	305
§ 291b Abs. 1a Sätze 13 und 14 – Gesellschaft für Telematik.....	306
§ 291b Abs. 4 Satz 3 – Gesellschaft für Telematik	307
§ 291b Abs. 6 Satz 5 – Gesellschaft für Telematik	308
§ 291b Abs. 9 – Gesellschaft für Telematik.....	309
§ 295 Abs. 1 – Abrechnung ärztlicher Leistungen.....	311
§ 295 Abs. 1a– Abrechnung ärztlicher Leistungen	312
§ 295 Abs. 2 Satz 1– Abrechnung ärztlicher Leistungen	313
§ 295 Abs.4 – Einführung verbindlicher Regelungen zur Vergabe und Übermittlung von Diagnose- und Prozedurschlüsseln.....	314
§ 295a – Abrechnung der im Rahmen von Verträgen nach § 73b und § 140a sowie vom Krankenhaus im Notfall erbrachten Leistungen	316
§ 299 Abs. 1 Satz 1 – Datenerhebung, –verarbeitung und –nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung	317
§ 299 Abs. 1 Satz 5 – Datenerhebung, –verarbeitung und –nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung	318
§ 299 Abs. 1 Satz 5 – Datenerhebung, –verarbeitung und –nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung	319
§ 299 Abs. 1– Datenerhebung, –verarbeitung und –nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung	320
§ 305 Abs. 1 – Auskünfte an Versicherte	321
§ 305 Abs. 2 Satz 5 – Auskünfte an Versicherte.....	323
§ 323 – Übergangsregelung zur Vergütung der Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der unparteiischen Mitglieder des Beschlussgremiums des Gemeinsamen Bundesausschusses, der Vorstandsmitglieder des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Geschäftsführers des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie von dessen Stellvertreter.....	324
Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	325
§ 49 – Ruhen des Krankengeldes	325

§ 55 – Leistungsanspruch	326
§ 295 – Abrechnung ärztlicher Leistungen	329
§ 295 Abs. 1 – Abrechnung ärztlicher Leistungen.....	330
Artikel 3 (Änderung des Bundesvertriebenengesetzes).....	334
§ 11 – Leistungen bei Krankheit	334
§ 11 Abs. 5 – Leistungen bei Krankheit.....	335
§ 11 Abs. 6 ff. – Leistungen bei Krankheit	337
Artikel 4 (Änderung des Sozialgerichtsgesetzes).....	339
§ 29	339
Artikel 5 (Änderung des Aufwendungsausgleichsgesetzes)	340
§ 11 Abs. 2 – Ausnahmen vom U1- und U2-Verfahren für behinderte Menschen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten	341
Artikel 6 (Änderung der Schiedsamtverordnung)	342
Artikel 7 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch).....	345
§ 35a Abs. 6 Satz 2 – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung	345
Artikel 8 (Änderung der Schiedsstellenverordnung).....	346
Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	348
§ 18 – Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.....	348
§ 18a – Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflichten.....	349
§ 25 – Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung	350
§ 37 – Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen	351
§ 47a – Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen.....	352
§ 71 – Pflegeeinrichtungen	353
§ 72 – Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag	354
§ 112a – Qualitätssicherung bei ambulanten Betreuungsdiensten, Übergangsregelung	355
§ 120 – Pflegevertrag bei häuslicher Krankenpflege.....	359
§ 125 – Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste.....	360
Artikel 11 (Änderung des Arzneimittelgesetzes)	361
§ 13 – Herstellungserlaubnis	361
§ 78 – Preise	362
Artikel 12 (Änderung der Arzneimittelpreisverordnung)	363
§ 2 – Großhandelszuschläge für Fertigarzneimittel	363
Artikel 13 (Änderung des Transfusionsgesetzes)	365
§ 12a – Richtlinien zum Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft und Technik zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen	365
§ 12a Abs. 3 – Richtlinien zum Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft und Technik zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen	366

§ 18 – Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik zur Anwendung von Blutprodukten 367	
§ 18 Abs. 1 – Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik zur Anwendung von Blutprodukten, Änderung der Überschrift	368
§ 18 Abs. 3 – Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik zur Anwendung von Blutprodukten	369
§ 28 – Ausnahmen vom Anwendungsbereich	370
§ 35 – Übergangsregelung aus Anlass des Terminservice- und Versorgungsgesetzes	371
Artikel 14 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes).....	372
§ 18a Abs. 6 Satz 1 – Schiedsstelle.....	372
§ 18a Abs. 6 Satz 5 – Schiedsstelle.....	373
§ 18a Abs. 6 Satz 9 – Schiedsstelle.....	374
Artikel 15 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte).....	375
§ 18 Abs. 1 Satz 3 Buchstabe c.....	375
§ 19 Abs. 3	376
§ 19a Abs. 1 Sätze 2, 3, 4 und 5.....	377
§ 19a Abs. 2 Satz 1	380
§ 26 Absatz 1	381
§ 27 Satz 1	382
Artikel 16 (Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte) 383	
§ 45 Abs. 1 – Beitragsberechnung für Altenteiler	383
§ 50 Abs. 2 – Beitragszahlung aus der Rente und aus Versorgungsbezügen	384
Artikel 17 (Inkrafttreten)	385
Absatz 1 – Inkrafttreten der Neuregelungen zum Zahlstellenverfahren	385
III. Ergänzender Änderungsbedarf.....	387
Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	389
§ 56 – Festsetzung der Regelversorgung	391
§ 87 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	392
§ 87 Abs. 2 – Bundesmantelvertrag, Einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	394
§ 87 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	396
§ 135b – Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen	398
§ 219b – Datenaustausch im automatisierten Verfahren zwischen den Trägern der sozialen Sicherheit und der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung– Ausland.....	400
§ 219c – Datenübermittlung an die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland	401

§ 291b Abs. 1a Sätze 13 und 14 (neu) – Gesellschaft für Telematik	402
§ 293 – Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer	403
§ 293 Abs. 8 (neu) – Einführung eines Verzeichnisses über Pflegedienstbeschäftigte – mit Folgeänderungen in § 302 Abs. 1 SGB V sowie § 103 Abs. 2 und § 105 Abs. 1 SGB XI	404
§ 295 – Übermittlungspflichten und Abrechnung ärztlicher Leistungen	408
§ 295 – Abrechnung ärztlicher Leistungen	409
Zu Artikel 4 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung).....	410
§§ 3, 9 und 18 – Psych-PV-Umsetzung	410
Zu Artikel 8 (Änderung der Schiedsstellenverordnung).....	413
§ 8 – Schiedsstellenverordnung	413
Zu Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	415
§ 105 – Abrechnung pflegerischer Leistungen	415
§ 113a – Expertenstandard zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege 417	
Zu Artikel 16 (Änderung des Gesetzes über die Kostenstrukturstatistik (KoStrukStatG))	419
§ 7 Satz 2	419
IV. Weiterer Änderungsbedarf	420
Änderung des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch.....	420
§ 37 Abs. 2a SGB X – Bekanntgabe des Verwaltungsaktes	420

I. Vorbemerkung

1. Besserer Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung

Der GKV-Spitzenverband begrüßt, dass der Zugang gesetzlich Versicherter zur ambulanten medizinischen Versorgung durch eine Weiterentwicklung der Terminservicestellen und das vorgesehene Mindestsprechstundenangebot spürbar verbessert und die Fehlversorgung verringert werden soll. Die in einigen medizinischen Fachgebieten bestehenden Wartezeiten für GKV-Versicherte müssen verkürzt werden. Ziel ist die Angleichung der unterschiedlich langen Wartezeiten zwischen gesetzlich und privat Versicherten. Mit einer spürbaren Reduzierung der Wartezeiten und einer Flexibilisierung des zum Teil nicht mit den Bedarfen der Versicherten kompatiblen Sprechstundenangebots kann auch die medizinisch nicht notwendige Inanspruchnahme von Notfallambulanzen und des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes reduziert werden.

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht in den §§ 87 und 87a SGB V eine Vielzahl neuer Steuerungsinstrumente vor, die den Zugang zur ambulanten Versorgung verbessern sollen. Je nachdem, ob der Patient eigenständig, auf Vermittlung eines Hausarztes oder einer Terminservicestelle eine Arztpraxis aufsucht, ob er darüber hinaus als neuer Patient gilt oder nicht, ob er als „Akut-“ oder „Notfall“ eingestuft wird oder ob er in einer offenen Sprechstunde behandelt wird, ergeben sich unterschiedliche Anreize und Fallkonstellationen.

Es dürfen jedoch keine Anreize zur Generierung von mehr Behandlungsfällen gesetzt werden, die bei einem unverändert starren Sprechzeitenangebot der Arztpraxen zu längeren Wartezeiten führen und damit das angestrebte Ziel der Reform für die Versicherten gefährden. Es ist zu befürchten, dass die Maßnahmen beitragsatzrelevante Ausgabensteigerungen verursachen, ohne dass sich die Versorgung der gesetzlich Versicherten verbessern wird. Die Komplexität der geplanten Neuregelungen wird den Dokumentationsaufwand der Vertragsärzte erheblich erhöhen und gleichzeitig zu vermehrten Prüferfordernissen durch die Krankenkassen führen. Ziel der Reform sollte es sein, dass die eingesetzten Ressourcen zu 100 % in die Verbesserung der medizinischen Versorgung der gesetzlich Versicherten fließen.

Der GKV-Spitzenverband geht davon aus, dass die vorgesehene neue Vergütungs- und Leistungsstruktur in §§ 75, 87 und 87a SGB V weiter vereinfacht werden kann. So wäre es möglich, die intendierte Anreizstruktur zielgenauer auszugestalten, um den Zugang gesetzlich Versicherter zur ambulanten Versorgung zu verbessern. Hierfür werden folgende konkrete Maßnahmen vorgeschlagen:

Versorgungssteuerung für Erstkontakte

Um die Bereitschaft zur Annahme neuer Patientinnen und Patienten in bestimmten Fachrichtungen zu erhöhen, sollte der erste Kontakt mit einer Patientin oder einem Patienten finanziell gefördert werden. Neu im Sinne dieser Förderung ist ein Patient, wenn er erstmals oder erstmals nach 4 Jahren behandelt wird. Der zusätzliche ärztliche Aufwand von Neupatienten im Vergleich zu bekannten Patienten entsteht durch eine ausführliche Patientenanamnese inkl. Krankheitsgeschichte sowie das Anlegen einer Patientenakte und nicht durch die Erfassung oder Diagnostik einer neuen Diagnose. Um einen neuen Patienten handelt es sich nicht bei planbaren Leistungen, insbesondere ambulanten Operationen oder Früherkennungsleistungen oder wenn das Leistungsspektrum einer Arztgruppe typischerweise von Erstkontakten geprägt ist und somit eine gezielte Förderung der Aufnahme von neuen Patienten nicht erforderlich ist (z. B. Radiologen etc.). Durch solche finanziellen Anreize werden auch Vertragsärzte gefördert, die Patienten auf Vermittlung einer Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nr. 1 SGB V annehmen, da es sich bei diesen in der Regel nicht um bekannte Patienten handelt.

Flexibilisierung des Sprechstundenangebots (Abend- und Samstagssprechstunden)

Um die Wartezeiten spürbar zu reduzieren, sollten Ärzte ihr Sprechstundenangebot flexibilisieren. Das heutige Sprechstundenangebot orientiert sich zu wenig an Patientenbedürfnissen. Eine wesentliche Ursache der Wartezeitenproblematik sind aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes insbesondere die derzeitigen Praxisöffnungszeiten, die z. B. Berufstätigen nur Termine in Randzeiten (früh morgens, später Nachmittag) ermöglichen. Sprechstundenangebote nach den üblichen Arbeitszeiten oder am Samstag sind hingegen wenig verbreitet.

Es müssen daher finanzielle Anreize gesetzt werden, damit vermehrt Sprechstunden außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten angeboten werden. Für die Förderung von Abend- und Samstagssprechstunden soll der Bewertungsausschuss daher eine gesonderte Vergütung beschließen. Die vorgeschlagene Maßnahme zur Flexibilisierung der Sprechstunden führt nicht zu einer absoluten Ausweitung der Sprechstunden, sondern dazu, dass die bestehenden Sprechstunden flexibler als bisher angeboten werden. Hierdurch werden sich die Wartezeiten für gesetzlich Versicherte spürbar verringern. Darüber hinaus ist bei einem höheren Angebot von Sprechstunden am Abend oder an Samstagen zu erwarten, dass zu diesen Zeiten die Inanspruchnahme von Notfallambulanzen deutlich reduziert werden kann.

Verbesserung der Versorgung von Patienten in akuten Behandlungsanlässen

Derzeit ist es für Patienten mit akuten Behandlungsanlässen oftmals problematisch, kurzfristig einen dringend notwendigen Facharzttermin zu erhalten. In der Folge suchen diese Patientinnen und Patienten die Notfallambulanzen der Krankenhäuser auf oder werden sogar stationär behan-

delt. Künftig sollten Hausärzte für diese Akutfälle einen Termin bei geeigneten Fachärzten vermitteln, sodass die betroffenen Patienten innerhalb von spätestens 24 Stunden durch einen Facharzt versorgt werden können. Zur Förderung sowohl der Terminvermittlung durch den Hausarzt als auch der entsprechenden Terminannahme durch den Facharzt ist durch den Bewertungsausschuss ein finanzieller Anreiz zu schaffen. Dieser soll gleichermaßen auch für erfolgreich innerhalb von spätestens 24 Stunden durchgeführte Facharzttermine von Akutfällen nach Vermittlung durch die Terminservicestelle gelten.

Fristsetzung für EBM-Anpassungen

Der GKV-Spitzenverband regt an, dass neben der Aktualisierung der Bewertungen gem. § 87 Abs. 2 S. 3 SGB V auch die weiteren aus diesem Gesetz notwendig werdenden Anpassungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) bis spätestens 1. Januar 2020 umzusetzen sind. Die umfangreiche Überarbeitung des EBM in Verbindung mit diesem Gesetz führt zu erheblichen, voneinander nicht unabhängigen Anpassungen, die bei verschiedenen Inkraftsetzungsdaten kaum aufeinander abgestimmt werden können.

Finanzierung

Die Förderung von Neupatienten soll aus den vorhandenen finanziellen Mitteln der MGV finanziert werden, da die Behandlung von neuen Patienten ebenso wie die Betreuung bekannter Patienten in der bestehenden vertragsärztlichen Vergütung kalkulatorisch bereits berücksichtigt sind. Der finanzielle Anreiz für die vermehrte Behandlung von Neupatienten entsteht direkt, indem aufgrund der Förderung für neue Patienten eine höhere Vergütung erzielt werden kann als für die Betreuung bekannter Patienten. Die Leistungen für eine verbesserte Terminvermittlung und -annahme von Akutfällen sowie die Förderung von Abend- und Samstagssprechstunden sind mit dem Ziel der Unterstützung der Einführung in die vertragsärztliche Versorgung hingegen mit zusätzlichen Mitteln zu finanzieren.

Die Behandlung in den offenen Sprechstunden wird insbesondere über die finanziellen Anreize zur Betreuung neuer Patienten und Akutpatienten finanziell gefördert, da zu erwarten ist, dass vor allem diese Patientengruppen im Rahmen der offenen Sprechstunden versorgt werden. Eine zusätzliche finanzielle Förderung offener Sprechstunden ist somit nicht erforderlich, da diese den organisatorischen Rahmen für die Behandlung von Akutpatienten oder Neupatienten ohne Termin bieten, welche jeweils gemäß obiger Vorschläge finanziell gefördert werden. Die Bereitstellung zusätzlicher finanzieller Mittel für offene Sprechstunden durch die GKV ist zudem nicht geboten, da Vertragsärzte bereits heute durchschnittlich weit mehr als 25 Sprechstunden anbieten und die Erhöhung des Mindestsprechstundenangebotes somit nicht zu längeren Arbeitszeiten der Vertragsärzte führen wird. Lediglich die Ärzte, die bisher für GKV-Versicherte weniger als 25 Sprech-

stunden je Woche angeboten haben, werden verpflichtet, ihr Sprechstundenangebot umzustrukturieren.

Mit diesen vorgeschlagenen Maßnahmen werden aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes die vom Gesetzgeber intendierten Anreize zielgenauer ausgestaltet. Die Wartezeiten für gesetzlich Versicherte werden sich insbesondere durch Abend- und Samstagsprechstunden in Verbindung mit der Förderung der Behandlung neuer Patienten erheblich reduzieren. Durch die Leistungen der Terminvermittlung und -annahme und die offenen Sprechstunden werden vor allem Patienten mit akuten Erkrankungen wesentlich schneller versorgt werden. Darüber hinaus ist zu erwarten, dass die Inanspruchnahme von Notfallambulanzen durch die Flexibilisierung des Sprechzeitenangebotes und durch die Förderung der schnellen Versorgung von Akutpatienten erheblich abnehmen wird.

2. Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung

An verschiedenen Stellen wird mit dem Gesetzentwurf die bestehende Bedarfsplanung außer Kraft gesetzt, um Verbesserungen bei Versorgungs- und Terminschwierigkeiten zu erreichen. Es ist jedoch zu befürchten, dass dieses Ziel mit einer ungesteuerten Zulassung nicht erreicht werden kann. Im Gegenteil, höchstwahrscheinlich wird sich der Trend verstärken, dass Ärzte sich in bereits heute überversorgten Regionen vorrangig niederlassen, nicht aber im ländlichen Raum oder strukturschwachen Regionen mit drohender Unterversorgung.

3. Zahnmedizinische Versorgung

Der steigende privat zu finanzierende Anteil beim Zahnersatz, insbesondere infolge des befundorientierten Festzuschusssystem, ist problematisch. Versicherte dürfen bei der am zahnmedizinischen Bedarf orientierten Versorgung mit Zahnersatz finanziell nicht überfordert werden. Der GKV-Spitzenverband begrüßt daher die Absicht, die befundorientierten Festzuschüsse von bisher 50 Prozent auf 60 Prozent zu erhöhen. Sicherzustellen ist, dass die höheren befundorientierten Festzuschüsse zu einer tatsächlichen finanziellen Entlastung der Versicherten führen und nicht durch steigende Mehr- und Zusatzleistungen konterkariert werden. Die Steigerungssätze der Gebührenordnung für Zahnärzte sollten im SGB V dauerhaft gesetzlich begrenzt werden. Eine vom Versicherten gewünschte Mehrleistung darf nicht dazu führen, dass die gesamte Versorgung nach der GOZ abgerechnet wird. Um dieses Ziel zu erreichen, ist eine Anpassung der GOZ erforderlich. Da der GKV-Spitzenverband jedoch keinen Einfluss auf die Leistungen in der GOZ hat – die GOZ wird von der Bundesregierung erstellt – schlägt der GKV-Spitzenverband als Alternative zur Abbildung der Mehrleistungen in der GOZ vor, diese direkt in einem eigenen Kapitel im Leistungskatalog der GKV (BEMA) abzubilden. Um Transparenz über das Versorgungsgeschehen herstellen zu können, sollten die Krankenkassen sowohl bei der Planung als auch bei der Abrechnung Kenntnis

über die erbrachten außervertraglichen Leistungen erhalten. Nur durch Transparenz über das Versorgungsgeschehen kann die am zahnmedizinischen Bedarf orientierte Versorgung für die Versicherten weiterentwickelt werden.

4. Erprobungsregelungen in der Methodenbewertung

Der GKV-Spitzenverband hält es für erforderlich, die offenkundig bestehenden Probleme bei den Kostenübernahmeregelungen durch Hersteller und Unternehmen für die Erprobungsstudien zu beheben. Der Vorschlag, dass künftig Hersteller selbst die Erprobungsstudien im Rahmen der Vorgaben des G-BA eigenverantwortlich in Auftrag geben können, wird daher begrüßt. Wichtig ist allerdings, dass die konkreten Studieneckdaten im Einvernehmen mit dem G-BA entwickelt werden und die Beauftragung einer Einrichtung durch den Hersteller innerhalb klarer Fristen erfolgt.

Die Regelung, wonach vom G-BA in Auftrag gegebene Studien künftig ausschließlich durch die Versichertengemeinschaft der GKV finanziert werden sollen, wird jedoch abgelehnt. Demnach sollen Hersteller nur dann die Studienkosten anteilig zurückzahlen, wenn die Ergebnisse einer Erprobung positiv ausgefallen sind und ein Einschluss der Methode in den Leistungskatalog der GKV die Folge ist – also mit dem Erprobungsergebnis für die betroffenen Hersteller sicher ein neuer Markt erschlossen wird. Das Risiko eines Scheiterns der Erprobung sollen jedoch einseitig die Versicherten finanziell tragen. Dies stellt eine gezielte Wirtschaftsförderung durch Beitrags-gelder der Versicherten und Arbeitgeber dar und ist aus ordnungspolitischen Erwägungen abzulehnen. Das Gleiche gilt für Erprobungen von Methoden, die von Unternehmen beantragt werden, die als Anbieter der zu erprobenden Methode ein wirtschaftliches Interesse an einer Erbringung zulasten der Krankenkasse haben.

Mit den geplanten gesetzlichen Änderungen zur Bewertung der Hochrisikomedizinprodukte wird aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes die Patientensicherheit wirtschaftspolitischen Erwägungen untergeordnet. Die Rechtslage würde hinsichtlich der Patientensicherheit hinter den Stand vor der Gesetzgebung zu den Hochrisikomedizinprodukten im Jahre 2015 zurückfallen, die mit dem Instrument einer transparenten und zügigen Bewertung von innovativen medizintechnischen Methoden ja gerade für eine Verbesserung der Patientensicherheit sorgen sollte. Die im Gesetzentwurf vorgeschlagene Neuregelung schafft neue grundlegende Probleme. So soll der G-BA nicht mehr prüfen, ob eine Methode das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative aufweist. Damit könnten Methoden, für die überhaupt keine Daten aus klinischen Studien vorliegen und die sich damit noch im experimentellen Stadium befinden, zulasten der GKV erbracht werden. So würden Medizinprodukte hoher Risikoklasse an Patienten angewendet werden, bevor sie ausreichend evaluiert wurden. Diese Regelung lehnt der GKV-Spitzenverband ausdrücklich ab.

5. Medizinische Versorgungszentren sind unverzichtbarer Teil der ambulanten Versorgung

Der Gesetzentwurf enthält eine Reihe von Neuregelungen für Medizinische Versorgungszentren. Diese zielen auf die Regelung des Verhältnisses von niedergelassenen Ärzten und Medizinischen Versorgungszentren bei der Leistungserbringung. Ziel ist es u. a., den Einfluss von Kapitalinvestoren ohne medizinisch-fachlichen Bezug zur vertragsärztlichen Versorgung auf die Gründung und den Betrieb von MVZs (Dialyseeinrichtungen) zu begrenzen. Für diesen im Gesetzentwurf konkret genannten Versorgungsbereich sind die vorgesehenen restriktiven Regelungen sachgerecht. Grundsätzlich spricht sich der GKV-Spitzenverband allerdings dafür aus, die für die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung immer wichtigeren MVZs gesetzgeberisch nicht schlechter zu stellen als z. B. die Einzelarzt- oder Einzelzahnarztpraxis. Medizinische Versorgungszentren sind als Leistungserbringer in der medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung inzwischen etabliert und werden nicht nur von angehenden Ärztinnen und Ärzten häufig als interessanter Arbeitgeber genannt, sondern spielen mittlerweile eine wichtige Rolle bei der am Bedarf orientierten Sicherstellung der medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung. Sie haben sich teilweise auch als ein wichtiges Bindeglied bei der Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung erwiesen. MVZs kommen jungen Ärztinnen und Ärzten entgegen, die in familiengerechteren Arbeitszeitmodellen und in Teamstrukturen arbeiten wollen sowie den Weg in die Selbständigkeit wegen der dort bestehenden finanziellen Risiken scheuen. MVZs sind daher eine Alternative zur Einzelarzt- oder Einzelzahnarztpraxis. Für die Zulassung eines MVZs sollte daher der Versorgungsbedarf vor Ort entscheidend sein. Allerdings ist zu bedenken, dass einmal ermöglichte Zulassungen kaum jemals wieder zurückgenommen werden können. Die Flexibilität der Bedarfsplanung wird mangels zeitlicher Limitierung der Zulassung somit erheblich eingeschränkt und es wird Kapazität dauerhaft an bestimmte Orte gebunden, denen versorgungspolitisch nicht unbedingt eine große Priorität zukommt.

6. Schiedsamt

Der Gesetzentwurf sieht vor, die bestehenden sozialrechtlichen Schiedsverfahren stärker zu vereinheitlichen. Insbesondere soll die Konfliktlösung bei dreiseitigen Vereinbarungen zwischen der Ärzteschaft, den zugelassenen Krankenhäusern und der Krankenkassenseite einem neuen sektorenübergreifenden Entscheidungsgremium übertragen werden. Diese Zielsetzung ist insbesondere im Rahmen neuer Versorgungsformen mit entsprechenden Vergütungsregelungen grundsätzlich zu begrüßen.

Um eine sachgemäße, interessengerechte und zügige Konfliktlösung zu erreichen, sind allerdings Änderungen insbesondere im Hinblick auf Besetzung und Stimmverteilung sowie Anforderungen an die Mehrheit erforderlich. Auch hinsichtlich der Bestimmung der Mitglieder und der Regelung zur Beschlussfähigkeit des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums sind Anpassungen notwen-

dig, damit die Zielsetzung des Gesetzgebers erreicht und ungerechtfertigte Alleinentscheidungs-
befugnisse ausgeschlossen werden.

7. Elektronische Patientenakte

Der Gesetzentwurf eröffnet den Versicherten die Möglichkeit, zukünftig auf die elektronische Patientenakte auch mit handelsüblichen mobilen Endgeräten wie Smartphones und Tablets zugreifen zu können. Hierfür werden die notwendigen Sicherheitsanforderungen angepasst. Der GKV-Spitzenverband begrüßt diese Erweiterung, die auf die Bedürfnisse der Versicherten eingeht. Diese Regelung sollte ausgedehnt werden, damit den Versicherten auch über die elektronische Patientenakte hinaus ein einheitlicher Zugang zu ihren medizinischen Daten ermöglicht wird.

8. Keine Eingriffe in das Selbstverwaltungsrecht vornehmen

Die Änderungen beim Abschluss von Vorstandsdienstverträgen lehnt der GKV-Spitzenverband nachdrücklich ab. Die Regelungen treffen Vorgaben für Verträge der Vorstände des GKV-Spitzenverbandes, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, des Geschäftsführers des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes (MDS) sowie der unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Danach darf die Selbstverwaltung bis Ende 2027 keine höheren Vergütungen und ab 2028 bei neuen Verträgen lediglich Steigerungen in Höhe der Entwicklung des Verbraucherpreisindexes vereinbaren. Dagegen wird die Aufsicht gestärkt, indem sie zu Beginn der Amtszeit eine niedrigere Vergütung anordnen können dürfen soll.

Einen Anlass für diese massiven und weitreichenden Einschränkungen der Gestaltungsmöglichkeiten hat der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes nicht gegeben. Den Abschluss von Vorstandsverträgen hat der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes stets verantwortungsvoll vorgenommen. Weitreichender neuer Befugnisse der Aufsicht bedarf es nicht, zumal Maßstäbe für eine Vergütungssenkung fehlen. Zudem stehen die mit dem vorliegenden Gesetzentwurf eingebrachten Regelungen in klarem Widerspruch zu der Verabredung im Koalitionsvertrag, dass die Selbstverwaltung gestärkt werden soll. Die Kompetenzen der Selbstverwaltung würden im Gegenteil in einem der zentralen Aufgabenbereiche empfindlich geschwächt. Vor diesem Hintergrund sollten die betreffenden Änderungen zum Selbstverwaltungsrecht im Gesetzentwurf gestrichen werden.

9. Ausgabenwirkung nach Wirksamwerden sämtlicher gesetzlich vorgesehener Regelungen

Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Neuregelungen führen zu erheblichen finanziellen Belastungen der Beitragszahler. Nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes werden allein aus den Regelungen der §§ 87 und 87a SGB V dauerhafte jährliche Mehrkosten von rd. 775 Mio. Euro entstehen. So wird die extrabudgetäre Finanzierung der Zusatzpauschalen für Neupatienten 310 Mio. Euro und die extrabudgetäre Finanzierung der Zusatzpauschalen für offene Sprechstunden 210 Mio. Euro jährliche Mehrausgaben zur Folge haben. Aufgrund der nur einmalig vorgesehenen Bereinigung der Leistungen in von Hausärzten oder Terminservicestellen vermittelten Fällen werden diese voraussichtlich zu großen Teilen doppelt finanziert und es ist hierfür insgesamt mit jährlichen Mehrausgaben in Höhe von 240 Mio. Euro zu rechnen. Weitere 15 Mio. Euro fallen voraussichtlich jährlich für die Terminvermittlung durch die Hausärzte selbst an. Hinzu kommen weitere Kosten für Leistungsverbesserungen insbesondere bei der zahnärztlichen Versorgung in Höhe von insgesamt rd. 700 Mio. Euro. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes belaufen sich die Gesamtkosten damit auf mindestens 1,5 Mrd. Euro.

Ferner liegt der Entwurf eines Änderungsantrages mit Maßnahmen im Bereich der Heilmittelerbringer vor, dessen Kosten sich derzeit auf mindestens 1,2 Mrd. Euro pro Jahr belaufen.

II. Stellungnahme zum Gesetz

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 4 Abs. 6 – Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bereinigung einer gegenstandslos gewordenen Vorschrift, die eine Reduzierung der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen bei nicht rechtzeitiger Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) für die Jahre 2012 und 2013 vorsah.

B) Stellungnahme

Die Streichung erfolgt aufgrund einer gegenstandslos gewordenen Vorschrift und ist sachlogisch korrekt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 Buchstabe a)

§ 5 Abs. 2 Satz 3 – Pauschale Anrechnung von Kindererziehungszeiten für Adoptiv- und Stiefkinder auf die Vorversicherungszeit für den Zugang in die Krankenversicherung der Rentner

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Ergänzung sieht vor, dass die pauschale Anrechnung von Kindererziehungszeiten für Adoptiv- und Stiefkinder auf die Vorversicherungszeit für den Zugang in die Krankenversicherung der Rentner ausgeschlossen ist, wenn die Elterneigenschaft im Wege einer Adoption oder Eheschließung erst zu einem Zeitpunkt begründet wird, zu dem das Kind die für die Familienversicherung vorgesehenen Altersgrenzen bereits erreicht hat.

B) Stellungnahme

Die § 55 Abs. 3a SGB XI nachgebildete Regelung ist sachgerecht. Sie verhindert ungewollte Effekte beim Zugang in die Krankenversicherung der Rentner für Personen, die ihre Elterneigenschaft zu einem Zeitpunkt erlangt haben, in dem ihnen eine Erziehungsleistung, die sich auf den Versicherungsstatus ausgewirkt haben könnte, im Allgemeinen nicht mehr zugerechnet werden kann.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 22 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 Buchstabe b)

§ 5 Abs. 8 Satz 3 – Vorrangversicherungstatbestände

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des § 9 Abs. 1 Nr. 6
SGB V, auf den diese Vorschrift Bezug nimmt.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 6 Abs. 8 – Ausgangswert für die Bestimmung der Jahresarbeitsentgeltgrenze für das Jahr 2004

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung zur Festlegung des Ausgangswertes für die Bestimmung der Jahresarbeitsentgeltgrenze für das Jahr 2004 hat inzwischen keine Bedeutung mehr und wird aus Gründen der Rechtsbereinigung aufgehoben.

B) Stellungnahme

Die Aufhebung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 7 Abs. 3 – Übergangsregelung zur Anhebung der Geringfügigkeitsgrenze im Jahr 2013

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die aus Anlass der Anhebung der Geringfügigkeitsgrenze im Jahr 2013 geschaffene Übergangsregelung, nach der Beschäftigte trotz der Geringfügigkeit ihrer Beschäftigung bis längstens zum 31.12.2014 versicherungspflichtig bleiben konnten, hat wegen Zeitablaufs ihre Bedeutung verloren und wird aus Gründen der Rechtsbereinigung aufgehoben.

B) Stellungnahme

Die Aufhebung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5 Buchstabe a)

§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 – Optionsrecht für bestimmte Rentner zugunsten eines Verbleibs in der freiwilligen Krankenversicherung zum 01.04.2002

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich bei der Aufhebung des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V um eine Bereinigung einer gegenstandslos gewordenen Übergangsregelung, die Rentnern, die aufgrund einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts in der Krankenversicherung der Rentner zum 01.04.2002 versicherungspflichtig wurden, die Wahl zur Fortführung der freiwilligen Krankenversicherung erlaubte.

B) Stellungnahme

Die Aufhebung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 26 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5 Buchstabe b)

**§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 – Optionsrecht für bestimmte Rentner zugunsten eines Verbleibs in der
freiwilligen Krankenversicherung zum 01.04.2002**

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des § 9 Abs. 1 Nr. 6
SGB V, auf den diese Vorschrift Bezug nimmt.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 Buchstabe a)

§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 – Berücksichtigung von Abfindungen beim Gesamteinkommen in der Familienversicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Ergänzung sieht vor, dass auch einmalige oder in einzelnen Teilbeträgen ausgezahlte Abfindungen, Entschädigungen oder ähnliche Leistungen, die wegen Beendigung des Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden (Entlassungsentschädigungen) als regelmäßiges Gesamteinkommen für einen bestimmten Zeitraum nach der Auszahlung zu berücksichtigen sind.

B) Stellungnahme

Die Berücksichtigung einmaliger Entlassungsentschädigungen als Gesamteinkommen bei der Familienversicherung ist sachlich gerechtfertigt, weil die regelmäßigen monatlichen Einkommensverhältnisse auch von solchen Einnahmen mitbestimmt werden, die in größeren zeitlichen Abständen fließen, oder durch einmalige Zahlungen geprägt sind, die als Entschädigungen für den Verlust des Arbeitsplatzes zum Teil Einkommensfunktion haben. Hinzu kommt, dass damit eine Ungleichbehandlung gegenüber Versicherten beseitigt wird, die eine vom Arbeitgeber in monatlichen Raten gezahlte Abfindung erhalten, da diese laufenden Abfindungsbeträge gegenwärtig bereits als regelmäßiger Einkommensbezug dem Gesamteinkommen zugerechnet werden.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 Buchstabe b) Doppelbuchstabe aa)

§ 10 Abs. 2 Nr. 3 – Berücksichtigung von Freiwilligendiensten als Verlängerungstatbestand für die Familienversicherung von Kindern über das 25. Lebensjahr hinaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

Seit dem 01.07.2011 führen auch Zeiten der Ableistung eines Freiwilligendienstes (z. B. freiwilliges soziales Jahr), durch die die Schul- oder Berufsausbildung eines Kindes unterbrochen oder verzögert wird, für die Dauer von höchstens 12 Monaten zu einer Verlängerung der Familienversicherung über das 25. Lebensjahr hinaus. Die Angabe der erstmaligen Geltung der Regelung, durch die die vor dem 01.07.2011 begonnenen Freiwilligendienste anders zu behandeln waren, hat inzwischen keine Relevanz mehr und wird aus Gründen der Rechtsbereinigung gestrichen.

B) Stellungnahme

Die Streichung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 Buchstabe b) Doppelbuchstabe bb)

§ 10 Abs. 2 Nr. 4 – Familienversicherung von behinderten Kindern ohne Altersgrenze

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Ergänzung sieht vor, dass die Familienversicherung von Kindern mit Behinderung ohne Altersgrenze auch in den Fällen durchzuführen ist, in denen die Behinderung, aufgrund derer das Kind zum Selbstunterhalt nicht (mehr) in Lage ist, zu einem Zeitpunkt eingetreten ist, in dem die Familienversicherung wegen einer Vorrangversicherung (z. B. Versicherungspflicht aufgrund des Bezuges von Waisenrente) verdrängt war.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht, um insbesondere eine Gleichstellung mit den Kindern herzustellen, die zum Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung unmittelbar familienversichert waren und deren Familienversicherung nicht aufgrund einer Vorrangversicherung verdrängt war.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 Buchstabe c)

§ 10 Abs. 4 – Familienversicherung von Stiefkindern und Enkeln

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Ergänzung sieht vor, dass zur Feststellung der weiteren Anspruchsvoraussetzung für die Familienversicherung von Stiefkindern und Enkeln nicht mehr ausschließlich auf den vom Mitglied zu leistenden überwiegenden Unterhalt, dessen Feststellung im Einzelfall in der Praxis mit erheblichem Aufwand verbunden ist, abzustellen ist, sondern dass diese alternativ auch durch das Merkmal der Haushaltsaufnahme des Kindes erfüllt werden kann.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung dient nach dem Vorbild vergleichbarer Regelungen in anderen Bereichen des Sozialrechts einer entsprechenden Harmonisierung und trägt zu einer erheblichen Verwaltungsvereinfachung bei der Feststellung der Familienversicherung durch die Krankenkassen bei, ohne dass dadurch ungerechtfertigt Familienversicherungsverhältnisse begründet werden. Die Regelung ist daher zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 13 – Kostenerstattung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung in § 13 Absatz 3a Satz 4 wird auf die neu eingeführte Ermächtigungsgrundlage des vertragszahnärztlichen Gutachterverfahrens verwiesen.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung ist folgerichtig und stellt klar, dass der § 13 Abs. 3a SGB V zusätzlich auch die Fälle nach § 87 Abs. 1c SGB V umfasst, in denen die Krankenkassen abweichend von § 275 Abs. 1, 2 und 3 SGB V eine gutachtliche Stellungnahme im Wege des im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenen Gutachterverfahrens einholen können.

Über diese sachgerechte Klarstellung hinaus besteht weiterer Änderungsbedarf zu § 13 Abs. 3a SGB V. Leistungsberechtigte können sich gemäß § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V nach Ablauf der maßgeblichen Frist eine erforderliche Leistung selbst beschaffen, sodass die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet ist. Nach der aktuellen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts stellt der Eintritt der Genehmigungsfiktion – bei Vorliegen aller Voraussetzungen – eine Ausnahme vom Sachleistungsprinzip und somit eine Sanktionsmöglichkeit gegen die Krankenkasse dar. Selbst beschaffen könne sich der Leistungsberechtigte die Leistung, die für ihn subjektiv erforderlich sei (z. B. nach fachlicher Befürwortung durch den konsultierten Arzt oder Psychotherapeuten zur Behandlung einer bestimmten Krankheit) und nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskataloges der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) liege (siehe stellvertretend Urteil des Bundessozialgerichts vom 08.03.2016, B1 KR 25/15 R). Es dürften insoweit lediglich keine Leistungsgrenzen der GKV überwunden werden, die jedem Versicherten klar sein müssten.

Nach der Rechtsprechung ist somit die subjektive Einschätzung des Versicherten zum Leistungskatalog der GKV und damit zu den Leistungen maßgeblich, die von der Genehmigungsfiktion erfasst werden können. Dies ist problematisch, z. B. wenn Versicherte mit einer fachlichen Befürwortung von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) oder Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ohne Wirksamkeits- und Nutznachweis konfrontiert sind und annehmen, es handele sich um eine GKV-Leistung. Gleiches gilt etwa für fachliche Befürwortungen durch Leistungsanbieter, die nicht im GKV-System zugelassen sind (z. B. Heilpraktiker, Osteopathen), wenn diese den Anschein erwecken, es könne sich bei den von ihnen an-

gebotenen Leistungen um GKV-Leistungen handeln. Eine derartige Einschätzung und Bewertung einzig und allein dem subjektiven Maßstab des Versicherten zu überlassen und daran die Reichweite der Genehmigungsfiktion festzumachen, ist sowohl aus Gründen des Patientenschutzes als auch aufgrund des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebotes im Bereich der GKV nicht sachgerecht. Eine angemessene Sanktion von Fristversäumnissen der Krankenkassen erfordert eine so weitgehende – von der Rechtsprechung vorgenommene – Auslegung der Reichweite der Genehmigungsfiktion nicht.

Aus Gründen des Patientenschutzes und zur Wahrung des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebots in der GKV, sollte deshalb klargestellt werden, dass sich die Genehmigungsfiktion nur auf die in § 11 SGB V vorgesehenen Leistungen der GKV erstreckt.

C) Änderungsvorschläge

In Artikel 1 Nr. 7 wird die vorgesehene Änderung zu Nr. 7 Buchstabe a).

Darüber hinaus wird folgende Änderung in einem neuen Buchstabe b) ergänzt:

b) In § 13 Absatz 3a Satz 6 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und die Wörter „, sofern es sich bei der beantragten Leistung um eine Leistung nach § 11 handelt“ ergänzt

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 14 – Teilkostenerstattung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9

§ 20j – Präexpositionsprophylaxe

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch den neuen § 20j sollen Versicherte mit einem substantiellen HIV-Infektionsrisiko einen Anspruch auf ärztliche Beratung, erforderliche Untersuchungen und Versorgung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zur HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) erhalten. Damit soll auch die gesetzliche Grundlage für die Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln zur Präexpositionsprophylaxe zur Verhütung einer Ansteckung mit HIV bei Anwendung der entsprechenden zugelassenen Arzneimittel geschaffen werden. Die Partner des Bundesmantelvertrages sollen beauftragt werden, innerhalb von drei Monaten nach dem Inkrafttreten des Gesetzes eine Vereinbarung im Rahmen des Bundesmantelvertrags zu erarbeiten, die den Kreis der Anspruchsberechtigten sowie die Voraussetzungen zur Ausführung der Leistungen näher bestimmt. Anschließend ist der einheitliche Bewertungsmaßstab durch den Bewertungsausschuss zu prüfen und innerhalb eines Monats anzupassen. Das Bundesministerium für Gesundheit will die Wirkung der Verordnung der Präexpositionsprophylaxe bis Ende 2020 evaluieren. In der Gesetzesbegründung wird erläutert, dass die Beratungsleistungen und zwingend erforderlichen Untersuchungsleistungen für eine Präexpositionsprophylaxe neue Leistungen wären, die extrabudgetär zu finanzieren sind.

B) Stellungnahme

Eine HIV-Präexpositionsprophylaxe wird in aktuellen Leitlinien für Personen empfohlen, die einem substantiellen HIV-Infektionsrisiko unterliegen (z. B. in den Deutsch-Österreichischen Leitlinien zur HIV-Präexpositionsprophylaxe, V.1 vom 24.5.2018, Klassifikation: S2k, AWMF-Register-Nr.: 055-008). Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) befürwortet sie als zusätzliche Option in Verbindung mit anderen Präventionsansätzen (Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV, September 2015).

Unter einem substantiellen Risiko wird übereinstimmend eine Situation verstanden, in der eine HIV-Inzidenz von mehr als 3 pro 100 Personenjahren ohne Zugang zur PrEP besteht.

Dies betrifft insbesondere MSM oder Transgender-Personen mit der Angabe von analem Sex ohne Kondom bzw. einer STI in den letzten 12 Monaten sowie serodiskordante Konstellationen mit einer/m virämischen HIV-positiven Partner/in. Darüber hinaus könne auch individuell ein substanzielles Risiko bestehen, insbesondere bei Menschen mit Sex ohne Kondom mit

Partnerinnen oder Partnern, bei denen eine undiagnostizierte HIV-Infektion wahrscheinlich ist und bei drogeninjizierenden Personen ohne Gebrauch steriler Injektionsmaterialien.

Auch wenn diese Empfehlungen eindeutig und gleichgerichtet sind, sollte aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes in diesem Zusammenhang Folgendes bedacht werden:

Unbestritten ist die Verwendung von Kondomen der beste Schutz vor einer HIV-Infektion (z. B. <http://www.who.int/hiv/topics/condoms/en/>, <https://www.aidshilfe.de/kondome-schuetzen>). Daran erneut zu erinnern ist nicht nur deshalb wichtig, weil mit Kondomen eine günstige Möglichkeit besteht, aktiv den Eintritt einer HIV-Erkrankung zu verhindern, sondern auch, da in der beschriebenen Risikoabschätzung die korrekte Verwendung von Kondomen das Vorhandensein eines substantiellen HIV-Infektionsrisikos ausschließt. Dennoch ist die Versorgung mit Kondomen – obwohl noch deutlich kostengünstiger als die PrEP – nicht als Leistung der GKV vorgesehen. Es ist zu diskutieren, inwiefern bei bekanntermaßen bestehendem und dem Versicherten bewusstem, akutem Risiko der Verzicht auf Kondome mit der Eigenverantwortung der Versicherten nach § 1 SGB V vereinbar ist.

Hinzu kommt, dass Kondome im Gegensatz zur PrEP auch vor weiteren sexuell übertragbaren Erkrankungen schützen. Erste Erfahrungen aus zwei Bundesstaaten Australiens, in denen durch öffentlich finanzierte Projekte eine flächendeckende Versorgung mit PrEP ermöglicht wurde, deuten darauf hin, dass sich unter PrEP die Verwendung von Kondomen verringert (Holt et al., *The Lancet HIV* 2018). Aktuelle Studien und Metaanalysen bestätigen dies und zeigen zusätzlich eine Erhöhung der Raten anderer sexuell übertragbarer Erkrankungen unter den Verwendern einer PrEP (Traeger et al., *Clinical Infectious Diseases* 2018; Nguyen et al., *AIDS* 2018). Eine Präventionsmaßnahme, die aufgrund einer Änderung des Risikoverhaltens die Verbreitung anderer Erkrankungen fördert (zumal auch für diese in den letzten Jahren vermehrt Schwierigkeiten in der Behandlung berichtet wurden), ist kritisch zu betrachten.

Die Leitlinien betonen darüber hinaus die Wichtigkeit einer adäquaten HIV-Therapie. Dies wirkt sich auch auf die Sexualpartner HIV-infizierter Patientinnen und Patienten aus, da aktuelle Untersuchungen starke Hinweise darauf geben, dass durch eine Suppression der Virusreplikation durch eine adäquat durchgeführte antiretrovirale Therapie das Risiko einer Übertragung von HIV minimiert werden kann (Daar & Corado: *JAMA* 2016, Rodger et al., *JAMA* 2016, Stellungnahme der Deutschen AIDS-Gesellschaft zur Frage der Infektiosität von Patienten unter HIV-Therapie). Insofern kommt dem Erreichen der 90-90-90 Ziele von UN-AIDS vermutlich eine größere Bedeutung zu als der PrEP.

Die Beschreibung der Personengruppen, bei denen von einem substantiellem Infektionsrisiko ausgegangen werden muss, steht außerdem im Widerspruch zur arzneimittelrechtlichen Zu-

lassung des einzigen bisher für die on-label Durchführung der PrEP infrage kommenden Produkts Truvada® (Emtricitabin/Tenofovirdisoproxil):

„Truvada wird in Kombination mit Safer-Sex-Praktiken für die Prä-Expositions-Prophylaxe zur Reduktion des Risikos einer sexuell erworbenen HIV-1-Infektion bei Erwachsenen und Jugendlichen mit hohem HIV-Risiko angewendet (siehe Abschnitte 4.2, 4.4 und 5.1).“

Demnach ist die regelmäßige und korrekte Verwendung eines Kondoms Voraussetzung für die Anwendung von Truvada® zur PrEP. Die Verwendung der PrEP durch Personen mit ungeschütztem Geschlechtsverkehr ist ausdrücklich nicht Teil der Population, für die seitens der Zulassungsbehörde ein positives Nutzen-Risiko-Verhältnis festgestellt wurde. Eine Behandlung dieser Personengruppen erfolgte daher off-label. Es erscheint nicht zielführend, einen Anspruch auf PrEP im Sozialgesetzbuch zu verankern, der aufgrund vorrangiger Regelungen aktuell zulasten der GKV nicht erfüllt werden kann.

Auch wenn bisher nur vereinzelte Fallberichte existieren, wonach es unter einer PrEP zu einer HIV-Infektion gekommen ist, scheint klar, dass eine essentielle Voraussetzung hierfür eine ausreichende Adhärenz der Behandelten ist. Sofern es beispielweise aufgrund unzureichender Adhärenz zu einer HIV-Infektion gekommen ist, stellt Truvada® allein kein vollständiges HIV-1-Behandlungsschema dar. Bei Personen mit unentdeckter HIV-1-Infektion, die nur Truvada® einnahmen, ist es zu HIV-1-Resistenzmutationen gekommen. Eine breite Anwendung von Truvada® in der PrEP erhöht das Risiko, dass behandelte Personen die notwendige Therapie-treue vermissen lassen und somit schlimmstenfalls eine Zirkulation resistenter Virenstämme ermöglichen. Dies wiederum gefährdet mittelfristig die Effektivität der Behandlung HIV-infizierter Personen. Auch deshalb erscheint es sinnvoll, anderen Präventionsmethoden unbedingten Vorrang zu geben. Die Personen jedoch, für die eine PrEP als adäquat angesehen wird, bedürfen zwingend einer ärztlichen Beratung sowie regelmäßiger Kontrolluntersuchungen. Nur so können Sicherheit und Effektivität der Präexpositionsprophylaxe garantiert werden und gleichzeitig unerwünschten Effekten auf HIV-Therapien vorgebeugt werden.

Der GKV-Spitzenverband regt deshalb an, die Beratung zur PrEP und die Kontrolluntersuchungen als GKV-Leistung in § 20j SGB V zu verankern.

Wesentliche Leistungen im Zusammenhang mit der PrEP sind im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgebildet (z. B. Laboruntersuchungen). Der Bewertungsausschuss soll jedoch bis zu einer noch festzulegenden Frist eine Anpassung des EBM mit dem Ziel der Abbildung einer spezifischen, einmaligen Beratungsleistung im Abschnitt 30.10 des EBM sowie ggf. die Anpassung der geltenden Abrechnungsregelungen prüfen.

In Analogie zu anderen Leistungsbereichen wie beispielsweise der Empfängnisverhütung oder der Arzneimitteltherapien, bei denen die Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht,

sollten die Arzneimittelkosten jedoch nicht umfasst sein. Diese bewegen sich bei Apothekenverkaufspreisen von aktuell (Stand 01.08.2018) € 69,90 für 30 Stück (entsprechend Tagesherapiekosten von € 2,33) in einem Bereich, in dem diese der Eigenverantwortung der Versicherten zugeordnet werden können. Dies würde auch die PrEP den alternativen Präventionsmethoden gleichstellen, die nicht zulasten der Solidargemeinschaft verordnungsfähig sind.

C) Änderungsvorschlag

Der in Artikel 1, Nr. 9 vorgesehene Absatz 4 des § 20j wird aufgehoben.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10 Buchstabe a)

§ 27a – Künstliche Befruchtung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der beabsichtigten Neuregelung soll der Anspruch von Versicherten auf Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe sowie auf die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen in den Fällen erweitert werden, in denen wegen einer Erkrankung und deren Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie die Gefahr der Unfruchtbarkeit besteht und die Kryokonservierung medizinisch notwendig erscheint, um spätere medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a Abs. 1 SGB V vornehmen zu können.

B) Stellungnahme

Der Vorschlag zur Erweiterung des Leistungsanspruchs der künstlichen Befruchtung um die Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe in Fällen, in denen eine Erkrankung und deren Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie zu einem Fertilitätsverlust führen könnte, wird unterstützt.

Der Zeitpunkt bis zu welchem ein Anspruch auf Übernahme der durch die Kryokonservierung entstehenden Kosten durch die gesetzlichen Krankenkassen besteht, wird an die Altersgrenzen nach § 27a Abs. 3 Satz 1 2. Halbsatz SGB V geknüpft. Dies erscheint sachgerecht, da die Kryokonservierung von Ei- und Samenzellen sowie Keimzellgewebe mit der Zielsetzung verbunden ist, eine zukünftige künstliche Befruchtung zu ermöglichen. Mit dem Erreichen der in § 27a Abs. 3 Satz 1 2. Halbsatz SGB V genannten Altersgrenzen endet somit auch der Anspruch auf die für die Lagerung anfallenden Kosten.

Da die Maßnahmen der künstlichen Befruchtung der Gruppe der versicherungsfremden Leistungen zuzurechnen ist, sei der Hinweis an den Gesetzgeber erlaubt, bei jedweder Ausweitung dieser Leistungen auch die Angemessenheit der seitens des Bundes zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen gezahlten Bundesbeteiligung nach § 221 SGB V zu überprüfen.

C) Änderungsvorschläge

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10 Buchstabe b)

§ 27a – Künstliche Befruchtung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige § 27a Abs. 4 SGB V wird zu § 27a Abs. 5 SGB V. Zudem soll der Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses erweitert werden. In den Richtlinien nach § 92 SGB V sollen neben den medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Maßnahmen nach § 27a Abs. 1 SGB V auch die medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Kryokonservierung gemäß § 27a Abs. 4 (neu) SGB V beschlossen werden.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund des neu geschaffenen § 27a Abs. 4 SGB V.

Die Erweiterung des Auftrags des Gemeinsamen Bundesausschusses in Bezug auf die Kryokonservierung gemäß § 27a Abs. 4 (neu) SGB V ist sachgerecht und zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 40 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 28 Abs. 1 S. 3 – Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 28 Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „bis zum 30. Juni 2012“ gestrichen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um die Streichung einer obsolet gewordenen Fristsetzung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 29 Abs. 5 – Kieferorthopädische Behandlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Bereich der Kieferorthopädie wird eine Mehrkostenregelung eingeführt. Dabei werden die wesentlichen Regelungen aus der Vereinbarung zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und dem Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden (BDK) zur Gewährleistung einer geordneten und transparenten Vereinbarung, Erbringung und Abrechnung von zahnärztlichen Mehr- und Zusatzleistungen sowie außervertraglicher Leistungen im Zusammenhang mit kieferorthopädischen Behandlungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung in das Gesetz übernommen. Es wird definiert, welche Arten von mehrkostenfähigen Leistungen es im Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung geben kann (Mehrleistungen, Zusatzleistungen). Der Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen beschließt bis zum 31.12.2022 die Mehrleistungen und kann darüber hinaus Zusatzleistungen benennen. Sofern es zur Abgrenzung zwischen Mehrleistungen und den im einheitlichen Bewertungsmaßstab enthaltenen kieferorthopädischen Leistungen erforderlich ist, konkretisiert der Bewertungsausschuss die im einheitlichen Bewertungsmaßstab abgebildeten Leistungen. Falls Mehrleistungen oder Zusatzleistungen erbracht werden, ist der Versicherte vor Beginn der Behandlung über die Art der Mehrleistungen oder der Zusatzleistungen zu informieren. Gleichzeitig hat der Versicherte gegenüber dem behandelnden Zahnarzt schriftlich oder elektronisch zu erklären, dass er über die Mehrleistungen oder die Zusatzleistungen einschließlich der damit für ihn einhergehenden Kosten sowie über die alternative zuzahlungsfreie Behandlung auf Grundlage des BEMA informiert wurde. Die Bundesmantelvertragspartner haben für die erforderliche Erklärung des Versicherten einheitliche Formulare zu vereinbaren. Zur Einhaltung der Informationspflichten durch den Zahnarzt ist vorgesehen, dass die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen diese anlassbezogen überprüfen. Soweit erforderlich, können die KZVen auch behandlungs- und rechnungsbegründende Unterlagen von dem behandelnden Zahnarzt anfordern.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Gesetzesänderung zur Einführung einer Mehrkostenregelung im Bereich der Kieferorthopädie führt zu einer weiteren Aushöhlung des Sachleistungsprinzips in der GKV. Damit wird die Möglichkeit der Krankenkassen die Versorgung sowohl in Bezug auf die Qualität als auch in Bezug auf die Preisgestaltung der Leistungen aktiv zu gestalten, weiter redu-

ziert. Die finanzielle Belastung der Versicherten, in diesem Fall überwiegend Familien mit Kindern, wird weiter befördert. Hinzu kommt, dass viele der sog. Mehrleistungen weder mit einem zeitlichen Mehraufwand für den Behandler noch mit höheren Materialkosten verbunden sind, sodass die vorgeschlagene Regelung lediglich der Einkommenssicherung der Kieferorthopäden dient, da die Mehrleistungen nach der höher bewerteten GOZ abgerechnet werden können. Aus diesem Grund spricht sich der GKV-Spitzenverband gegen eine Ausdehnung der Mehrkostenregelung auf weitere Bereiche in der GKV, in diesem Fall die Kieferorthopädie, aus. Der bewährte Leistungskatalog und das Sachleistungsprinzip müssen auch zukünftig die Grundlagen der zahnmedizinischen Versorgung der GKV in Deutschland sein.

Falls sich die Einführung einer derartigen Mehrkostenregelung nicht verhindern lässt, sollten zur Herstellung einer maximalen Transparenz für Versicherte, Krankenkassen und behandelnde Zahnärzte Änderungen im Gesetzestext vorgenommen werden. Der Gesetzesentwurf sieht zwar eine Aufklärungspflicht des Versicherten über die Behandlungsalternativen einschließlich deren Kosten sowie über die zuzahlungsfreie Behandlung vor, es bleibt aber offen, in welcher Detailschärfe dies zu geschehen hat. Zur Klarstellung sollten daher die genauen Einzelheiten der Information des Versicherten in den Gesetzestext aufgenommen werden. Weiterhin ist im Gesetzentwurf nicht vorgesehen, dass die Krankenkassen über die geplanten Mehr- und Zusatzleistungen informiert werden. Vor dem Hintergrund, dass der Bundesrechnungshof in seiner Prüfungsmitteilung über die Prüfung der Leistungen für Kieferorthopädie dem BMG und dem GKV-Spitzenverband aufgegeben hat, zu prüfen, ob die Kieferorthopäden nicht verpflichtet werden können, den Krankenkassen die angebotenen Mehrleistungen mitzuteilen, hält der GKV-Spitzenverband die Aufnahme einer Regelung, nach der die geplanten Mehr- und Zusatzleistungen auch an die Krankenkassen zu übermitteln sind, für geboten. Die Krankenkassen könnten dann ihre Versicherten zu Vor- und Nachteilen der angebotenen Mehrleistungen beraten und hätten einen Einblick in das tatsächliche Versorgungsgeschehen. In dem jetzt vorliegenden Gesetzesentwurf ist eine Mitteilung an die Krankenkassen über die bei dem jeweiligen Versicherten geplanten Mehrleistungen und Zusatzleistungen nicht vorgesehen. Der GKV-Spitzenverband schlägt daher vor, dass zum Schutze des Versicherten und damit die Krankenkassen ihrer Beratungs- und Aufklärungspflicht nachkommen können, das Gesetz um eine solche Regelung ergänzt wird. Gleichzeitig würde damit die Transparenz über das Versorgungsgeschehen hergestellt. Im Übrigen ist eine solche Übermittlung im Zahnersatz-Bereich seit Jahren die Regel.

Der GKV-Spitzenverband befürwortet die vorgeschlagene Regelung, nach der der Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen die Mehrleistungen und ggf. auch Zusatzleistungen beschließt und zur Abgrenzung zwischen Mehrleistungen und den im BEMA enthaltenen kieferorthopädischen Leistungen die im einheitlichen Bewertungsmaßstab abgebil-

deten kieferorthopädischen Leistungen konkretisiert. Der GKV-Spitzenverband hält eine solche Regelung für sinnvoll, da die bisherigen Erfahrungen insbesondere zum Leistungsinhalt festsitzender Versorgungen zeigen, dass eine Einigung über einen solchen Katalog schwierig zu erzielen sein wird. Auch die vorgeschlagene Frist, dies bis zum 31.12.2022 vorzunehmen wird als sinnvoll erachtet, da so noch genügend Zeit bleibt den Nutzen der kieferorthopädischen Versorgung entsprechend der Empfehlung des Bundesrechnungshofes im Gemeinsamen Bundesausschuss zu überprüfen. Ein entsprechender Auftrag zur Umsetzung der Überprüfung ist in § 29 Abs. 4 zu verorten.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 4 werden die folgenden Sätze 3 und 4 angefügt:

„Inhalt und Umfang der kieferorthopädischen Versorgung sind in geeigneten Zeitabständen zu überprüfen und an die zahnmedizinische Entwicklung anzupassen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Überprüfung nach Satz 3 erstmalig bis zum 31.12.2021 vorzunehmen.“

Absatz 5 wird wie folgt neu gefasst:

„(5) ¹Wählen Versicherte im Fall von kieferorthopädischen Behandlungen Leistungen, die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildet sind, die aber anders als abgebildet durchgeführt werden oder bei denen andere Behandlungsmittel eingesetzt werden (Mehrleistungen), so haben die Versicherten die Mehrkosten, die durch diese Mehrleistungen entstehen, selbst zu tragen. ²In diesem Fall ist von dem behandelnden Zahnarzt die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildete kieferorthopädische Leistung als Sachleistung abzurechnen. ³Die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend. ⁴Der Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen beschließt bis zum 31. Dezember 2022 die Mehrleistungen nach Satz 1. ⁵Er kann solche nicht im Bewertungsmaßstab enthaltenen kieferorthopädischen Leistungen benennen, die nicht als Mehrleistungen anzusehen sind (Zusatzleistungen). ⁶Sofern es zur Abgrenzung zwischen Mehrleistungen und den im einheitlichen Bewertungsmaßstab enthaltenen kieferorthopädischen Leistungen erforderlich ist, konkretisiert der Bewertungsausschuss die im einheitlichen Bewertungsmaßstab abgebildete kieferorthopädische Leistung. ⁷Werden im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung neben kieferorthopädischen Leistungen, die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildet sind, Mehrleistungen oder Zusatzleistungen erbracht, ist der Versicherte vor Beginn der Behandlung vom behandelnden Zahnarzt über die in Betracht kommenden Behandlungsalternativen sowie über die von der Krankenkasse zu tragenden Kostenanteile und die vom ihm zu tragenden Kostenanteile in Textform zu informieren. ⁸Dabei sind für die Behandlungsalternativen die Gebührennummer, die Leistungsbe-

schreibung und der voraussichtliche Gebührensatz anzugeben. ⁹Hiermit ist eine schriftliche oder elektronische Erklärung des Versicherten zu verknüpfen, dass er über die in Betracht kommenden Behandlungsalternativen einschließlich einer zuzahlungsfreien Behandlung auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen sowie über die Kosten, die mit den Behandlungsalternativen gegebenenfalls für ihn verbundenen sind, informiert worden ist. ¹⁰Die Bundesmantelvertragspartner vereinbaren für die Information nach Satz 7 und die Erklärung des Versicherten nach Satz 9 verbindliche Formularvordrucke und bestimmen den Zeitpunkt, ab dem diese verbindlich zu verwenden sind. ¹¹Vor Beginn der Behandlung prüft die Krankenkasse die geplanten kieferorthopädischen Leistungen, einschließlich der vereinbarten Mehrleistungen und Zusatzleistungen nach Satz 7, sowie deren voraussichtlichen Kosten und genehmigt bei bestehender Behandlungsnotwendigkeit die geplante kieferorthopädische Behandlung. ¹²Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen überprüfen anlassbezogen die Einhaltung der Informations- und Aufklärungspflichten aus den Sätzen 7 und 9. ¹³Der behandelnde Zahnarzt ist verpflichtet, den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen auf Verlangen die für die Prüfung erforderliche Information nach Satz 7 und die Erklärung nach Satz 9 vorzulegen. ¹⁴Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen dürfen die in diesen Unterlagen enthaltenen Daten nur für die Prüfung nach Satz 12 verarbeiten. ¹⁵Soweit es für die Prüfung der Einhaltung der Informations- und Aufklärungspflichten aus den Sätzen 7 und 9 sowie zur Nachvollziehbarkeit der vereinbarten Mehr- und Zusatzkosten erforderlich ist, können die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen behandlungs- und rechnungsbegründende Unterlagen von dem behandelnden Zahnarzt anfordern. ¹⁶Der behandelnde Zahnarzt ist in diesem Fall zur Übermittlung dieser Unterlagen verpflichtet, wenn der Versicherte ihm gegenüber in die Übermittlung schriftlich oder elektronisch eingewilligt hat. ¹⁷Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen dürfen die Daten, die in den ihnen nach Satz 13 übermittelten Unterlagen enthalten sind, nur für die Prüfung nach Satz 12 verarbeiten. Abs. 5 tritt zum 01.01.2023 in Kraft.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 45 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13

§ 31a Abs. 1 Satz 1 – Medikationsplan

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bereinigung einer gegenstandslos gewordenen Fristangabe für den Anspruch von Versicherten auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans ab dem 01. Oktober 2016.

B) Stellungnahme

Die Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 46 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

§ 33 Abs. 9 Satz 3 – Hilfsmittel

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 33 Absatz 9 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15

§ 35a – Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber beabsichtigt, den Gemeinsamen Bundesausschuss dazu zu verpflichten, Beschlüsse nach § 35a Absatz 3 ins Englische zu übersetzen sowie innerhalb eines Monats nach Beschlussfassung eine Zusammenfassung der tragenden Gründe – fokussiert auf die medizinisch-wissenschaftlichen Aspekte zu den einzelnen Endpunkt-Kategorien sowie zusammenfassend zu dem Gesamtzusatznutzen je Patientengruppe – ebenfalls in englischer Sprache zu veröffentlichen. Zweck der Änderung sei es, auch die internationale Öffentlichkeit über die Beschlüsse zu informieren sowie insbesondere anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union, die Möglichkeit zu eröffnen, die darin enthaltene Information auch im Rahmen der von ihnen durchgeführten nationalen Verfahren zur Gesundheitstechnologiebewertung zu verwenden.

B) Stellungnahme

Vor dem Hintergrund, dass Englisch sowohl im medizin-wissenschaftlichen wie im wirtschaftlichen Kontext die vorherrschende Arbeitssprache ist, gewährleistet die Regelung die internationale Rezipierbarkeit der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses. Zusammenfassungen von HTA-Bewertungen englischer Sprache werden auch in anderen Ländern in englischer Sprache veröffentlicht. Die Regelung erscheint insofern zeitgemäß und sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 48 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16

§ 37b – Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Datum für die erstmalige Abgabe des im 3-Jahresturnus abzugebenden Berichtes
(31.12.2017) soll gestrichen werden.

B) Stellungnahme

Da der erstmalige Bericht fristgemäß abgegeben wurde, ist die Streichung sachlogisch.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 49 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17 Buchstaben a) und b)

§ 39 Abs. 1a Satz 9– Entlassmanagement

Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Neuregelung handelt es sich um eine Folgeregelung zur beabsichtigten Einführung einer einheitlichen sektorübergreifenden Konfliktlösung in § 89a SGB V.

Stellungnahme

Es wird verwiesen auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 48 (Einführung eines sektorübergreifenden Schiedsgremiums).

Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18 Buchstaben a) und b)

§ 39a – Stationäre und ambulante Hospizleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Datum für die Über- bzw. Neuarbeitung der Rahmenvereinbarung zur stationären (Kinder-) Hospizversorgung sowie zur Förderung ambulanter Hospizdienste (31.12.2016) soll gestrichen werden.

B) Stellungnahme

Da der gesetzliche Auftrag bereits umgesetzt wurde, ist die Streichung der Fristen sachlogisch.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 51 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19

§ 39b – Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Datum für die Erarbeitung von Regelungen des GKV-Spitzenverbandes zu Form und Inhalt von allgemeinen Informationen zu den Möglichkeiten der persönlichen Vorsorge für die letzte Lebensphase (30.06.2016) soll gestrichen werden.

B) Stellungnahme

Da der gesetzliche Auftrag bereits umgesetzt wurde, ist die Streichung der Fristen sachlogisch.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20 Buchstabe a)

§ 40 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die jetzige Regelung, dass im Falle einer Nichteinigung über den Rahmenvertrag zum Entlassmanagement jede Vertragspartei das erweiterte Bundesschiedsamt nach § 118a Abs. 2 SGB V zu einer Entscheidung anrufen kann, soll geändert werden. Im Falle einer Nichteinigung über den Rahmenvertrag soll zukünftig eine Entscheidung über das neu einzurichtende sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene nach § 89a SGB V herbeigeführt werden. An die Stelle der von der Deutschen Krankenhausgesellschaft bestimmten Vertreter und Stellvertreter sollen in diesem Fall Vertreter und Stellvertreter der zertifizierten Rehabilitationseinrichtungen treten, die durch die für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene bestellt werden.

B) Stellungnahme

Folgeänderung zur beabsichtigten Schaffung eines sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene in § 89a SGB V. Auf die Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 48 und den dort dargestellten Änderungsbedarf wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 20 Buchstabe b)

§ 40 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Meldepflicht der Krankenkassen an ihre Aufsichtsbehörde über Ausgleichszahlungen an die Pflegekasse bei zu spät erbrachten Rehabilitationsleistungen soll entfallen. § 40 Abs. 3 Satz 8 SGB V soll ersatzlos gestrichen werden.

B) Stellungnahme

Krankenkassen müssen der Pflegekasse einen Betrag in Höhe von 3.072 € für pflegebedürftige Versicherte zahlen, für die innerhalb von 6 Monaten keine notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht werden (§ 40 Abs. 3 Satz 6 SGB V). Über diese Fälle hat die Krankenkasse nach § 40 Abs. 3 Satz 8 SGB V ihrer Aufsichtsbehörde jährlich zu berichten. Da den Aufsichtsbehörden für die Jahre 2010 bis 2016 nur vier Fälle gemeldet wurden, soll die Berichtspflicht aus Gründen der Verwaltungsökonomie und des Bürokratieabbaus entfallen.

Die beabsichtigte Neuregelung ist aus den vorgenannten Gründen zu begrüßen. Da offensichtlich in nur sehr wenigen Ausnahmefällen notwendige Rehabilitationsleistungen innerhalb von 6 Monaten nicht erbracht wurden, sollte in der Folge nicht nur die Berichtspflicht, sondern auch die ihr zugrunde liegende Regelung der Ausgleichszahlung der Krankenkasse an die Pflegekasse ganz entfallen. Denn nach § 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX beträgt die Frist für die Entscheidung über einen Antrag auf Teilhabeleistungen durch den Rehabilitationsträger generell nur drei Wochen, sofern für die Prüfung des Leistungsantrages kein Gutachten eingeholt werden muss.

C) Änderungsvorschlag

Nr. 20 Buchstabe b) des Gesetzentwurfs wird wie folgt gefasst:

Absatz 3 Sätze 6 bis 8 werden aufgehoben.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21 Buchstabe a)

§ 44 – Krankengeld

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es soll in Absatz 2 klargestellt werden, dass hauptberuflich selbständig Erwerbstätige unabhängig davon, ob sie aufgrund einer freiwilligen oder versicherungspflichtigen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, eine Wahlerklärung abgeben können, dass die Mitgliedschaft den Krankengeldanspruch umfassen soll.

B) Stellungnahme

Die gesetzliche Klarstellung, dass hauptberuflich selbständig Erwerbstätige unabhängig von der Art ihrer Mitgliedschaft die Möglichkeit zur Abgabe einer Wahlerklärung und damit einer Wahl des Krankengeldanspruchs haben, wird unterstützt. Aufgrund nicht eindeutiger gesetzlicher Regelungen zum Krankengeldanspruch von hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versichert sind, bestanden insoweit Rechtsunsicherheiten.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21 Buchstabe b)

§ 44 – Krankengeld

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es sollgesetzlich klargestellt werden, dass eine Wahlerklärung zur Absicherung des Krankengeldanspruchs nur mit Wirkung für die Zukunft abgegeben werden kann; besteht bei Abgabe der Wahlerklärung bereits Arbeitsunfähigkeit, soll die Wahlerklärung erst nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit wirken.

B) Stellungnahme

Die gesetzliche Klarstellung, dass eine Wahlerklärung nicht wirksam wird, sofern zum Zeitpunkt der Abgabe der Wahlerklärung bereits Arbeitsunfähigkeit vorliegt, wird grundsätzlich begrüßt. Die gesetzliche Klarstellung entspricht der aktuellen Rechtsauffassung und Praxis der Krankenkassen, wonach eine Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld nicht rückwirkend bzw. mit Wirkung für eine bereits bestehende Arbeitsunfähigkeit abgeschlossen werden kann.

Unter dem Tag der Abgabe der Wahlerklärung könnte bei wörtlicher Auslegung der Tag verstanden werden, an welchem der Versicherte die Wahlerklärung ausspricht und an die Krankenkasse übermittelt. In Fällen mit zeitlicher Nähe der Abgabe der Wahlerklärung und des Arbeitsunfähigkeits-Beginns könnte eine solche Auslegung zu Nachweisproblemen und Irritationen führen. Um der gesetzlichen Intention Rechnung zu tragen, eine wirksame Abgabe einer Wahlerklärung bei einer bereits bestehenden Arbeitsunfähigkeit regelmäßig auszuschließen und damit eine klare Abgrenzung der Fallgestaltungen zu ermöglichen, wird es daher zur Vermeidung von unterschiedlichen Rechtsinterpretationen und Rechtsstreitigkeiten als notwendig angesehen, insoweit nicht auf den Zeitpunkt der Abgabe der Wahlerklärung, sondern auf den Zugang der Wahlerklärung bei der Krankenkasse abzustellen.

In diesem Kontext sollte in der Gesetzesbegründung zur Vermeidung von unterschiedlichen Interpretationen auch zum Ausdruck gebracht werden, dass mit der Formulierung „zum Zeitpunkt einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit“ darauf abgestellt wird, ob bereits das Vorliegen einer zur Arbeitsunfähigkeit führenden Krankheit diagnostiziert ist und nicht auf den Zeitpunkt, an dem der Versicherte das Vorliegen der Arbeitsunfähigkeit ärztlich attestieren lässt.

Durch den bereits in § 45 Abs. 1 Satz 2 SGB V enthaltenen Verweis auf § 44 Abs. 2 SGB V wird derselbe Personenkreis, der keinen Anspruch auf Krankengeld hat, auch im Zusammen-

hang mit einer Erkrankung des Kindes vom Anspruch auf Kinderkrankengeld bisher ausgeschlossen. Die vorgesehene gesetzliche Regelung könnte aufgrund des direkten Bezuges auf das Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit jedoch dahingehend interpretiert werden, dass ein gleichartiger Ausschluss nicht für das Kinderkrankengeld gilt. Eine Klarstellung sollte daher auch für diesen Bereich vorgesehen werden, insbesondere vor dem Hintergrund, dass das Kinderkrankengeld nach § 45 Abs. 4 SGB V ohne zeitliche Begrenzung zu gewähren ist.

C) Änderungsvorschläge

Art. 1 Nr. 21 Buchstabe b) wird wie folgt gefasst:

Folgender Satz wird angefügt:

„Geht der Krankenkasse die Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 und 3 zum Zeitpunkt einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit zu, wirkt die Wahlerklärung erst zu dem Tag, der auf das Ende dieser Arbeitsunfähigkeit folgt.“

In Art. 1 wird folgende Nr. 22 eingefügt:

§ 45 Abs. 1 SGB V wird um folgenden Satz 3 erweitert:

„§ 44 Absatz 2 Satz 4 gilt entsprechend für die Erkrankung des Kindes.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22

§ 46 – Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Bezug auf den Anspruch auf Krankengeld soll geregelt werden, dass Versicherten, deren Mitgliedschaft mit Anspruch auf Krankengeld vom lückenlosen Fortbestand des Anspruchs auf Krankengeld abhängig ist, der Anspruch auf Krankengeld erhalten bleibt, wenn das Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit zwar nicht rechtzeitig im Sinne von § 46 Satz 2 SGB V, aber spätestens innerhalb eines Monats nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird.

B) Stellungnahme

Durch die gesetzliche Regelung soll sichergestellt werden, dass Versicherten, deren Mitgliedschaft mit Anspruch auf Krankengeld vom lückenlosen Fortbestand des Anspruchs auf Krankengeld abhängig ist, der Anspruch auf Krankengeld bei verspäteter ärztlicher Feststellung der weiter bestehenden Arbeitsunfähigkeit nicht vollständig und dauerhaft entfällt. Die gesetzliche Klarstellung mit dem Ziel, die vom Status des Versicherten abzuleitenden unterschiedlichen gesetzlichen Konsequenzen für den Anspruch auf Krankengeld aufgrund einer verspäteten Ausstellung einer Folgebescheinigung zu harmonisieren, wird unterstützt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23

§ 48 – Dauer des Krankengeldes

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es soll geregelt werden, dass der Bezug von Verletztengeld der gesetzlichen Unfallversicherung wie Zeiten des Bezugs von Krankengeld bei der Feststellung der Leistungsdauer des Krankengeldes berücksichtigt wird.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Anrechnung eines Verletztengeldbezuges bei der Feststellung der Leistungsdauer des Krankengeldes folgt der identischen Zweckbestimmung beider Leistungen, den Entgeltausfall bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit zu kompensieren und trägt der notwendigen Systemabgrenzung bei einer dauerhaften Unfähigkeit zur Ausübung einer Erwerbstätigkeit Rechnung, bei der typischerweise die Leistungspflicht der gesetzlichen Rentenversicherung eintritt. Die damit verbundene Harmonisierung insbesondere in Fallgestaltungen, in denen zu einer durch einen Arbeitsunfall bedingten Krankheit eine unfallunabhängige Krankheit hinzutritt und anschließend die Arbeitsunfähigkeit allein bedingt, kann nachvollzogen werden.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 24 Buchstaben a) und b)

§ 49 – Ruhen des Krankengeldes

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für Fallgestaltungen, in denen Versicherten, deren Mitgliedschaft mit Anspruch auf Krankengeld vom lückenlosen Fortbestand des Anspruchs auf Krankengeld abhängig ist, der Anspruch auf Krankengeld nach der Regelung des § 46 SGB V (n.F.) auch bei verspäteter ärztlicher Feststellung der weiteren Arbeitsunfähigkeit erhalten bleibt, soll das Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld bis zum Zeitpunkt der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit geregelt werden.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung im Kontext der geplanten Regelung in § 46 SGB V (s. Nr. 22), durch die sichergestellt werden soll, dass Versicherten, deren Mitgliedschaft mit Anspruch auf Krankengeld vom lückenlosen Fortbestand des Anspruchs auf Krankengeld abhängig ist, der Anspruch auf Krankengeld bei verspäteter ärztlicher Feststellung der Folgearbeitsunfähigkeit nicht vollständig und dauerhaft entfällt. In Ergänzung dieser Regelung, die sich auf den versicherungsrechtlichen Status bezieht, soll geregelt werden, dass die verspätete ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und damit der verspätete Nachweis der leistungsrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen zu einem zeitweisen Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld führt. Dies ist sachgerecht, zumal Versicherte in diesen Fallkonstellationen durch den vorgesehenen Ruhenstatbestand mit Versicherten gleichgestellt werden, die weiterhin in einem Beschäftigungsverhältnis stehen und bei nicht rechtzeitiger Meldung ihrer Arbeitsunfähigkeit ebenfalls ein Ruhen der Krankengeldzahlung für den Zeitraum der Feststellungslücke in Kauf nehmen müssen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25 Buchstaben a) und b)

§ 50 – Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der beabsichtigten Regelung sollen die Begriffe Rente wegen Erwerbsunfähigkeit bzw. wegen Berufsunfähigkeit aus dem Wortlaut des § 50 SGB V entfernt werden.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um folgerichtige Rechtsbereinigungen, weil seit dem 1. Juli 2017 die Renten wegen Erwerbsunfähigkeit und Renten wegen Berufsunfähigkeit als Renten wegen teilweiser bzw. vollständiger Erwerbsminderung gelten.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 26 Buchstaben a) und b)

§ 51 – Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die beabsichtigte Regelung soll den Krankenkassen das Recht eingeräumt werden, Versicherte, die wegen des Überschreitens der Hinzuverdienstgrenze nach § 34 Abs. 2 SGB VI eine Teilrente wegen Alters erhalten, zur Antragstellung bei der gesetzlichen Rentenversicherung auf Überprüfung des Hinzuverdienstes innerhalb von 4 Wochen aufzufordern, wenn absehbar ist, dass die Hinzuverdienstgrenze nicht überschritten wird. Zudem soll geregelt werden, dass der Krankengeldanspruch bei einer nicht oder verspätet erfolgten Antragstellung ab Ablauf der Frist wieder auflebt, wenn die Überschreitung der Hinzuverdienstgrenze im Rahmen einer Überprüfung durch den Rentenversicherungsträger festgestellt wird.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Folgeregelung zum Flexirentengesetz kann vielfältige administrative Belastungen durch Rückabwicklungen zwischen Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern sowie administrative Belastungen auf Seiten der Arbeitgeber vermeiden und wird daher begrüßt.

Durch die mit dem Flexirentengesetz eingeführte nachträgliche und flexible Beurteilung des Hinzuverdienstes kann es rückwirkend zu veränderten Beurteilungen in Bezug auf das Bestehen eines Krankengeldanspruches kommen.

Den Krankenkassen liegen regelmäßig die notwendigen Informationen vor, um prognostisch Fallgestaltungen abzuschätzen, in denen die Hinzuverdienstgrenze voraussichtlich nicht überschritten wird und damit der Krankengeldanspruch rückwirkend entfällt. Durch die vorgesehene Möglichkeit zur Aufforderung des Versicherten, diesen Sachverhalt durch den Rentenversicherungsträger überprüfen zu lassen, kann die Krankenkasse auf eine zeitnahe Überprüfung hinwirken und die durch eine veränderte Beurteilung sich ggf. ergebenden administrativen Belastungen durch z. B. längere Zeiträume mit Erstattungs- oder Rückabwicklungsverfahren für alle Verfahrensbeteiligten minimieren.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 27 Buchstabe a)

§ 53 Abs. 5 – Wahltarife

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung sieht eine Streichung der den Krankenkassen bisher eingeräumten Möglichkeit für Satzungsregelungen zur Kostenübernahme von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen vor.

B) Stellungnahme

Seit dem Jahr 2013 ist ein moderater Anstieg bei den Versicherten zu verzeichnen, die in Wahltarife zur Kostenübernahme von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen eingeschrieben sind. Im Vergleich zu den weiteren Wahlтарifen nach § 53 SGB V nutzt jedoch lediglich eine kleine Zahl von Versicherten die Möglichkeit zur Teilnahme an diesem Wahlтарif.

Als Begründung für die Streichung der Regelung führt der Referentenentwurf eine geringe Nachfrage nach derartigen Wahlтарifen an. Der Aufwand, insbesondere für die Erstellung der notwendigen versicherungsmathematischen Gutachten, lasse sich nicht angesichts der Nachfrage nicht rechtfertigen. Mit den Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V bestünde für die Krankenkassen die Möglichkeit, die Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln weiterhin anzubieten.

Gemäß § 53 Abs. 9 SGB V sind die Aufwendungen für jeden Wahlтарif aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen zu finanzieren, sodass hieraus keine Mehrausgaben entstehen. Mit der gesetzlichen Vorgabe zur Erstellung eines versicherungsmathematischen Gutachtens entsteht wiederum ein zusätzlicher Aufwand.

Die Streichung der Wahlтарife zu Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen ist angesichts deren Bedeutung für die gesundheitliche Versorgung nachvollziehbar. Zugleich ist darauf hinzuweisen, dass die Änderung grundsätzlich eine Einschränkung der Möglichkeiten für die Krankenkassen bedeutet, sich gegenüber ihren Versicherten im Wettbewerb mit spezifischen Angeboten zu positionieren.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 63 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 27 Buchstabe b)

§ 53 Abs. 8 – Wahltarife

A) Beabsichtigte Neuregelung

Folgeänderung im Zusammenhang mit der Streichung von § 53 Abs. 5 SGB V.

B) Stellungnahme

Es wird auf die Stellungnahme zu Nr. 27 Buchstabe a) verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 28 a) und b)

§ 57 – Beziehungen zu Zahnärzten und Zahntechnikern

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Formulierung der Sätze 8 und 9 in § 57 Abs. 1 und 2 wird an die neuen Formulierungen in § 89 (Schiedsamt) angepasst.

B) Stellungnahme

An den schon nach bisherigem Recht kürzeren Festsetzungsfristen für die Schiedsämter für die Vergütungen für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen bei der Regelversorgung ändert sich nichts. Diese dienen dem Zweck, dem Gemeinsamen Bundesausschuss die fristgerechte Bekanntmachung der Festzuschussbeträge gemäß § 56 Abs. 4 zu ermöglichen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 65 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29 Buchstaben a) und b)

§ 64a – Modellvorhaben zur Arzneimittelversorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber beabsichtigt den Verweis in § 64a SGB V statt wie bisher auf die Landes-
schiedsstelle nach § 114 SGB V, auf das neue sektorenübergreifende Schiedsgremium nach
§ 89a SGB V zu setzen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine inhaltliche Folgeanpassung der Schaffung des sektorenübergreifen-
den Schiedsgremiums nach § 89a SGB V (vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 46).

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 66 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 30

§ 64c Absatz 2

Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Neuregelung handelt es sich um eine Folgeregelung zur beabsichtigten Einführung einer einheitlichen sektorübergreifenden Konfliktlösung in § 89a SGB V.

Stellungnahme

Es wird verwiesen auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 48 (Einführung eines sektorübergreifenden Schiedsgremiums).

Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 31 Buchstaben a) und b)

§ 65c – Klinische Krebsregister

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung wird die Nachbesserungsfrist, während der die Klinischen Krebsregister von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden müssen, obwohl sie die gültigen Förderkriterien noch nicht umfänglich erfüllen, um ein Jahr verlängert bis zum 31.12.2019. Bezüglich der Konfliktlösung für eine Vereinbarung der Höhe der Meldevergütungen wird die jetzige Regelung ersetzt durch die Zuständigkeit des neu zu schaffenden Schiedsgremiums gemäß § 89a dieses Gesetzentwurfs. Weiterhin werden redaktionelle Änderungen im Sinne der Rechtsbereinigung vorgenommen.

B) Stellungnahme

Die bundesrechtlichen Rahmenbedingungen für eine flächendeckende klinische Krebsregistrierung in Deutschland wurden mit Gesetz vom 03.04.2013 geschaffen. Die Förderkriterien des GKV-Spitzenverbandes wurden im Dezember 2013 zusammen mit allen Beteiligten im Einvernehmen festgelegt. Inzwischen existieren in allen Bundesländern klinische Krebsregister. Leider sind die hierfür erforderlichen Grundlagen in den Landesgesetzen teilweise erst sehr spät geschaffen worden. Die Aufbauarbeit der Krebsregister hat sich u. a. deshalb in einigen Ländern erheblich verzögert. Das aktuelle Gutachten zum Stand des Aufbaus der klinischen Krebsregister¹ zeigt, dass kein Krebsregister alle Förderkriterien zum gesetzlich vorgesehenen Ende der Aufbauphase am 31.12.2017 erfüllt hat. Während die strukturellen Voraussetzungen (z. B. standardisierte Dokumentation, elektronische Datenannahme und -haltung) in fast allen klinischen Krebsregistern gegeben sind, funktioniert der Regelbetrieb (insbesondere registerübergreifender Datenaustausch, Datenauswertung und -bereitstellung) in den meisten Registern noch nicht wie gefordert. Dies spiegelt sich letztlich u. a. in einer noch unzureichenden Vollständigkeit und Vollzähligkeit wider. Auch zum Ablauf der aktuellen Nachbesserungsfrist Ende 2018 werden voraussichtlich nur einige klinische Krebsregister die Förderkriterien vollumfänglich erfüllen.

¹ Gutachten: Stand der klinischen Krebsregistrierung – Ergebnisse der Überprüfung der Förderkriterien zum 31.12.2017, Prognos AG 2018

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 68 von 421

Die geplante Verlängerung der Nachbesserungsfrist um ein Jahr ist zu begrüßen. Diese Zeit erscheint notwendig, um nach der erfolgreichen Einrichtung der Register den Aufbau abzuschließen, indem nun auch die Aufgaben im Regelbetrieb flächendeckend umgesetzt werden.

Zur beabsichtigten Neuregelung zur Zuständigkeit des Schiedsgremiums gemäß § 89a siehe Stellungnahme zu § 89a.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 32

§ 67 Abs. 1 Elektronische Kommunikation

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung soll die Kommunikation zwischen Leistungserbringern und mit Krankenkassen auf elektronische und maschinell verwertbare Übermittlungsverfahren in § 67 SGB V umgestellt werden. Neben Leistungserbringern und Krankenkassen sollte von dieser Regelung auch die Kommunikation mit den Versicherten umfasst sein. Durch das Einwilligungserfordernis wird die Datenhoheit des Versicherten sichergestellt.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung wird ausdrücklich begrüßt. Zur Präzisierung sollte der Zweck und die Einwilligungserfordernis ergänzt werden.

C) Änderungsvorschlag

(1) 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 der Versicherten am Behandlungs- und Rehabilitationsprozess sowie
3. Unterstützung der Versicherten bei einer gesundheitsbewussten Lebensführung.

Zu diesen Zwecken können die Krankenkassen ihren Versicherten ergänzend zu der zugelassenen elektronischen Patientenakte nach § 291a Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 Inhalte oder Anwendungen in Form von digitalen Anwendungen und Diensten zur Verfügung stellen, sofern diese die zugelassene elektronische Patientenakte nach § 291a Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 nicht beeinträchtigen. Die hierfür erforderliche Verarbeitung personenbezogener Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Die Gesetzesbegründung ist wie folgt zu ergänzen:

Die Ergänzung zielt darauf ab, neben den Leistungserbringern und den Krankenkassen auch die Versicherten sowie die „Sonstigen Leistungserbringer ärztlich verordneter Leistungen“ (wie z.B. Sanitätshäuser, Orthopädietechniker, Physiotherapeuten, Logopäden, Fahrdienstleister wie Taxi oder Krankentransportunternehmen) in die digitale Kommunikation im Gesundheitswesen einzubeziehen und ihnen digitale Dienste zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit ihrer Versorgung anzubieten. Einige Krankenkassen haben bereits damit begonnen, für ihre Versicherten kassenindividuelle Gesundheitsakten einzuführen. Diese kassenspezifischen Angebote sollen auch nach der Einführung der zugelassenen elektronischen Patientenakte zulässig bleiben, um Innovation und Wettbewerb bei digitalen Diensten und Anwendungen im Bereich des Gesundheitswesens zu fördern.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 33 Buchstabe a)

§ 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 – Kassenärztliche Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Ergänzung in § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 dient dazu, die Vermittlung eines erforderlichen Behandlungstermins durch einen hausärztlich tätigen Leistungserbringer zu einem fachärztlich tätigen Leistungserbringer abzubilden. Hierzu wird klargestellt, dass die Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins Teil der bereits in § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 verankerten Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen ist. Die Regelung gilt für alle an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach § 73 Absatz 1a Satz 1 und demnach für Allgemeinärzte, hausärztlich tätige Kinder-/ Jugendärzte und hausärztlich tätige Internisten ohne Schwerpunkt und praktische Ärzte. In den bislang in den Regionen vereinbarten Verträgen wird dabei teilweise nach unterschiedlichen Dringlichkeitsgraden (z. B. innerhalb eines Tages und/oder innerhalb einer Woche) unterschieden.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung für alle an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach § 73 Absatz 1a Satz 1 und demnach für Allgemeinärzte, hausärztlich tätige Kinder-/ Jugendärzte und hausärztlich tätige Internisten ohne Schwerpunkt und praktische Ärzte wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 33 Buchstabe b)

§ 73 Abs. 1b Satz 6 – Kassenärztliche Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung in Satz 6 und dem darin enthaltenen Verweis auf § 22 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe b des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) wird klargestellt, dass außerhalb dieses Regelungsbereichs das allgemeine (und nicht das bereichsspezifische) Datenschutzrecht gilt. § 22 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe b BDSG normiert einen von einer schriftlichen Einwilligung des Patienten unabhängigen Befugnistatbestand für die Verarbeitung von Behandlungsdaten (keine Abrechnungsdaten) durch ärztliches Personal und sonstige Personen, die einer entsprechenden Geheimhaltungspflicht unterliegen.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 34 Buchstabe a) Doppelbuchstaben aa) bis cc)

§ 73b Abs. 3 – Hausarztzentrierte Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen sehen vor, dass die Teilnahmeerklärung des Versicherten an der hausarztzentrierten Versorgung, deren Widerruf und die Belehrung der Krankenkasse über das Widerrufsrecht künftig schriftlich oder elektronisch zu erfolgen haben. Bislang wurde für die Teilnahmeerklärung Schriftlichkeit und für den Widerruf (neben der Möglichkeit, diesen zur Niederschrift bei der Krankenkasse zu erklären) sowie für die Belehrung über den Widerruf die Abgabe in Textform verlangt.

B) Stellungnahme

Die Änderung sieht vor, dass die Teilnahmeerklärung künftig auch elektronisch erfolgen kann. Gleiches gilt für den Widerruf der Teilnahmeerklärung, die statt in Textform zukünftig schriftlich oder elektronisch erfolgen soll. Bereits heute kann über den § 36a SGB I die Schriftform durch die elektronische Form ersetzt werden, dies allerdings in Form einer qualifizierten elektronischen Signatur (QES), die sich als nicht praxistauglich erwiesen hat. Vor diesem Hintergrund sollte es den Vertragspartnern obliegen, die Art der Teilnahmeerklärung festzulegen.

C) Änderungsvorschlag

aa) In Satz 2 wird das Wort „schriftlich“ durch die Wörter „verpflichten sich bar“ ersetzt.

bb) In Satz 3 werden die Wörter „in Textform“ durch das Wort „nachvollziehbar“ ersetzt.

cc) In Satz 5 werden die Wörter „in Textform“ durch das Wort „nachvollziehbar“ ersetzt

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. Buchstabe 34b)

§ 73b Abs. 5 Satz 3 – Hausarztzentrierte Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine bislang versäumte redaktionelle Folgeänderung in § 73b (Hausarztzentrierte Versorgung) aufgrund der mit dem Präventionsgesetz vom 17. Juli 2015 eingefügten Regelungen, durch die der frühere § 20d zu § 20i (Primäre Prävention durch Schutzimpfungen) wurde. Der Verweisfehler wird korrigiert.

B) Stellungnahme

Die Korrektur des Verweisfehlers ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 35

§ 74 Abs. 2 – Stufenweise Wiedereingliederung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für Menschen mit längerfristigen Erkrankungen soll die Möglichkeit, stufenweise in das Arbeitsleben zurückzukehren, gestärkt werden. Hierzu sollen Ärztinnen und Ärzte verpflichtet werden, zukünftig spätestens ab der Dauer einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als sechs Wochen regelmäßig mit der Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit systematisch die Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung zu prüfen. Näheres zum Verfahren zur regelmäßigen Prüfung der Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung soll durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in seiner Richtlinie nach § 92 SGB V umgesetzt werden. Hierzu soll die Richtlinie über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 SGB V (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie) angepasst werden.

B) Stellungnahme

Die gesetzliche Änderung wird unterstützt. Die beabsichtigte Verpflichtung der Ärztinnen und Ärzte befördert die frühzeitige und regelmäßige Prüfung der Option einer stufenweisen Wiedereingliederung. Die Anpassung der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie zur näheren Ausgestaltung des Verfahrens zur regelmäßigen Prüfung der Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung wird als positiv angesehen.

Bereits zum jetzigen Zeitpunkt sehen die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Vordruck Muster 1) sowie der Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit (Vordruck Muster 52) vor, dass Ärztinnen und Ärzte eine Maßnahme zur stufenweisen Wiedereingliederung anregen und über den Wiedereingliederungsplan (Vordruck Muster 20) unmittelbar einleiten sollen, wenn deren zielführende Möglichkeit gesehen wird.

Durch die beabsichtigte Neuregelung werden keine Änderungen beim Verfahren zur Durchführung der stufenweisen Wiedereingliederung vorgenommen. Weiterhin ist die Zustimmung der Versicherten erforderlich und die Teilnahme an dieser Maßnahme für die Versicherten freiwillig. Auch für die Arbeitgeber treten keine Änderungen beim Verfahren zur Durchführung einer stufenweisen Wiedereingliederung ein.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 76 von 421

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 36 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa)

§ 75 Abs. 1a Satz 1 – Inhalt und Umfang der Sicherstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 75 Absatz 1a Satz 1 umfasst der in § 75 Absatz 1 geregelte Sicherstellungsauftrag der KVen auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung. Diese Regelung wird nunmehr ausdrücklich auf die hausärztliche und die kinder- und jugendärztliche Versorgung erweitert. Künftig müssen daher die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen auch Termine bei Hausärzten und bei Kinder- und Jugendärzten vermitteln.

B) Stellungnahme

Die Vermittlung von Terminen für Haus- und Kinderärzte wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 36 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb)

§ 75 Abs. 1a Satz 2 – Inhalt und Umfang der Sicherstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neufassung des Satz 2 werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, die Versicherten im Internet in geeigneter Weise über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärztinnen und -ärzte zu informieren. Hierdurch sollen sich die Versicherten einfacher darüber informieren können, zu welchen Zeiten Ärztinnen und Ärzte Sprechstunden anbieten.

Zur Verbesserung der Erreichbarkeit der von den Kassenärztlichen Vereinigungen zum 23. Januar 2016 eingerichteten Terminservicestellen ist vorgesehen, dass diese ab dem 1. April 2019 für 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche (24/7) unter einer bundesweit einheitlichen einprägsamen Telefonnummer erreichbar sein müssen. Hintergrund dieser Regelung ist auch die Erweiterung der Terminservicestelle zu einer neuen Servicestelle, die den Versicherten künftig in Akutfällen auch während der üblichen Sprechstundenzeiten eine unmittelbare ärztliche Versorgung zu vermitteln hat (vgl. hierzu die Neuregelung in Satz 3 Nummer 3) sowie die Zusammenlegung mit der bisherigen bundeseinheitlichen Not- bzw. Bereitschaftsdienstnummer (116 117).

B) Stellungnahme

Die Verbesserung der Erreichbarkeit der neuen Servicestellen und die Einführung einer bundeseinheitlichen Telefonnummer werden ausdrücklich begrüßt, da in der Vergangenheit von den Versicherten die mangelnde Erreichbarkeit der Terminservicestellen und die Intransparenz bei den Telefonnummern beklagt wurden.

Da den Versicherten nicht immer die zuständige Kassenärztliche Vereinigung bekannt ist, sollten die Sprechstundenzeiten ab dem 01.04.2019 bundesweit durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht werden (online) und eine entsprechende App bereitgestellt werden. Die Daten sind dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Weiterleitung an seine Mitgliedskassen zur Information der gesetzlich Versicherten über die Sprechstundenzeiten und zur Unterstützung bei der Arztsuche zur Verfügung zu stellen.

Zur Ausübung des Rechts auf freie Arztwahl ist die Möglichkeit zur Findung einer informierten Entscheidung notwendig. Dazu bedürfen Patienten neben einer hohen Gesundheitskompetenz des Zugangs zu Informationen, die den Vergleich von Arztpraxen ermöglichen. Durch die Veröffentlichung von bereits vorhandenen Daten ließe sich die Transparenz in der ver-

tragsärztlichen Versorgung erhöhen und dazu beitragen, den Patienten Orientierung bei der Wahl eines geeigneten Leistungserbringers zu geben.

Die vorgeschlagene Anpassung des § 75 SGB V definiert dazu die Notwendigkeit eines bundesweit einheitlichen Veröffentlichungsstandards, auf Basis dessen die Patienten die Möglichkeit haben, eine Einschätzung der Qualität einer Praxis vorzunehmen. Darüber hinaus wird ein Verweis auf § 135b Abs. 1 Satz 3 eingeführt, in welchem die zu veröffentlichenden Daten konkretisiert werden sollen.

C) Änderungsvorschlag

Änderung Nr. 36 a) bb) – § 75 Abs. 1a Satz 2 erster Halbsatz:

Nach den Wörtern „in geeigneter Weise“ werden die Wörter „bundesweit einheitlich“ und nach dem Wort „Vertragsärzte“ die Wörter „und die Praxismerkmale nach § 135b Abs. 1 Satz 3“ eingefügt;

Nach Satz 2 wird folgender Satz 3 eingefügt: „Die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Daten zu den Sprechstundenzeiten in wöchentlichen Abständen unentgeltlich; der Spitzenverband Bund stellt die Daten seinen Mitgliedskassen zur Information ihrer gesetzlich Versicherten zur Verfügung.“

Die Nummerierung der nachfolgenden Sätze verschiebt sich entsprechend.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 36 Buchstabe a) Doppelbuchstabe cc)

§ 75 Abs. 1a Satz 3 ff – Inhalt und Umfang der Sicherstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neu gefasste Satz 3 übernimmt in Nummer 1 die bereits bestehende Aufgabe der Terminservicestellen, innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 zu vermitteln.

Mit der Regelung in Nummer 2 wird die neue Verpflichtung zur Vermittlung von Behandlungsterminen auch bei Haus- und Kinder- und Jugendärzten um die Verpflichtung ergänzt, Versicherte künftig auch bei der Suche nach einem Haus- oder einem Kinder- und Jugendarzt zu unterstützen, der sie dauerhaft behandelt. Die Terminservicestellen werden daher verpflichtet, den Versicherten bei entsprechendem Bedarf nicht nur einen Behandlungstermin im Einzelfall, sondern auch einen Haus- oder einen Kinder- und Jugendarzt zu vermitteln, den sie nach § 76 Absatz 3 wählen können.

Mit der Regelung unter Nummer 3 erhalten die Terminservicestellen noch eine weitere Aufgabe. Drei Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes haben sie in Akutfällen eine unmittelbare ärztliche Versorgung zu vermitteln. Dabei haben sie die Versicherten auf der Grundlage eines von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu entwickelnden bundeseinheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens (vgl. Absatz 7 Satz 1 Nummer 6) in die richtige Versorgungsebene zu vermitteln. Erforderlich hierfür ist daher entsprechend qualifiziertes Personal. Für Zeiten außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten sind die Kassenärztlichen Vereinigungen bereits heute verpflichtet, den Versicherten eine entsprechende Versorgung zu vermitteln, da ihr Sicherstellungsauftrag nach § 75 Absatz 1b Satz 1 auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst) umfasst. Neu ist damit zum einen die ausdrückliche Zuweisung der Vermittlung dieser Akutfälle über die Terminservicestelle und zum anderen eine entsprechende Vermittlung auch während der Sprechstundenzeiten und damit rund um die Uhr. Damit wird die Terminservicestelle zukünftig zu einer Servicestelle mit erweitertem Aufgabenspektrum weiterentwickelt. Der neue Satz 4 regelt nunmehr zusammenfassend die Überweisungserfordernisse.

Der neue Satz 4 übernimmt die im bisherigen Satz 3 enthaltene Regelung, nach der für die Vermittlung von Behandlungsterminen bei einer Fachärztin oder einem Facharzt eine Überweisung vorliegen muss. Festgehalten wird auch an der Ausnahmeregelung des bisherigen Satzes 3 zweiter Halbsatz für Behandlungstermine bei einem Augenarzt oder einem Frauenarzt, für die keine Überweisung vorliegen muss, ebenso wie für Akutfälle.

B) Stellungnahme

Der Gesetzgeber sollte anregen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Verträge mit den jeweils zuständigen Leitstellen des Rettungsdienstes über die gegenseitige Patientenübergabe zwischen Terminservicestelle und Rettungsleitstelle schließen. Dabei ist darauf zu achten, dass die über die Rufnummer 112 verbundenen Leitstellen des Rettungsdienstes in der Öffentlichkeit weiterhin als Notrufnummer wahrgenommen werden und nicht als Alternativnummer für Zwecke der Terminvermittlung. Ist ein Rettungseinsatz auf Basis einer strukturierten Ersteinschätzung durch die Rettungsleitstelle medizinisch nicht notwendig, müssen zu jeder Zeit die Weiterleitung des Patienten an die Terminservicestelle und die Vermittlung einer unmittelbaren ärztlichen Versorgung gewährleistet sein.

Konsistent wäre es hier, Portalpraxen und Krankenhäuser nicht grundsätzlich für Akutfälle zu öffnen oder wenigstens nicht gleichberechtigt, sondern nachrangig (in Ausnahmefällen, wenn ein Termin nicht innerhalb von 24 Stunden bei einem Vertragsarzt vermittelt werden kann)

Die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu erstellenden Richtlinien für ein bundesweit einheitliches, standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren auf dessen Grundlage die Vermittlung in Akutfällen erfolgt, sollten im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband festgelegt werden, um sicherzustellen, dass die Regelungen in das künftige System einer gemeinsamen Notfallversorgung integriert werden können. (Siehe § 75 Abs. 7 Nr. 5 und 6)

Die Anpassungen in Satz 4 sind sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

In Satz 3 Nummer 3 wird der abschließende Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt: „die Kassenärztlichen Vereinigungen schließen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Verträge mit den jeweils zuständigen Leitstellen des Rettungsdienstes über die Patientenübergabe zwischen den Rettungsleitstellen und den Terminservicestellen, dabei ist insbesondere die unmittelbare Veranlassung ärztlicher Versorgung von Akutfällen, die auf Basis einer strukturierten Ersteinschätzung durch die Rettungsleitstelle ambulant behandelt werden können, sicherzustellen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 36 Buchstabe a) Doppelbuchstaben dd) bis hh)

§ 75 Abs. 1a Satz 4 bis Satz 7 und Satz 9 – Inhalt und Umfang der Sicherstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich jeweils um Folgeänderungen, die entweder redaktioneller Art oder der Notwendigkeit zur Anpassung von Verweisen aufgrund des neu eingefügten Satz 4 geschuldet sind.

B) Stellungnahme

Die Anpassungen sind folgerichtig und sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 36 Buchstabe a) Doppelbuchstabe ii) Dreifachbuchstaben aaa) und bbb)

§ 75 Abs. 1a Satz 10 – Inhalt und Umfang der Sicherstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im bisherigen Satz 10 wird die Frist für die im Bundesmantelvertrag zu treffenden Regelungen gestrichen, da diese Regelungen inzwischen getroffen wurden. Eingefügt wird ein neuer Regelungsauftrag (neue Nummer 2). Die Bundesmantelvertragspartner haben zu regeln, in welchen Fällen es bei der Vermittlung zu einem Haus- oder zu einem Kinder- und Jugendarzt ausnahmsweise einer Überweisung bedarf. Dies ist erforderlich in den Fällen, in denen ein Behandlungstermin bei einem Hausarzt für besondere Untersuchung- und Behandlungsmethoden vermittelt wird, die einen Fachkundenachweis, eine besondere Praxisausstattung oder andere Anforderungen an die Versorgungsqualität erfordert (z. B. für eine Schmerztherapie). Zudem werden in den bisherigen Nummern 2 und 3 als Folgeänderungen Verweisanpassungen vorgenommen.

B) Stellungnahme

Die im Bundesmantelvertrag-Ärzte zu treffende Regelung wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 36 Buchstabe a) Doppelbuchstabe jj)

§ 75 Abs. 1a Satz 12 – Inhalt und Umfang der Sicherstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Anpassung der Verweise handelt es sich um eine Folgeänderung aufgrund des neu eingefügten Satz 4, durch den die Sätze 4 bis 11 um einen Satz nach hinten verschoben werden.

B) Stellungnahme

Die Anpassungen sind sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 36 Buchstabe a) Doppelbuchstabe kk)

§ 75 Abs. 1a Satz 13 – Inhalt und Umfang der Sicherstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Formulierung des Satz 13, die an das Inkrafttreten des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 6a Satz 3 knüpft, kann gestrichen werden, nachdem der entsprechende Beschluss zum 1. April 2017 in Kraft getreten ist.

Für die Vermittlung eines Erstgesprächs im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunden und der sich aus der Abklärung ergebenden zeitnah erforderlichen Behandlungstermine gelten die Sätze 2 und 3 Nummer 1 sowie die Sätze 5 bis 12 hinsichtlich der Vermittlung eines Termins für ein Erstgespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunden und hinsichtlich der sich aus der Abklärung ergebenden zeitnah erforderlichen Behandlungstermine. Die in dem folgenden Satz für die Vermittlung von Terminen für psychotherapeutische Akutbehandlungen vorgesehene Verkürzung der Wartezeit auf höchstens zwei Wochen wird aufgrund der medizinischen Dringlichkeit der Behandlung vorgenommen

B) Stellungnahme

Die Anpassungen sind sachgerecht. Die Regelung im bisherigen Satz 13 zur Verkürzung der Wartezeit auf höchstens zwei Wochen wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 36 Buchstabe a) Doppelbuchstabe II)

§ 75 Abs. 1a Satz 14 – Inhalt und Umfang der Sicherstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Derzeit ist für die Terminservicestellen vorgesehen, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Kassenärztlichen Vereinigungen durch das Angebot einer Struktur für ein elektronisch gestütztes Wartezeitenmanagement bei der Terminvermittlung unterstützen können. Aus dieser Kann-Regelung soll eine Verpflichtung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung werden. Hierdurch sollen die bisherige Terminvermittlung und die neu hinzu kommende Vermittlung einer unmittelbaren ärztlichen Versorgung in Akutfällen mit einem verbesserten digitalen Angebot (App/online-Angebote) verbunden werden. Ärzte sollen auch künftig freie Termine an die Servicestelle melden, damit diese dann nicht nur im Rahmen eines Telefonkontaktes, sondern auch online oder per App vereinbart werden können.

Zudem wird die Kassenärztliche Bundesvereinigung im neuen zweiten Halbsatz dazu verpflichtet, für die Versicherten eine App und ein Online-Angebot zur Verfügung zu stellen, mit denen sie auf die Internetseite der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung geleitet werden, auf der die Kassenärztliche Vereinigung die Sprechstundenzeiten der Ärztinnen und Ärzte veröffentlicht. Dadurch wird für die Versicherten eine zusätzliche, einfache Informationmöglichkeit geschaffen.

B) Stellungnahme

Grundsätzlich wird die Regelung begrüßt, insbesondere die Vorgabe, für die Versicherten eine App und ein Online-Angebot zur Verfügung zu stellen, mit denen sie auf die Internetseite der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung geleitet werden, auf der die Kassenärztliche Vereinigung die Sprechstundenzeiten der Ärztinnen und Ärzte veröffentlicht. Es bestehen jedoch Zweifel, ob die Regelung vollständig und von allen Kassenärztlichen Vereinigungen umgesetzt wird. Für die Krankenkassen ist die Terminvergabe durch die Terminservicestellen völlig intransparent, daher sollten die Richtlinien für ein digitales Angebot zur Vermittlung von Behandlungsterminen im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband (Nr. 36 c) aa) aufgestellt werden.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 87 von 421

C) Änderungsvorschlag

Siehe Nr. 36 Buchstabe c) Doppelbuchstabe aa).

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 36 Buchstabe a) Doppelbuchstabe mm)

§ 75 Abs. 1a Satz 15 – Inhalt und Umfang der Sicherstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Folgeänderung, da die Terminservicestelle zukünftig auch Termine bei Hausärzten und Kinder- und Jugendärzten vermittelt.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 36 Buchstabe b)

§ 75 Abs. 3c Satz 5 – Inhalt und Umfang der Sicherstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das bisher in § 89 Absatz 3 vorgesehene Verfahren bei Nichteinigung über den Vorsitzenden, die unparteiischen Mitglieder oder die Stellvertreter per Los entscheiden zu lassen, wird dort durch die Entscheidung der Aufsichtsbehörde ersetzt (siehe Begründungstext zu § 89). Um bei den gemeinsamen Schiedsstellen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und dem Verband der privaten Krankenversicherung den Status quo zu erhalten, wird künftig auf § 134a Absatz 4 Satz 5 verwiesen, der dem bisherigen Verfahren in § 89 entspricht.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist durch den Vorschlag des GKV-SV zur Neustrukturierung von § 89 (s. Nr. 45) obsolet. Das Verfahren bei Nichteinigung wird in § 89 Abs. 6 Satz 3–7 geregelt.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 3c Satz 5 wird die Angabe „§ 89 Abs. 3 Satz 4 bis 6“ ersetzt durch die Angabe „§ 89 Abs. 6 Satz 3–7“.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 36 Buchstabe c) Doppelbuchstabe aa)

§ 75 Abs. 7 Satz 1 – Inhalt und Umfang der Sicherstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird in Nr. 4 verpflichtet, auf der Grundlage der bereits für die bundeseinheitliche Not- bzw. Bereitschaftsdienstnummer (116 117) getroffenen Regelung, eine Richtlinie aufzustellen für die Umsetzung der einheitlichen Rufnummer nach Absatz 1a Satz 2, die 24 Stunden täglich an 7 Tagen in der Woche (24/7) erreichbar sein muss. Hierdurch soll eine einheitliche und verbindliche Umsetzung der Regelung in allen Kassenärztlichen Vereinigungen gewährleistet werden.

Zum anderen gibt die neue Nummer 5 vor, dass in Umsetzung der neuen Verpflichtung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigungen durch ein Angebot einer Struktur für ein elektronisch gestütztes Wartezeitenmanagement bei der Terminvermittlung künftig Richtlinien für ein digitales Angebot zur Vermittlung von Behandlungsterminen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 sowie zur Vermittlung einer unmittelbaren ärztlichen Versorgung in Akutfällen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 aufzustellen sind.

Darüber hinaus wird der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Absatz 7 Satz 1 Nummer 6 der Auftrag erteilt, Richtlinien für ein bundesweit einheitliches, standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren aufzustellen, auf dessen Grundlage die Vermittlung in Akutfällen erfolgt.

B) Stellungnahme

Um das Ziel einer besseren, bedarfsgerechten Patientensteuerung in die richtige Versorgungsebene zu erreichen und um sicherzustellen, dass die Regelungen in das künftige System einer gemeinsamen Notfallversorgung integriert werden können und vor dem Hintergrund, dass das Ersteinschätzungssystem auf medizinischen Gesichtspunkten beruht, ist es notwendig, auf Bundesebene ein einheitliches, standardisiertes Verfahren zu entwickeln. Daher sollten die Richtlinien nach Nr. 4 und 5 im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband festgelegt werden.

C) Änderungsvorschlag

In § 75 Abs. 7 Nr. 4 werden nach dem Wort „Notdienstnummer“ die Wörter „im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband“ eingefügt. In Nr. 5 werden nach dem Wort „aufzustellen“ die Wörter „im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband“ eingefügt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 36 Buchstabe c) Doppelbuchstabe bb)

§ 75 Abs. 7 Satz 2 – Inhalt und Umfang der Sicherstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Vorgesehen wird, dass die neuen Richtlinien nach Satz 1 Nummer 4 und 5 auch sicherstellen müssen, dass die von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten in Umsetzung der Richtlinienvorgaben genutzten Praxisverwaltungssysteme von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zugelassen sind. Die Richtlinien haben daher auch Regelungen zur Zertifizierung erforderlicher Praxissoftware zum Terminmanagement zu enthalten.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 93 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 37 Buchstabe a)

§ 75a – Förderung der Weiterbildung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Satz 1 wird die Angabe „bis zum 23. Oktober 2015“ gestrichen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 37 Buchstabe b)

§ 75a – Förderung der Weiterbildung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Um Verzögerungen bei künftigen Konfliktfällen zu vermeiden, wird geregelt, dass in den Fällen, in denen eine Vereinbarung nicht zustande kommt, künftig das neue sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a SGB V entscheidet.

B) Stellungnahme

Die Schaffung eines Konfliktmechanismus für die Vereinbarung nach § 75a Abs. 4 SGB V ist grundsätzlich sachgerecht. Allerdings ist die im Entwurf vorgesehene Besetzung und Stimmverteilung für das sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a SGB V auch im Hinblick auf die Förderung in der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nicht sachgerecht. Um ein Ungleichgewicht zulasten der Kostenträgerseite zu vermeiden, ist auch insoweit eine paritätische Besetzung erforderlich. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf die Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 48 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Siehe Änderungsvorschlag Artikel 1 Nr. 48.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 95 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 38

§ 76 Abs. 1a – Freie Arztwahl

A) Beabsichtigte Neuregelung

Folgeänderung zu dem in § 75 Absatz 1a eingefügten neuen Satz 4.

B) Stellungnahme

Redaktionelle Änderung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 39

§ 77 Abs. 3 – Kassenärztliche- und Kassenzahnärztliche Vereinigungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 77 Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „§ 105 Absatz 1 Satz 2“ durch die Wörter „§ 105 Absatz 1a“ ersetzt.

B) Stellungnahme

Durch den geänderten Verweis wird vom bisher erforderlichen „Benehmen (der Kassenärztlichen Vereinigungen) mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen“ beim Betrieb von Eigeneinrichtungen abstrahiert. Dieses sei nun nicht mehr erforderlich und es könne auf Mittel des Strukturfonds (§ 105, Abs. 1a SGB V) zurückgegriffen werden. Aus Sicht der Krankenkassen ist es kritisch zu beurteilen, dass die KVen hier Mittel des Strukturfonds einsetzen können ohne die Krankenkassen – außer als Finanzgeber – einzubeziehen.

C) Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Änderung ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 41

§ 81a – Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einfügung eines neuen § 81 a Absatz 3b sollen die datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnisse im Zusammenhang mit der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Kassenärztlichen Vereinigungen klargestellt werden.

B) Stellungnahme

Da es sich um eine Parallelnorm zum der mit diesem Gesetzentwurf ebenfalls geänderten Regelung des § 197a Absatz 3b handelt, welcher die Zuständigkeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei den Krankenkassen und deren Landesverbänden regelt, wird auf die entsprechende Stellungnahme verwiesen (vgl. Nr. 83).

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 42

§ 85 – Gesamtvergütung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 85 Abs. 4b ist geregelt, dass sich ab einer bestimmten Gesamtpunktmenge je Vertragszahnarzt aus vertragszahnärztlicher Behandlung der Vergütungsanspruch für die weiteren vertragszahnärztlichen Behandlungen verringert, indem die über die Gesamtpunktmenge hinausgehenden Leistungen mit einem geringeren Punktwert vergütet werden (Punktwertdegression). Diese Regelung und die darauf aufbauenden Regelungen in den Absätzen 4c bis 4f sollen ersatzlos entfallen. Dies wird damit begründet, dass infolge der Punktwertdegression die Bereitschaft von Zahnärztinnen und Zahnärzten sinke, sich in ländlichen und strukturschwachen Gebieten niederzulassen. Zahnarztpraxen in Gebieten mit einer niedrigen Versorgungsdichte, die eine überproportional hohe Zahl an Versicherten zu versorgen haben, liefen Gefahr, für die von ihnen erbrachten zusätzlichen Leistungen, nicht angemessen vergütet zu werden. Auch die Bereitschaft der Zahnärztinnen und Zahnärzte, besonders förderungswürdige Leistungen im Bereich der Prävention oder der aufsuchenden Versorgung von mobilitätseingeschränkten Versicherten zu erbringen, könnte durch eine Punktwertdegression reduziert sein.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Streichung lehnt der GKV-Spitzenverband ab. Die damalige sinnvolle Einführung der Degression zum 01.01.1993 durch das Gesundheitsstrukturgesetz wurde damit begründet, dass bei größeren Leistungsmengen die Fixkosten einer Praxis einen degressiven Verlauf hätten und die Praxismitarbeiter produktiver eingesetzt werden könnten. Die Krankenkassen und damit die Versichertengemeinschaft seien an den dadurch erzielten Kostenvorteilen zu beteiligen. Die Tatsache, dass bei steigender Leistungsmenge die Fixkosten sinken, gilt für Praxen im städtischen und ländlichen Raum gleichermaßen. Zahnärzte im ländlichen Bereich werden also durch die Degression gegenüber Zahnärzten im städtischen Raum nicht benachteiligt. Darüber hinaus ist dem GKV-Spitzenverband nicht bekannt, dass es bis dato im ländlichen Raum zu Versorgungsproblemen bei der zahnärztlichen Versorgung gekommen ist. Insofern bedarf es auch keiner speziellen Anreize, wie z. B. durch den Fortfall der Degression eine Niederlassung in diesen Gebieten zu fördern. Der Fortfall der Degression würde zu einer Steigerung des Gewinns des Zahnarztes führen. Vor dem Hintergrund, dass die Einnahmenentwicklung von Zahnärzten in den letzten Jahren trotz der bestehenden De-

gressionsregelungen im Vergleich zum Durchschnitt der Bevölkerung überproportional gewesen ist – so ist der Einnahmenüberschuss des Praxisinhabers von 2014 auf 2015 um 3,7 Prozent gestiegen, während die Bruttomonatsverdienste im selben Zeitraum nur um 2,4 Prozent gestiegen sind – besteht auch unter Einkommensgesichtspunkten kein Anlass diese abzuschaffen. Dass die Degression speziell die Erbringung präventiver Leistungen bei vulnerablen Gruppen verhindert, ist in keiner Weise belegt. Sollte die Erbringung präventiver Leistungen tatsächlich davon abhängig gemacht werden, ob diese Leistungen vollständig vergütet werden, würde dies einen Verstoß gegen die gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen darstellen und müsste entsprechend geahndet werden.

Davon abgesehen, führt der Fortfall der Degression zu geschätzten Mindereinnahmen bei den Krankenkassen in Höhe von ca. 55 Mio. Euro im Jahr

C) Änderungsvorschlag

§ 85 Absätze 4b bis 4f werden nicht aufgehoben.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 43 Buchstabe a)

§ 87 Abs. 1 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

Einführung elektronischer Kommunikationsverfahren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben bis zum 31.12.2019 das Nähere für die Einführung eines elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahrens für bewilligungspflichtige zahnärztliche Leistungen zu regeln. Die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) fungiert dabei als Weiterleitungsstelle für die Daten aus der Zahnarztpraxis an die Krankenkasse.

B) Stellungnahme

Im Rahmen des Prüfauftrags nach § 87 Abs. 1 Satz 6, bislang papiergebundene Verfahren zur Organisation der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung durch elektronische Kommunikationsverfahren zu ersetzen, haben die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband festgestellt, dass eine Umstellung des bis dato papiergebundenen Antrags- bzw. Genehmigungsverfahrens für Leistungen bei der Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels, für kieferorthopädische Leistungen, für parodontologische Leistungen und für Leistungen bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen auf ein elektronisches Verfahren Vorteile für Vertragszahnärzte, Krankenkassen und Versicherte bietet. So können die Behandlungspläne vom Zahnarzt schneller an die Krankenkasse und von der Krankenkasse schneller zurück an den Zahnarzt übermittelt werden. Die Versicherten werden schneller über die Entscheidung der Krankenkasse informiert, sodass die Behandlungen früher begonnen werden können. Hinzu kommt, dass die elektronische Beantragung und Genehmigung vielfältige Medienbrüche beseitigt und die Erstellungs- und Übermittlungskosten reduziert. Der GKV-Spitzenverband und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung beraten schon seit längerem an der Umsetzung eines elektronischen Beantragungsverfahrens. Aufgrund der Tatsache, dass es bis dato an einer gesetzlichen Ermächtigung der Bundesmantelvertragspartner für die Einführung eines elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahrens mangelt, ist eine stringente und wirtschaftliche Umsetzung des Verfahrens nicht in allen Fällen möglich, weil z. B. Doppelstrukturen vorgehalten werden müssen. Der GKV-Spitzenverband begrüßt es daher, dass die zahnärztlichen Leistungserbringer zukünftig zur elektronischen Übermittlung verpflichtet werden können.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Allerdings erfordert die Einführung eines elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahrens in Bezug auf die Leistungen beim Zahnersatz die nachfolgende Änderung von § 87 Abs. 1a SGB V.

„In dem Bundesmantelvertrag haben die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen festzulegen, dass die Kosten für Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen, soweit die gewählte Versorgung der Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 entspricht, gegenüber den Versicherten nach Absatz 2 abzurechnen sind. Darüber hinaus sind im Bundesmantelvertrag folgende Regelungen zu treffen: Der Vertragszahnarzt hat vor Beginn der Behandlung gegenüber dem Versicherten kostenfrei eine schriftliche Vereinbarung zu erstellen, die den Befund, die Regelversorgung und die tatsächlich geplante Versorgung auch in den Fällen des § 55 Abs. 4 und 5 nach Art, Umfang und Kosten beinhaltet. Für geplante Leistungen nach § 55 Abs. 4 und 5 sind die Gebührennummer, die Leistungsbeschreibung und der voraussichtliche Gebührensatz anzugeben. In der Vereinbarung sind Angaben zum Herstellungsort des Zahnersatzes zu machen. Bei der Wahl von Leistungen nach § 55 Abs. 4 und 5 ist der Versicherte über die in Betracht kommende Regelversorgung einschließlich deren Kosten zu informieren. Vor Beginn der Behandlung hat die Krankenkasse die geplante Versorgung insgesamt zu prüfen. Hierzu übermittelt der Vertragszahnarzt die in der Vereinbarung mit dem Versicherten enthaltenen Angaben sowie zusätzlich die geplanten Befunde elektronisch an die Krankenkasse. Die Krankenkasse kann den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen. Bei bestehender Versorgungsnotwendigkeit bewilligt die Krankenkasse die Festzuschüsse gemäß § 55 Abs. 1 oder 2 entsprechend dem im übermittelten Datensatz ausgewiesenen Befund. Nach Abschluss der Behandlung rechnet der Vertragszahnarzt die von der Krankenkasse bewilligten Festzuschüsse mit Ausnahme der Fälle des § 55 Abs. 5 mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ab. Der Vertragszahnarzt hat dabei auch die abgerechneten zahntechnischen Leistungen und Materialien jeweils für das Eigen- oder Fremdlabor sowie die Erklärung nach Anhang VIII der Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14. Juni 1993 über Medizinprodukte (ABl. EG Nr. L 169 S. 1) in der jeweils geltenden Fassung zu übermitteln. Der Bundesmantelvertrag regelt das Nähere zur Ausgestaltung der Datenübermittlung von Zahnersatz-

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 102 von 421

Leistungen, insbesondere muss erkennbar sein, ob die zahntechnischen Leistungen von
Zahnärzten erbracht werden oder nicht.“

Darüber hinaus ist im Sinne der zunehmenden elektronischen Kommunikation im Gesund-
heitswesen zu prüfen, ob das Bonusheft des Versicherten zum Nachweis der eigenen Bemü-
hungen zur Gesunderhaltung der Zähne nach § 55 Abs 1 SGB V von einer papiergebundenen
auf eine elektronische Version umgestellt werden kann.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 43 Buchstabe b)

§ 87 Abs. 1c – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Aufnahme des Absatzes 1c wird klargestellt, dass die Krankenkassen, anstelle einer gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) eine Prüfung der Leistungspflicht im Wege des bundesmantelvertraglich geregelten Gutachterverfahrens durchführen lassen können.

B) Stellungnahme

Bei den in § 87 Absatz 1c SGB V geregelten Fällen unter Nr. 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.

Das im Bundesmantelvertrag-Zahnärzte vorgesehene Gutachterverfahren ist seit Jahrzehnten im Bereich der Versorgung mit Kieferorthopädie und Zahnersatz, Behandlung von Parodontopathien und für implantologische Maßnahmen bei Ausnahmeindikationen etabliert. Explizit in das SGB V aufgenommen wurde dies jedoch erst im Zuge des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, indem in § 13 Absatz 3a Satz 4 SGB V Regelungen für das bundesmantelvertragliche Gutachterverfahren getroffen wurden. Das Bayerische Landessozialgericht hat mit zwei Urteilen vom 27. Juni 2017, Az.: L 5 KR 170/15 und L 5 KR 260/16, festgestellt, dass für die Prüfung von zahnmedizinischen oder kieferorthopädischen Leistungsfällen durch Krankenkassen ausschließlich der MDK zuständig sei. Die Beauftragung anderer Gutachter auf der Grundlage des BMV-Z bzw. EKV-Z verstieße gegen die gesetzliche Aufgabenzuweisung in § 275 Abs. 1 SGB V und sei daher rechtswidrig. Die KZBV und der GKV-Spitzenverband sind bei der Neufassung des BMV-Z dagegen davon ausgegangen, dass eine Begutachtung durch das bundesmantelvertraglich vereinbarte Begutachtungswesen auf Basis von § 82 Abs. 1 SGB V und § 13 Abs. 3a Satz 4 SGB V rechtmäßig ist. Die ungeklärte Frage der Rechtmäßigkeit des bundesmantelvertraglichen Gutachterverfahrens hat sowohl auf Zahnärzteseite als auch auf Krankenkassenseite zu Verunsicherung geführt. Mit der Aufnahme des Absatzes 1c wird eine ausdrückliche Ermächtigungsgrundlage für das bundesmantelvertragliche Gutachterverfahren geschaffen, sodass nun Rechtssicherheit in der Frage be-

steht, dass alternativ zum MDK-Verfahren auch das bundesmantelvertragliche Gutachterverfahren bedient werden kann.

Die Regelung nach Satz 3 nach der die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren können, dass die Krankenkassen einheitlich für die im Bundesmantelvertrag näher bestimmten Maßnahmen und Behandlungen ausschließlich das nach Satz 2 vorgesehene Gutachterverfahren anwenden oder ausschließlich die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst vornehmen lassen, ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht erforderlich, weil sie in die Entscheidungsrechte der Krankenkassen eingreift. Satz 3 sollte daher entfallen.

Aus Klarstellungsgründen sollte in den Sätzen 3 und 4 ergänzt werden, dass im Vertragsgutachterverfahren neben der Übermittlung von Daten auch die Übermittlung von Behandlungsunterlagen zulässig ist.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 40 Buchstabe a) wird wie folgt gefasst:

„a) Nach § 87 Absatz 1b wird folgender Absatz 1c eingefügt:

„(1c) ¹Die Krankenkassen können in den in § 275 Absatz 1, 2 und 3 geregelten Fällen

1. bei kieferorthopädischen Maßnahmen,
2. bei der Behandlung von Parodontopathien,
3. bei der Versorgung von Zahnersatz und Zahnkronen, einschließlich der Prüfung der Gewährleistung nach § 136a Absatz 4 Satz 3,
4. für implantologische Maßnahmen bei Ausnahmeindikationen gemäß § 28 Absatz 2 Satz 9

abweichend von § 275 Absatz 1, 2 und 3 statt einer gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung eine gutachterliche Stellungnahme im Wege des im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehene Gutachterverfahrens einholen. ²Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren im Bundesmantelvertrag das Nähere zu einem Gutachterverfahren für Zahnärzte insbesondere zur Bestellung der Gutachter, zur Einleitung des Gutachterverfahrens und zur Begutachtung sowie die Maßnahmen und Behandlungen die Gegenstand des Gutachterverfahrens sein können. ³~~Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen können vereinbaren, dass die Krankenkassen einheitlich für die im Bundesmantelvertrag näher bestimmten Maßnahmen und Behandlungen ausschließlich das nach Satz 2 vorgesehene Gutachterverfahren anwenden oder ausschließlich die Begutachtung~~

~~durch den Medizinischen Dienst vornehmen lassen.~~ ⁴Der behandelnde Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem von der Krankenkasse benannten vertragszahnärztlichen Gutachter die für die gutachterliche Stellungnahme erforderlichen Daten und Unterlagen zu übermitteln. ⁵Der vertragszahnärztliche Gutachter darf die vom behandelnden Vertragszahnarzt übermittelten Daten und Unterlagen nur zur Erstellung der in Satz 1 genannten gutachterlichen Stellungnahme verarbeiten. ⁶Im Übrigen gelten § 275 Absatz 5, § 276 Absatz 1, 2 Satz 2 und Absatz 3 und § 277 Absatz 1 Satz 1 bis 3 für das im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehene Gutachterwesen entsprechend.“

Einleitende Anmerkungen zu Nrn. 43 Buchstabe c) bis 44 Buchstabe a)

Der GKV-Spitzenverband begrüßt ausdrücklich, dass der Zugang gesetzlich Versicherter zur ambulanten medizinischen Versorgung spürbar verbessert und die Fehlversorgung verringert werden soll. Die in einigen medizinischen Fachgebieten bestehenden Wartezeiten für GKV-Versicherte müssen verkürzt werden. Ziel ist die Angleichung der bestehenden unterschiedlich langen Wartezeiten zwischen gesetzlich und privat Versicherten.

Mit einer spürbaren Reduzierung der Wartezeiten und einer Flexibilisierung des zum Teil nicht mehr mit den Bedürfnissen der Versicherten kompatiblen Sprechstundenangebots kann auch die medizinisch nicht notwendige Inanspruchnahme von Notfallambulanzen und des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes reduziert werden.

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht in den §§ 87 und 87a SGB V eine Vielzahl neuer Steuerungsinstrumente vor, die den Zugang zur ambulanten Versorgung verbessern sollen. Je nachdem, ob der Patient eigenständig, auf Vermittlung eines Hausarztes oder einer Terminservicestelle eine Arztpraxis aufsucht, ob er darüber hinaus als neuer Patient gilt oder nicht, ob er als „Akut-“ oder „Notfall“ eingestuft wird oder ob er in einer offenen Sprechstunde behandelt wird, ergeben sich unterschiedliche Anreize und Fallkonstellationen.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sind die geplanten Regelungen allerdings nicht geeignet, eine Reduktion der Wartezeiten für die gesetzlich Versicherten zu bewirken. Im Wesentlichen werden sogar Anreize zur Generierung von mehr Behandlungsfällen gesetzt, die bei einem unverändert starren Sprechzeitenangebot der Arztpraxen zu längeren Wartezeiten führen werden und damit das angestrebte Ziel der Reform für die Versicherten verfehlen werden. Stattdessen ist zu befürchten, dass die Maßnahmen beitragsatzrelevante Ausgabensteigerungen verursachen, ohne dass sich die Versorgung der gesetzlich Versicherten verbessern wird.

Wie jeweils bei den Stellungnahmen zu den vom Gesetzgeber vorgeschlagenen Maßnahmen näher ausgeführt, wird die Komplexität der geplanten Neuregelungen den Dokumentationsaufwand der Vertragsärzte erheblich erhöhen und gleichzeitig zu vermehrten Prüferfordernissen durch die Krankenkassen führen. Ziel der Reform sollte es jedoch auch sein, dass die eingesetzten Ressourcen zu 100 % in die Verbesserung der Versorgung der gesetzlich Versicherten fließen.

Der GKV-Spitzenverband geht daher davon aus, dass die vorgesehene neue Vergütungs- und Leistungsstruktur in §§ 75, 87 und 87a SGB V weiter vereinfacht werden kann, während die intendierte Anreizstruktur gleichzeitig zielgenauer ausgestaltet werden sollen, um das Ziel – den Zugang gesetzlich Versicherter zur ambulanten Versorgung zu verbessern – zu erreichen.

Hierfür schlägt der GKV-Spitzenverband folgende konkrete Maßnahmen vor:

Versorgungssteuerung für Erstkontakte

Um die Bereitschaft zur Annahme neuer Patientinnen und Patienten in bestimmten Fachrichtungen zu erhöhen, soll der erste Kontakt mit einer Patientin oder einem Patienten finanziell gefördert werden. Neu im Sinne dieser Förderung ist ein Patient, wenn er erstmals oder erstmals nach 4 Jahren behandelt.

Der zusätzliche ärztliche Aufwand von Neupatienten im Vergleich zu bekannten Patienten entsteht durch eine ausführliche Patientenanamnese inkl. Krankheitsgeschichte sowie dem Anlegen einer Patientenakte und nicht in der Erfassung oder Diagnostik einer neuen Diagnose.

Um einen neuen Patienten handelt es sich nicht bei planbaren Leistungen, insbesondere ambulanten Operationen oder Früherkennungsleistungen oder wenn das Leistungsspektrum einer Arztgruppe typischerweise von Erstkontakten geprägt ist und somit eine gezielte Förderung der Aufnahme von neuen Patienten nicht erforderlich ist (z. B. Radiologen etc.).

Durch solche finanziellen Anreize werden auch Vertragsärzte gefördert, die Patienten auf Vermittlung einer Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nr. 1 SGB V annehmen, da es sich bei diesen in der Regel nicht um bekannte Patienten handelt.

Flexibilisierung des Sprechstundenangebots (Abend- und Samstagssprechstunden)

Um die Wartezeiten spürbar zu reduzieren, sollen Ärzte ihr Sprechstundenangebot flexibilisieren.

Das heutige Sprechstundenangebot orientiert sich zu wenig an Patientenbedürfnissen. Eine wesentliche Ursache der Wartezeitenproblematik sind aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes insbesondere die derzeitigen Praxisöffnungszeiten, die z. B. Berufstätigen nur Termine in Randzeiten (früh morgens, später Nachmittag) ermöglichen. Sprechstundenangebote nach den üblichen Arbeitszeiten oder am Samstag sind hingegen wenig verbreitet.

Es müssen daher finanzielle Anreize gesetzt werden, damit vermehrt Sprechstunden außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten angeboten werden. Für die Förderung von Abend- und Samstagssprechstunden soll der Bewertungsausschuss daher eine gesonderte Vergütung beschließen.

Die vorgeschlagene Maßnahme zur Flexibilisierung der Sprechstunden führt nicht zu einer absoluten Ausweitung der Sprechstunden, sondern dazu, dass die bestehenden Sprechstunden flexibler als bisher angeboten werden. Hierdurch werden sich die Wartezeiten für gesetzlich Versicherte spürbar verringern. Darüber hinaus ist bei einem höheren Angebot von Sprechstunden am Abend oder an Samstagen zu erwarten, dass zu diesen Zeiten die Inanspruchnahme von Notfallambulanzen deutlich reduziert werden kann.

Dies könnte durch eine Verpflichtung flankiert werden, im Bundesmantelvertrag-Ärzte verbindliche Regelungen zur zeitlichen Verteilung der Sprechstunden vorzunehmen, z. B. durch eine Präzisierung der Vorgaben in § 17 Abs. 2 BMV-Ä.

Verbesserung der Versorgung von Patienten in akuten Behandlungsanlässen

Derzeit ist es für Patienten mit akuten Behandlungsanlässen oftmals problematisch, kurzfristig einen dringend notwendigen Facharzttermin zu erhalten. In der Folge suchen diese Patientinnen und Patienten die Notfallambulanzen der Krankenhäuser auf oder werden sogar stationär behandelt. Auch für Arztpraxen stellen solche Akutpatienten durchaus einen relevanten Zusatzaufwand dar, da sie bestehende reguläre Termine verschieben und die Praxisabläufe kurzfristig anpassen müssen.

Künftig sollen Hausärzte für diese Akutfälle einen Termin bei geeigneten Fachärzten vermitteln, sodass die betroffenen Patienten innerhalb von spätestens 24 Stunden durch einen Facharzt versorgt werden können. Zur Förderung sowohl der Terminvermittlung durch den Hausarzt als auch der entsprechenden Terminannahme durch den Facharzt ist durch den Bewertungsausschuss ein finanzieller Anreiz zu schaffen. Dieser soll gleichermaßen auch für erfolgreich innerhalb von spätestens 24 Stunden durchgeführte Facharzttermine von Akutfällen nach Vermittlung durch die Terminservicestelle gelten.

Angesichts der Förderung der Terminvergabe für Akutfälle ist darauf zu achten, dass Fachärzte auch weiterhin reguläre Termine an Patienten ohne akuten Behandlungsbedarf vergeben. Daher erscheint eine Begrenzung der gesonderten Abrechnungsfähigkeit der Förderung von Akutfällen je Vertragsarzt sinnvoll.

Fristsetzung für EBM-Anpassungen

Der GKV-Spitzenverband regt an, dass neben der Aktualisierung der Bewertungen gem. § 87 Abs. 2 S. 3 SGB V bis spätestens zum 1. Januar 2020 auch die weiteren aus diesem Gesetz resultierenden Aufgaben zu grundlegenden Anpassungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) bis spätestens 1. Januar 2020 umzusetzen. Die umfangreiche Überarbeitung des EBM in Verbindung mit diesem Gesetz führt zu erheblichen, voneinander nicht unabhängigen Anpassungen, die bei verschiedenen Inkraftsetzungsdaten kaum aufeinander abgestimmt werden können.

Finanzierung

Die Förderung von Neupatienten soll aus den vorhandenen finanziellen Mitteln der MGV finanziert werden, da die Behandlung von neuen Patienten ebenso wie die Betreuung bekannter Patienten in der bestehenden vertragsärztlichen Vergütung kalkulatorisch bereits berücksichtigt ist.

Der finanzielle Anreiz für die vermehrte Behandlung von Neupatienten entsteht direkt, indem aufgrund der Förderung für neue Patienten eine höhere Vergütung erzielt werden kann als für die Betreuung bekannter Patienten.

Die Leistungen für eine verbesserte Terminvermittlung und -annahme von Akutfällen sowie die Förderung von Abend- und Samstagssprechstunden sind mit dem Ziel der Unterstützung der Einführung in die vertragsärztliche Versorgung hingegen mit zusätzlichen Mitteln zu finanzieren.

Die Behandlung in den offenen Sprechstunden wird insbesondere über die finanziellen Anreize zur Betreuung neuer Patienten und Akutpatienten finanziell gefördert, da zu erwarten ist, dass vor allem diese Patientengruppen im Rahmen der offenen Sprechstunden versorgt werden. Eine zusätzliche, finanzielle Förderung offener Sprechstunden ist somit nicht erforderlich, da diese den organisatorischen Rahmen für die Behandlung von Akutpatienten oder Neupatienten ohne Termin bieten, welche jeweils gem. obiger Vorschläge finanziell gefördert werden. Die Bereitstellung zusätzlicher finanzieller Mittel für offene Sprechstunden durch die GKV ist zudem nicht geboten, da Vertragsärzte bereits heute durchschnittlich weit mehr als 25 Sprechstunden anbieten und die Erhöhung des Mindestsprechstundenangebotes somit nicht zu längeren Arbeitszeiten der Vertragsärzte führen wird. Lediglich die Ärzte, die bisher für GKV-Versicherte weniger als 25 Sprechstunden je Woche angeboten haben, werden verpflichtet, ihr Sprechstundenangebot umzustrukturieren.

Mit diesen vorgeschlagenen Maßnahmen werden aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes die vom Gesetzgeber intendierten Anreize zielgenauer ausgestaltet. Die Wartezeiten für gesetzlich Versicherte werden sich insbesondere durch Abend- und Samstagsprechstunden in Verbindung mit der Förderung der Behandlung neuer Patienten erheblich reduzieren. Durch die Leistungen der Terminvermittlung und -annahme und die offenen Sprechstunden werden vor allem Patienten mit akuten Erkrankungen wesentlich schneller versorgt werden. Darüber hinaus ist zu erwarten, dass die Inanspruchnahme von Notfallambulanzen durch die Flexibilisierung des Sprechzeitenangebotes und durch die Förderung der schnellen Versorgung von Akutpatienten erheblich abnehmen wird.

Im Übrigen ist die Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen mit keinem relevanten zusätzlichen Dokumentationsaufwand auf Ärzteseite und keinem relevanten Prüfaufwand auf Krankenkassenseite verbunden.

Änderungsvorschlag gem. der einleitenden Anmerkungen zu Nrn. 43 Buchstabe c) bis 44 Buchstabe a)

§ 87 wird wie folgt geändert:

Absatz 2b wird wie folgt geändert:

Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen der hausärztlichen Versorgung sollen als Versichertenpauschalen abgebildet werden; für folgende Leistungen sind Einzelleistungen oder Leistungskomplexe vorzusehen:

1. Leistungen, die besonders gefördert werden sollen,
2. Leistungen, die nach Absatz 2a Satz 7 telemedizinisch erbracht werden können,
3. Leistungen, die nach Absatz 2a Satz 8 im Wege der Delegation erbracht werden können,
4. Leistungen für eine erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 und
5. Leistungen für die Behandlung in Sprechstunden am Abend und am Samstag.“

Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Pauschalen nach Satz 1 sind einerseits nach Patienten, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals oder erstmals nach 4 Jahren diagnostiziert und behandelt werden, sowie andererseits nach Patienten, bei denen eine begonnene Behandlung fortgeführt wird, spätestens mit Wirkung zum 1. Januar 2020 zu differenzieren; dabei können Morbiditätskriterien zur Abbildung des Schweregrades der Erkrankung berücksichtigt werden.“

Folgende Sätze werden angefügt:

„In den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ist mit Wirkung zum 1. April 2019 ein Zuschlag für die erfolgreiche Vermittlung und Annahme eines Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 aufzunehmen. In den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ist mit Wirkung zum 1. April 2019 ein Zuschlag für die Behandlung in Sprechstunden am Abend und am Samstag aufzunehmen.“

Absatz 2c Satz 1 bis 4 werden wie folgt gefasst:

„Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen der fachärztlichen Versorgung sollen arztgruppenspezifisch und unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen als Grund- und Zusatzpauschalen abgebildet werden; für folgende Leistungen sollen Einzelleistungen vorgesehen werden:

1. Leistungen, bei denen dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist,
2. Leistungen, die nach Absatz 2a Satz 7 telemedizinisch erbracht werden können,
3. Leistungen, die nach Absatz 2a Satz 8 im Wege der Delegation erbracht werden können,
4. Leistungen für die Annahme eines durch einen Hausarzt vermittelten Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 und für die Annahme eines durch die Terminservicestelle vermittelten Behandlungstermins nach § 75 Absatz 1a S. 3 Nummer 3 und
5. Leistungen für die Behandlung in Sprechstunden am Abend und am Samstag.

Mit den Grundpauschalen nach Satz 1 sollen die regelmäßig oder sehr selten und zugleich mit geringem Aufwand von der Arztgruppe in jedem Behandlungsfall erbrachten Leistungen vergütet werden; die Grundpauschalen sind, soweit dies für den Behandlungsanlass und die Arztgruppe medizinisch nicht als sachwidrig anzusehen ist, einerseits nach Patienten, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals oder erstmals nach 4 Jahren diagnostiziert und behandelt werden, sowie andererseits nach Patienten, bei denen eine begonnene Behandlung fortgeführt wird, spätestens mit Wirkung zum 1. Januar 2020 zu differenzieren; dabei können Morbiditätskriterien zur Abbildung des Schweregrads der Erkrankung, falls dieser nicht durch die Zusatzpauschalen nach Satz 3 berücksichtigt wird, berücksichtigt werden. In den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ist mit Wirkung zum 1. April 2019 ein Zuschlag für die Annahme eines Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 und für die Annahme eines durch die Terminservicestelle vermittelten Behandlungstermins nach § 75 Absatz 1a S. 3 Nummer 3 aufzunehmen. In den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ist mit Wirkung zum 1. April 2019 ein Zuschlag für die Behandlung in Sprechstunden am Abend und am Samstag aufzunehmen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 43 Buchstabe c)

§ 87 Abs. 2 Satz 3 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung werden die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband verpflichtet, ein Konzept zur Aktualisierung der Kalkulationsgrundlagen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorzulegen. Auf dieser Grundlage soll der Bewertungsausschuss eine Anpassung des EBM beschließen. Im Schwerpunkt sollen Leistungen mit einem hohen technischen Leistungsanteil unter Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsreserven aufgrund des technischen Fortschritts überprüft und angepasst werden. Diese sind zukünftig verpflichtend so abzubilden, dass ab einem Schwellenwert die Bewertung mit zunehmender Leistungsmenge sinkt. Die freiwerdenden Mittel sind zur Förderung der zuwendungsorientierten ärztlichen Leistungen zu nutzen. Ferner wird die Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamts zu Kosten von Arztpraxen zur verpflichtenden Datengrundlage für die Bewertung ärztlicher Leistungen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt, dass der Gesetzgeber weiterhin die Ziele des Beschlusses des 288. Bewertungsausschusses vom 22. Oktober 2012 teilt.

Die Verpflichtung zur Nutzung der Daten der Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamtes ist sachgerecht. Hierzu wird zunächst angeregt, klarzustellen, dass auch die Heranziehung der Rohdaten der Kostenstrukturstatistik möglich ist.

Darüber hinaus wird angeregt, festzulegen, dass die konkrete Ausgestaltung (insbesondere die Fragebogenerstellung, die Abgrenzung von Arztgruppen etc.) zukünftiger Erhebungen des Statistischen Bundesamtes in enger Abstimmung mit dem BA und Institut des Bewertungsausschusses (InBA) zu erfolgen hat, um die Verwendbarkeit der Daten für die Zwecke des Bewertungsausschusses zu verbessern.

Ferner sollte präzisiert werden, dass der Bewertungsausschuss im Rahmen von § 87 Absatz 3f Satz 1 eigene Sondererhebungen mit Auskunftspflicht (analog der Auskunftspflicht bei der Kostenstrukturstatistik) durchführen und verwenden kann. Dazu ist ein entsprechender Hinweis in § 87 Absatz 3f Satz 1 in Verbindung mit einer Ausweitung der bislang nur für Kran-

kenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen vorgegebenen Auskunftspflicht auf die in die Stichprobe der Erhebung einbezogenen vertragsärztlichen Leistungserbringer notwendig.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 43 Buchstabe c) werden § 87 Abs. 2 Satz 3 bis 5 (neu) wie folgt gefasst:

„Grundlage der Aktualisierung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen bilden grundsätzlich die vom Statistischen Bundesamt nach dem Gesetz über die Kostenstrukturstatistik bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie bei Praxen von psychologischen Psychotherapeuten erhobenen Rohdaten der Kostenstruktur; ergänzend können sachgerechte Stichproben bei vertragsärztlichen Leistungserbringern verwendet werden. Bei der Fragebogengenerstellung des Statistischen Bundesamtes für die Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten ist der Bewertungsausschuss und das Institut nach Absatz 3b zu beteiligen.

Der Bewertungsausschuss hat die nächste Überprüfung gemäß Satz 3 und die anschließende Aktualisierung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen spätestens ~~bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des neunten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats]~~ mit Wirkung zum 01. Januar 2020 mit der Maßgabe durchzuführen, insbesondere die Angemessenheit der Bewertung von Leistungen zu aktualisieren, die einen hohen technischen Leistungsanteil aufweisen.“

In § 87 Abs. 3f Satz 1 wird nach der Angabe „§ 140a Absatz 6“ die Angabe „sowie § 87 Absatz 2 Satz 4“ eingefügt, der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt: „die in die Stichprobe der Erhebung von Daten über die Einnahmen und Aufwendungen gemäß § 87 Absatz 2 Satz 4 einbezogenen vertragsärztlichen Leistungserbringer sind diesbezüglich gegenüber dem Bewertungsausschuss auskunftspflichtig.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 43 Buchstabe d)

§ 87 Abs. 2b Satz 3 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzentwurf sieht für die hausärztliche Versorgung zwei neue Zuschläge vor.

Für Patienten, die in einer Arztpraxis erstmals oder erstmals innerhalb von vier Jahren untersucht und behandelt werden, soll ein einmaliger Zuschlag in Höhe von mindestens 25% auf die Versichertenpauschalen in den EBM aufgenommen werden.

Ein Zuschlag in Höhe von mindestens 5 Euro ist für die erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins nach § 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 durch den Hausarzt oder Kinder- und Jugendmediziner an den Facharzt bei aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungsterminen in den EBM aufzunehmen. Die Regelung greift für Fälle, bei denen eine Terminvereinbarung durch den Patienten selbst oder durch die Terminservicestelle aufgrund medizinischer Besonderheit des Einzelfalls oder Dringlichkeit nicht angemessen oder zumutbar ist. Hierfür ist eine Überweisung erforderlich. Bagatellerkrankungen, Vorsorgeuntersuchungen oder planbare Leistungen sind vom Zuschlag ausgeschlossen.

Die bisherige Regelung, dass die Versichertenpauschalen nach Morbiditätskriterien differenziert werden können, entfällt.

B) Stellungnahme

Eine spezifische Förderung der Betreuung von Neupatienten im EBM zur Förderung der Aufnahme von neuen Patienten in Arztpraxen wird grundsätzlich begrüßt.

Durch Neupatienten entsteht bei einer ausführlichen Patientenanamnese, der Erhebung der Krankheitsgeschichte, dem Beschaffen von Vorbefunden und der Zusammenführung in einer Patientenakte ein ärztlicher Aufwand. Durch eine spezifische Abbildung dieses Aufwandes wird ein Anreiz zur Aufnahme von neuen Patienten geschaffen, die bisher Probleme haben, in einer Arztpraxis aufgenommen zu werden.

Die gewählte Abgrenzung, dass als Neupatienten diejenigen Patienten gelten, die erstmals oder erstmals innerhalb von vier Jahren in der Arztpraxis untersucht und behandelt werden, wird als insgesamt sachgerecht bewertet. In der Gesetzesbegründung sollte jedoch klargestellt werden, dass ungeeignete Behandlungsanlässe (z. B. planbare Leistungen, Früherken-

nungsuntersuchungen) sowohl im hausärztlichen als auch im fachärztlichen Bereich von der finanziellen Förderung von Neupatienten ausgenommen werden.

Für den fachärztlichen Bereich sollten zudem Fachgruppen ausgenommen werden, deren Leistungsspektrum üblicherweise durch Erstkontakte gekennzeichnet ist (z. B. Radiologen). Die im Gesetzentwurf stattdessen vorgenommene Eingrenzung auf Arztgruppen der „grundversorgenden und unmittelbaren Versorgung“ ist derzeit nicht definiert und schließt Fachgruppen mit sehr hohem Anteil an Neupatienten nicht zwingend aus.

Darüber hinaus sollten Ärzte in neu gegründeten oder übernommenen Praxen für einen Zeitraum von 4 Jahren den Zuschlag nicht berechnen dürfen. Andernfalls könnten Anreize entstehen, beispielsweise durch Änderung der Gesellschafts- oder Beteiligungsform einer Praxis Patienten künstlich zu Neupatienten umzudeklarieren.

Die Förderung der Vermittlung von Patienten mit einem dringenden Behandlungsbedarf durch einen Hausarzt oder Kinder- und Jugendmediziner an einen Facharzt wird grundsätzlich begrüßt. Der dringende Behandlungsbedarf sollte aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes so operationalisiert werden, dass Patienten mit einer akuten Erkrankung innerhalb von 24 Stunden fachärztlich versorgt werden. Zur Förderung sowohl der Terminvermittlung durch den Hausarzt oder Kinder- und Jugendmediziner als auch der entsprechenden Terminannahme durch den Facharzt ist durch den Bewertungsausschuss ein finanzieller Anreiz zu schaffen. Dieser sollte gleichermaßen auch für erfolgreich innerhalb von spätestens 24 Stunden durchgeführte Facharzttermine von Akutfällen nach Vermittlung durch die Terminservicestelle gelten (vgl. Ausführungen zu § 87 Abs. 2c SGB V). Versorgungsbereichsübergreifende Praxen sollten von dem Zuschlag ausgenommen werden, sofern eine Überweisung innerhalb der Praxisgemeinschaft erfolgt. Darüber hinaus wird empfohlen, die Berechnungshäufigkeit des Zuschlages je Praxis zu begrenzen, um den objektiven ökonomischen Fehlanreiz zu vermeiden, nach dem auch Patienten ohne dringenden Behandlungsbedarf als solche überwiesen werden.

Die konkrete Ausgestaltung der Leistungen sowie die Definition eines akuten Behandlungsanlasses, der zu einer Terminvermittlung führt, müssen im EBM geregelt werden.

Die konkrete Höhe der Zuschläge wird hier nicht bewertet. Der GKV-Spitzenverband spricht sich gegen jegliche gesetzliche Vorgaben zu konkreten Mindesthöhen für Leistungsbewertungen aus. Diese sollten allein durch den Bewertungsausschuss festgelegt werden.

Die Streichung der Kann-Regelung für die Differenzierung der Versichertenpauschalen nach Morbiditätskriterien wird begrüßt.

Hinsichtlich der Fristsetzung wird auf die Ausführungen in den einleitenden Anmerkungen verwiesen.

Die Mehrausgaben für die extrabudgetäre Zusatzpauschale für Neupatienten gemäß Gesetz-
entwurf werden für den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich zusammen auf jährlich
ca. 310 Mio. Euro geschätzt. Die Vergütung für die Terminvermittlung durch Hausärzte wird
mit Mehrausgaben in Höhe von jährlich ca. 15 Mio. Euro veranschlagt.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 43 Buchstabe d) wird § 87 Abs. 2b Satz 3 wie folgt gefasst:

„Mit Wirkung zum ~~...~~ ~~[einsetzen: Datum des ersten Tages des vierten auf die Verkündung
folgenden Kalendermonats]~~ 01. Januar 2020 sind in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für
ärztliche Leistungen folgende Zuschläge auf die jeweiligen Versichertenpauschalen aufzu-
nehmen:

1. ein einmaliger Zuschlag ~~in Höhe von mindestens 25 Prozent der jeweiligen~~ auf die Versi-
chertenpauschale, für den Fall, dass die Leistungen bei geeigneten Behandlungsanlässen
durch Vertragsärzte in Bestandspraxen gegenüber Patienten erbracht werden, die in der je-
weiligen 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 Be-
handlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 innerhalb von 24 Stunden ~~aufzu-
nehmen.~~“

Streichung des letzten Satzes in Absatz 2b.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 43 Buchstabe e) Doppelbuchstabe aa)

§ 87 Abs. 2c Satz 2 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzentwurf sieht für die fachärztliche Versorgung zwei neue Zuschläge vor.

Für Patienten, die in einer Arztpraxis von grundversorgenden und an der unmittelbaren medizinischen Versorgung teilnehmenden Arztgruppen erstmals oder erstmals innerhalb von vier Jahren untersucht und behandelt werden, soll ein einmaliger Zuschlag in Höhe von mindestens 25% auf die Grundpauschalen in den EBM aufgenommen werden. Ein zweiter Zuschlag für Fachärzte soll drei Monate nach der gesetzlich vorgeschriebenen Anpassung des Bundesmantelvertrags-Ärzte zur verpflichtenden Einführung von mindestens fünf offenen Sprechstunden je Woche für grundversorgende und wohnortnahe Arztgruppen in den EBM aufgenommen werden. Dieser Zuschlag in Höhe von mindestens 15% der Grundpauschale soll für Fälle gelten, die im Rahmen der offenen Sprechstunde behandelt werden. Der Zuschlag ist dabei begrenzt auf diejenigen Fälle, die innerhalb der fünf Pflichtstunden erbracht werden. Bei Behandlungen in offenen Sprechstunden ab der fünften Stunde entfällt der Zuschlag. Für anteilige Versorgungsaufträge gilt jeweils der proportional anteilige Stundenwert als Grenze. Mit Ausnahme von Augen- und Frauenärzten ist für die Berechnungsfähigkeit des Zuschlags eine Überweisung erforderlich. Für die Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung kann der Bewertungsausschuss gemäß Gesetzesbegründung die Angabe der Uhrzeit bei der Abrechnung des Zuschlags für die offene Sprechstunde vorschreiben. Diese Uhrzeitangabe soll zur Plausibilitätsprüfung mit den durch die Fachärzte bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung angegebenen Sprechstundenzeiten für offene Sprechstunden abgeglichen werden. Die bisherige Regelung, dass die Grundpauschalen nach Morbiditätskriterien differenziert werden können, entfällt.

B) Stellungnahme

Für die Stellungnahme zum Zuschlag für Neupatienten wird auf die Kommentierung in den einleitenden Anmerkungen zu den §§ 87 und 87a SGB V sowie auf die Kommentierung zu § 87 Abs. 2b S. 3 SGB V verwiesen.

Hinsichtlich der Konzeption der offenen Sprechstunden spricht sich der GKV-Spitzenverband für eine Anpassung aus. Die vorliegende Konzeption der sogenannten offenen Sprechstunde

ist nur unzureichend geeignet, die Wartezeiten von Patienten mit akutem Behandlungsbedarf zu verkürzen. Akuter Behandlungsbedarf sollte nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes darüber definiert werden, dass Patienten innerhalb von 24 Stunden einer weiterführenden Behandlung bedürfen.

Die sogenannte offene Sprechstunde richtet sich im Gesetzentwurf an jeden Versicherten, mit einer Überweisung. Eine Überweisung stellt jedoch keinen Indikator für die Dringlichkeit der weiteren Behandlung dar. Damit werden die Behandlungskapazitäten in der offenen Sprechstunde zulasten dringender Fälle durch Patienten belegt, für die eine herkömmliche Terminvergabe ausreichend wäre. Entsprechend wird vorgeschlagen, die offene Sprechstunde insbesondere auch für Termine zu öffnen, die als Akutfall gem. obiger Definition über die Terminservicestelle nach § 75 Abs. 1a Satz 3 SGB V vermittelt werden oder von einem Hausarzt an einen Facharzt nach § 73 Abs. 1 Satz 2 Nummer 2 SGB V.

Die gesonderte Abbildung eines Zuschlages für die Behandlung in der offenen Sprechstunde wird vom GKV-Spitzenverband als nicht zielführend und zu komplex bewertet. Wie bereits in der einleitenden Kommentierung zu den §§ 87 und 87a SGB V dargestellt, werden im Gesetzentwurf unterschiedliche Förderungsansätze (extrabudgetäre Zuschläge oder extrabudgetäre Behandlung) für die folgenden Konstellationen abgebildet:

- Behandlung neuer Patienten
- Behandlung in offenen Sprechstunden
- Behandlung nach Vermittlung durch einen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt nach § 73 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 SGB V
- Behandlung nach Vermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Abs. 1a S. 3 Nr. 1 und 3.

Alle Förderungsmaßnahmen decken jedoch letztlich vor allem das Ziel ab, dass Vertragsärzte einen Anreiz haben, neuen Patienten einen Termin anzubieten. Hierfür wird in den Absätzen 2b und 2c von § 87 SGB V jeweils ein Zuschlag für die Behandlung von Neupatienten eingeführt. Der GKV-Spitzenverband geht davon aus, dass neue Patienten bei Fachärzten zukünftig fast ausschließlich in offenen Sprechstunden oder nach Vermittlung durch die Terminservicestelle oder den Hausarzt behandelt werden. Insofern bedarf es keiner zusätzlichen Förderung dieser Tatbestände über einen Zuschlag für Neupatienten hinaus. Die bisher vorgesehene „doppelte“ Förderung der Behandlung neuer Patienten setzt keine zusätzlichen Anreize, neue Patienten zu behandeln und stellt daher keinen optimalen Einsatz der Versichertenbeiträge dar.

Hier wäre es nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes deutlich zielführender, die für die Förderung vorgesehenen Beitragsgelder für echte Versorgungsverbesserungen einzusetzen. Anstelle der vorgesehenen Förderungsmaßnahmen sollte zusätzlich zum Zuschlag für die Behandlung von Neupatienten ein einheitlicher Zuschlag für die weiterführende Behandlung innerhalb von 24 Stunden von Patienten mit akutem Behandlungsbedarf durch einen Facharzt auf Vermittlung durch die Terminservicestelle oder durch einen Hausarzt aufgenommen werden. Diese Behandlung sollte, wie dargestellt, aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes auch innerhalb der offenen Sprechstunde möglich sein. Die konkrete Ausgestaltung des Zuschlags sowie die Definition eines akuten Behandlungsanlasses müssen im EBM geregelt werden. Die Berechnungshäufigkeit des Zuschlages je Praxis ist zu begrenzen, um den ökonomischen Fehlanreiz zu vermeiden, nach dem auch Patienten ohne dringenden Behandlungsbedarf als solche überwiesen werden.

Eine weitere Versorgungsverbesserung wäre ein Zuschlag für die Behandlung im Rahmen von Abend- und Samstagssprechstunden.

Die im Gesetzesentwurf vorgesehene Begrenzung des Zuschlags für offene Sprechstunden auf fünf Stunden wird vom Grundsatz begrüßt. Der vorgesehene Prüfmechanismus wird jedoch als manipulationsanfällig eingeschätzt, da es für Kostenträger keine Möglichkeit gibt, die Uhrzeit der Leistungserbringung auf Stimmigkeit zu überprüfen. Entsprechend besteht ein hoher Anreiz, mehr Fälle als tatsächlich behandelt, Uhrzeiten zuzuordnen, die als offene Sprechstunde ausgewiesen sind.

Die konkrete Höhe der Zuschläge wird hier nicht bewertet. Der GKV-Spitzenverband spricht sich gegen jegliche gesetzliche Vorgaben zu konkreten Mindesthöhen für Leistungsbewertungen aus. Diese sollten allein durch den Bewertungsausschuss festgelegt werden.

Die Streichung der Kann-Regelung für die Differenzierung der Grundpauschalen nach Morbiditätskriterien wird begrüßt.

Hinsichtlich der Fristsetzung wird auf die Ausführungen in den einleitenden Anmerkungen verwiesen.

Die Mehrausgaben für die extrabudgetäre Zusatzpauschale für Neupatienten gemäß Gesetzesentwurf werden für den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich zusammen auf jährlich ca. 310 Mio. Euro geschätzt. Die extrabudgetäre Zusatzpauschale bei offenen Sprechstunden für Fachärzte wird mit 210 Mio. Euro veranschlagt.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 43 Buchstabe e) Doppelbuchstabe aa) wird § 87 Abs. 2c Satz 2 durch folgende Sätze ersetzt:

„Mit den Grundpauschalen nach Satz 1 sollen die regelmäßig oder sehr selten und zugleich mit geringem Aufwand von der Arztgruppe in jedem Behandlungsfall erbrachten Leistungen vergütet werden. Mit Wirkung zum 01. Januar 2020 ist bei geeigneten Arztgruppen für geeignete Behandlungsanlässe durch Fachärzte in Bestandspraxen ein einmaliger Zuschlag auf die jeweiligen Grundpauschalen für den Fall vorzusehen, 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. Mit Wirkung zum 01. Januar 2020 ist ein Zuschlag auf die Grundpauschalen für den Fall vorzusehen, dass ein Patient mit akutem Versorgungsbedarf innerhalb von 24 Stunden aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Abs. 1a Satz 3 Nummer 3 oder innerhalb von 24 Stunden bei 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 behandelt wurde. In den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ist mit Wirkung zum 1. Juli 2019 ein Zuschlag für die Behandlung in Sprechstunden am Abend und am Samstag aufzunehmen.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 122 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 43 Buchstabe e) Doppelbuchstabe bb)

§ 87 Abs. 2d – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachlogische Anpassung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 123 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 43 Buchstabe f)

§ 87 Abs. 2d Satz 1 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen.

B) Stellungnahme

Die Anpassungen sind sachlogisch richtig.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 43 Buchstabe g)

§ 87 Abs. 3b Sätze 3 bis 7 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Möglichkeit der Beauftragung einer Trägerorganisation oder eines Dritten mit den Aufgaben des Instituts des Bewertungsausschusses.

B) Stellungnahme

Die vorstehende Neuregelung ist eine Aktualisierung der Rechtslage. Da das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) inzwischen errichtet und arbeitsfähig ist, zielt die Ermächtigung des Bundesministeriums zur Beauftragung einer Trägerorganisation des Bewertungsausschusses oder einen Dritten nunmehr auf den Fall ab, dass das InBA seine Aufgaben nicht erfüllt oder aufgelöst worden ist.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 43 Buchstabe h)

§ 87 Abs. 3d – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neufassung des Absatzes 3d von § 87 SGB V wird das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, über die Ausstattung des beauftragten Dritten zu entscheiden.

B) Stellungnahme

Diese Regelung ist nicht sachgerecht. Sie ermächtigt das Bundesministerium für Gesundheit, im Namen und auf Rechnung des Beitragszahlers über die Ausstattung gemäß Absatz 3b beauftragter Dritter mit Personal- und Sachmitteln sowie Daten zu entscheiden, ohne dass die Trägerorganisationen und deren Expertise eingebunden werden müssten. Es steigert erfahrungsgemäß nicht die Qualität von Entscheidungen, wenn Entscheidungs- und Finanzierungsverantwortung nicht in den gleichen Händen liegen. Zudem wird damit die Schwelle zur fachlichen Aufsichtsführung überschritten.

Aus der Gesetzesbegründung werden keine Anhaltspunkte ersichtlich, was diese Durchgriffsmöglichkeiten auf fachliche Entscheidungen des Bewertungsausschusses erforderlich machen würde. Eine Erweiterung der aufsichtsrechtlichen Möglichkeiten und eine Entwicklung hin zu einer Fachaufsicht werden abgelehnt.

Sollte der Gesetzgeber dennoch an dieser Regelung festhalten wollen, ist im neuen Satz 4 von Absatz 3d klarzustellen, dass sich die Entscheidung zur Datennutzung ausschließlich auf den beauftragten Dritten und nicht generell um die Datennutzung durch den Bewertungsausschuss bezieht.

C) Änderungsvorschlag

Streichung des Satzes 4 in § 87 Absatz 3d.

Sollte der Gesetzgeber an dieser Regelung festhalten, sollte der Satz 4 von Absatz 3d folgendermaßen ergänzt werden: „Über die Ausstattung des beauftragten Dritten nach Absatz 3b mit den für die Aufgabenwahrnehmung erforderlichen Sach- und Personalmitteln sowie die Nutzung der Daten gemäß Absatz 3f **durch den beauftragten Dritten** entscheidet das Bundesministerium für Gesundheit.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 126 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 43 Buchstabe i)

§ 87 Abs. 4 Satz 2– Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Anpassung eines Verweises aufgrund der Neufassung von § 89 SGB V zum Schiedsamt.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachlogische Folgeänderung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 43 Buchstabe j)

§ 87 Abs. 5a – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung des § 87 Abs. 5a Satz 1 SGB V wird die Verdoppelung der Stimmanteile der Kassenseite im ergänzten Bewertungsausschuss gestrichen. Die neu gefassten Sätze 2 bis 7 regeln die Konfliktlösung im ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss neu. Die vorgesehenen Stimmverhältnisse und Mehrheitsanforderungen entsprechen dabei weitgehend den für das sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a SGB V vorgesehenen Regelungen.

B) Stellungnahme

Es ist sachgerecht, dass der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss als ein in das Verfahren des ergänzten Bewertungsausschusses integrierter sach- und zeitnaher Konfliktlösungsmechanismus beibehalten wird. Abgelehnt wird jedoch die vorgesehene Angleichung der Stimmverteilung und der Mehrheitserfordernisse an die geplanten Regelungen zum sektorenübergreifenden Schiedsgremium nach § 89a SGB V.

Der GKV-Spitzenverband hält im Hinblick auf das sektorenübergreifende Schiedsgremium Änderungen insbesondere im Hinblick auf Besetzung und Stimmverteilung sowie Anforderungen an die Mehrheit für erforderlich. Insoweit wird auf die Stellungnahme zu Art 1. Nr. 48 verwiesen.

Die dort vorgetragenen Einwände gelten in besonderem Maß auch für den ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss. Der ergänzte Bewertungsausschuss ist zuständig für die Vergütung der Zweitmeinung (§ 87 Abs. 2a Satz 9 SGB V), für die Vergütung im Notfall und Notdienst (§ 87 Absatz 2a Satz 23 und 24 SGB V) sowie für die Vergütung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (§ 116b Abs. 6 Satz 2 SGB V). Seine Entscheidungen sind damit unmittelbar vergütungsrelevant. Bei vergütungsrelevanten Regelungen haben die Ärzte- und die Krankenseite jedoch regelmäßig ein gleichgerichtetes Interesse an einer möglichst hohen Vergütung. Problematisch ist daher, dass die Kostenträgerseite sich nach dem Entwurf im Rahmen des regulären Verfahrens des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses selbst dann nicht gegen die Leistungserbringerseite durchsetzen kann, wenn sie beide unparteiische Mitglieder von ihrer Position überzeugt hat.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Zweidrittelmehrheit birgt zudem die erhebliche Gefahr, dass sich im ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss keine ausreichende Mehrheit findet. Selbst für den Fall, dass eine Partei beide unparteiischen Mitglieder von ihrer Position überzeugt, wird die erforderliche Mehrheit verfehlt. Bei Unerreichbarkeit einer Zweidrittelmehrheit sieht der Entwurf zur Vermeidung einer „Sackgassensituation“ eine Entscheidung allein durch die beiden unparteiischen Mitglieder vor.

Vor dem Hintergrund, dass das vorrangige Ziel des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses die Herbeiführung einer Beschlussfassung ist, ist eine Zweidrittelmehrheit weder erforderlich noch sachgerecht. Denn sie ist eher dazu geeignet, zeitnahe Entscheidungen zu verhindern statt sie zu ermöglichen.

Dies spricht dafür, die bisherigen Regelungen zum ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss beizubehalten. Um zukünftig verhindern zu können, dass eine Entscheidung gegen eine Partei auch ohne die Stimmen der Unparteiischen zustande kommen kann, wird – anstelle einer Übernahme der geplanten Regelungen zum sektorenübergreifenden Schiedsgremium – eine Verdopplung der Stimmen der fünf unparteiischen Mitglieder im (ergänzten) erweiterten Bewertungsausschuss vorgeschlagen.

Damit ergäbe sich folgende Stimmenverteilung: 3 Stimmen der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bestellten 3 Vertreter, 6 Stimmen der vom GKV-Spitzenverband bestellten 6 Vertreter, 3 Stimmen der von der Deutschen Krankenhausgesellschaft bestellten 3 Vertreter sowie insgesamt 10 Stimmen der 5 unparteiischen Mitglieder. Die Entscheidungen würden wie bisher mit einfacher Mehrheit getroffen; bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. Bei insgesamt 22 Stimmen werden für eine einfache Mehrheit damit 12 Stimmen benötigt. Ohne die Stimmen der Unparteiischen wäre damit weder die Seite der Krankenkassen alleine, noch zusammen mit den Stimmen entweder der Ärzte oder der Krankenhäuser in der Lage, einen Mehrheitsbeschluss herbeizuführen. Dies gilt gleichermaßen für einen gemeinsamen Beschlussantrag der Leistungserbringer. Auch die Unparteiischen insgesamt hätten allein keine Stimmenmehrheit und bedürften der Unterstützung mindestens einer beteiligten Organisation.

Ergänzend könnte eine Regelung vorgesehen werden, wonach auf Verlangen einer beteiligten Organisation für den ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss eine andere Person als im erweiterten Bewertungsausschuss zum unparteiischen Vorsitzenden durch Einigung oder Losverfahren bestimmt wird.

C) Änderungsvorschlag

Art. 1 Nr. 43 Buchstabe j wird wie folgt geändert:

Absatz 5a wird wie folgt gefasst:

„Bei Beschlüssen zur Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes zur Vergütung der Leistungen der spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b sind der Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen nach Absatz 3 sowie der erweiterte Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen nach Absatz 4 jeweils um drei Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft und jeweils um drei weitere Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu ergänzen. Für den erweiterten Bewertungsausschuss nach Satz 1 ist darüber hinaus jeweils ein weiteres unparteiisches Mitglied von der Deutschen Krankenhausgesellschaft und vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu benennen. Bei der Beschlussfassung des erweiterten Bewertungsausschusses nach Satz 1 werden die Stimmen der unparteiischen Mitglieder doppelt gewichtet. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des unparteiischen Vorsitzenden den Ausschlag.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 43 Buchstabe k) Doppelbuchstabe aa)

§ 87 Abs. 6 Satz 6 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht kann das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) das Institut des Bewertungsausschuss (InBA) im Falle von nicht zustande gekommenen Beschlüssen des Bewertungsausschusses mit Datenerhebungen und Sachverständigengutachten beauftragen, um Ersatzvornahmen des BMG vorzubereiten. Mit der vorgesehenen Neuregelung schafft sich das BMG zusätzlich zum bisherigen Recht die Möglichkeit, das InBA hiermit schon zu beauftragen, wenn gesetzte Fristen noch nicht abgelaufen sind, vorausgesetzt die Bewertungsausschüsse bereiten die Beschlussfassungen nicht oder nicht in einem angemessenen Umfang vor.

B) Stellungnahme

Der GKV–Spitzenverband lehnt die erweiterten Zugriffsrechte auf das Institut des Bewertungsausschusses ab. Für das Bundesministerium für Gesundheit besteht in der Regel keine ausreichend objektive Bewertungsmöglichkeit, festzustellen, ob die Bewertungsausschüsse die Beschlussfassungen nicht oder nicht in einem angemessenen Umfang vorbereiten. Eine Konkretisierung von entsprechenden Anhaltspunkten legt das Gesetz nicht vor. Insofern ist das Zugriffsrecht bei „nicht im angemessenen Umfang“ vorbereiteten Beschlussfassungen völlig unbestimmt.

Ferner bindet die Neuregelung personelle Kapazitäten beim InBA, die dann dem Bewertungsausschuss bzw. dem ergänzten Bewertungsausschuss nicht zur Verfügung stehen und somit einer fristgerechten Beschlussfassung durch die Bewertungsausschüsse sogar entgegenstehen.

Insofern wird ein erweitertes Zugriffsrecht vollumfänglich abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Nr. 40 Buchstabe m) aa) wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 43 Buchstabe k) Doppelbuchstabe bb)

§ 87 Abs. 6 Satz 9 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung aufgrund der Einfügung eines Satzes unter Nr. 43 Buchstabe k) aa).

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Anpassung ist sachlogisch richtig.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 43 Buchstabe k) bb) kann aufgrund der vorgeschlagenen Streichung unter Nr. 43 Buchstabe k) aa) analog gestrichen werden.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 44 Buchstabe a)

§ 87a Abs. 3 Satz 5 – Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung verpflichtet die gesetzlichen Krankenkassen, die mit folgenden Nummern 2 bis 6 neu eingeführten Leistungen mit Preisen der Euro-Gebührenordnung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu vergüten:

1. Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses,
2. Zuschläge nach § 87 Absatz 2b Satz 3 sowie Absatz 2c Satz 3 und 4,
3. Leistungen im Behandlungsfall, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservice-stelle nach § 75 Abs. 1a Satz 3 Nummer 1 und 3 erbracht werden, sofern es sich nicht um Fälle nach § 75 Absatz 1a Satz 8 handelt.
4. Leistungen im Behandlungsfall bei 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.

Die Möglichkeit, darüber hinaus weitere förderungswürdige Leistungen mit Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten, bleibt bestehen.

B) Stellungnahme

Hinsichtlich der grundsätzlichen Position zu der Zuschlagssystematik im Rahmen der Förderung der Behandlung von Neupatienten und der Vermittlung der fachärztlichen Weiterbehandlung, den offenen Sprechstunden und der Vermittlung durch die Terminservicestelle wird auf die einleitenden Anmerkungen zu den Nummern 43 ff. sowie auf die Ausführungen unter 43 c) und d) verwiesen.

Grundsätzlich wird begrüßt, dass der Terminstellenservice deutlich ausgebaut, die Terminvermittlung und -vergabe für gesetzlich Versicherte verbessert und offene Sprechzeiten verpflichtend eingeführt werden sollen.

Die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung gehört jedoch zu den Kernaufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen. Nach § 75 Abs. 1a Satz 1 SGB V umfasst der Si-

cherstellungsauftrag auch eine angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung.

Gleichwohl wird anerkannt, dass die vertragsärztliche Terminvergabe und -vermittlung teilweise nicht richtig funktioniert. Der GKV-Spitzenverband geht davon aus, dass für eine Verbesserung des Zugangs zur ambulanten Versorgung zielgenaue Anreize gesetzt werden müssen, um sicherzustellen, dass für genau diejenigen Patientengruppen die Wartezeiten verkürzt werden, die es aus heutiger Sicht erfordern. Hierzu sind die vorgesehenen Zuschläge für die Behandlung von Neupatienten und die Vermittlung einer zeitnahen fachärztlichen Weiterbehandlung durch den Hausarzt geeignet.

Die in dem vorliegenden Vorschlag zur Änderung des §87a Abs. 3 Satz 5 SGB V sieht nicht nur die extrabudgetäre Finanzierung dieser Zuschläge vor. Zudem sollen alle Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanziert werden, die im Behandlungsfall nach Vermittlung durch eine Terminservicestelle oder eines Hausarztes erbracht werden. Diese weitreichende, in ihren finanziellen Auswirkungen nicht zu unterschätzende Ausbudgetierung von vertragsärztlichen Leistungen, wird vom GKV-Spitzenverband sowohl aus wirtschaftlichen als auch aus anreiz- und ordnungspolitischen Gründen abgelehnt.

Zuvörderst stellt es aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes für die Zukunft das Signal an die Kassenärztlichen Vereinigungen dar, dass die Nichterfüllung des Sicherstellungsauftrages zu höheren Vergütungen führt.

Es ist ferner nicht erkennbar, inwieweit die sich aus dem vorliegenden Gesetzentwurf ergebende Honorarsteigerung zu einer Verbesserung der Versorgung gesetzlich Versicherter führen soll. Im Gegenteil ist zu erwarten, dass sich durch Leistungsausweitungen die Wartezeiten für GKV-Versicherte weiter verlängern werden. Die Mengensteuerung hat zum Ziel, die Erbringung medizinisch nicht begründeter Leistungen zu vermeiden. Durch die extrabudgetäre Vergütung sämtlicher Leistungen in einem Behandlungsfall wie es die Nummern 3. und 4. in §87a Abs. 3 Satz 5 SGB V wird hingegen der Anreiz gesetzt, innerhalb des verbleibenden Quartals möglichst viele Leistungen an einem Patienten zu erbringen, unabhängig von dem ursprünglichen Anlass der Vorstellung und der Dringlichkeit der Behandlung. Der Wegfall des durch die Mengensteuerung induzierten Anreizes zur Leistungsvermeidung führt zu einer Verknappung der zur Verfügung stehenden Behandlungskapazitäten und damit zu längeren Wartezeiten.

Selbst bei Annahme einer Anreizwirkung zugunsten der Bereitstellung zusätzlicher Sprechstundenkapazitäten würden die unterschiedlichen Honorarverteilungsregelungen der Kassenärztlichen Vereinigungen regional eigene Steuerungswirkungen entfalten, die dem vom

Gesetzgeber möglicherweise intendierten Anreiz zur Leistungserbringung durch die Entbudgetierung zuwiderlaufen können.

So wird es komplett unterschiedliche Anreize für Ärztinnen und Ärzte je nach ärztlicher Fachgruppe, nach Kassenärztlicher Vereinigung und nach ggf. derzeit bestehender Abstaffelung geben, mehr oder ggf. auch weniger Leistungen zu erbringen. Eine klare, vorhersehbare Anreizwirkung, die auf die Versorgung steuernd einwirkt, wäre allein schon aus diesen Gründen nicht gegeben.

Die Notwendigkeit der Mengensteuerung zeigt sich auch an den Steigerungsraten in der EGV, die im Durchschnitt bei 5,9 % pro Jahr (jahresdurchschnittliche Steigerungsrate zwischen 2015 und 2017) lag und damit weit über dem Wachstum der Grundlohnrate und der gemessenen Morbiditätsveränderungen aufgrund des demografischen Wandels liegen.

Eine extrabudgetäre Förderung der der Grund- und Versichertenpauschalen, die im Rahmen der offenen Sprechstunde abgerechnet werden, ist zudem nicht geboten, da Vertragsärzte bereits heute durchschnittlich weit mehr als 25 Sprechstunden je Woche anbieten und die Erhöhung des Mindestsprechstundenangebotes somit nicht zu längeren Arbeitszeiten der Vertragsärzte führen wird. Lediglich die Ärzte, die bisher für GKV-Versicherte weniger als 25 Sprechstunden je Woche angeboten haben, werden verpflichtet ihr Sprechstundenangebot umzustrukturieren.

Sollte der Gesetzgeber jedoch an seinem Regelungsvorschlag festhalten, muss auf die erheblichen Umsetzungsprobleme dieser Regelungen hingewiesen werden:

1. Bislang kann in der Regel jede Leistung eindeutig der MGV oder der EGV zugeordnet werden. Insbesondere mit den in § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 3 und 4 (neu) genannten Leistungen wären zukünftig potenziell sämtliche damit verbundenen Gebührenordnungspositionen sowohl in der MGV als auch in der EGV abrechenbar. Damit würde es zu erheblichen Folgeänderungen bei der Abrechnungserstellung, Abrechnungsprüfung und Honorarverteilung mit entsprechend hohem bürokratischem Mehraufwand kommen. Zudem würden auch die zwingend erforderlichen Verfahren zur Bereinigung z. B. aufgrund von Selektivverträgen oder aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung sowie zur Bestimmung der MGV-relevanten Veränderung der Morbiditätsstruktur zu weiterem bürokratischem Mehraufwand führen.

2. Nach derzeitigem Stand würde die Neuregelung in § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 2 SGB V dazu führen, dass potenziell alle in einem durch die Terminservicestelle oder durch einen Hausarzt vermittelten Behandlungsfall erbrachten Leistungen einer Arztpraxis (also auch von Gemeinschaftspraxen), außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet würden. Dies stellt einen erheblichen Anreiz zur Mengenausweitung unabhängig von dem ursprünglichen Anlass der Terminvermittlung dar. Da die Behandlung einer Krankheit, aufgrund der die Terminvermittlung notwendig war, allermeistens nur durch einen Arzt durchgeführt wird, sollten, wenn überhaupt, nur die Leistungen im Arztfall außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden. Die Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung einer erfolgreichen Vermittlung eines dringend erforderlichen Behandlungstermins durch die Terminservicestelle wäre jedoch derzeit nicht möglich, da die Diagnosen bislang je Behandlungsfall, d.h. je Arztpraxis und nicht je Arzt übermittelt werden.

Die Ergänzungen in § 295 Abs. 1 Nr. 3 SGB V sowie in § 295 Abs. 2 Satz 1 Nummer 2 SGB V „die Arztnummer des Arztes, bei dem der Termin vermittelt wurde“ sind nur sinnvoll, wenn ein Bezug zu einem Arztfall vorhanden wäre; die Einführung eines Arztfalles in der Abrechnung wäre daher zur Umsetzung der vorgesehenen Regelungen zwingend erforderlich.

Der GKV-Spitzenverband geht davon aus, dass die vorgesehene neue Vergütungs- und Leistungsstruktur in § 87 deutlich 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. Die Neufassung des § 87a Absatz 3 wird daher in dieser Form abgelehnt und stattdessen auf die vorgeschlagenen Maßnahmen (vgl. Einleitende Anmerkungen zu Nrn. 40 Buchstabe b) bis 41 Buchstabe a)) des GKV-Spitzenverbandes verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Wird an der Neuregelung des § 87a Absatz 3 trotz der benannten Mängel festgehalten, sollten zumindest folgende Änderungen vorgenommen werden:

Änderung in § 87a Absatz 3:

In § 295 Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „Behandlungsfall“ durch „Arztfall“ ersetzt. (s. Stellungnahme zu Nummer 99 Buchstabe c).

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 44 Buchstabe a)

§ 87a Abs. 3 Satz 7 und 8 (Bereinigung der MGV aufgrund extrabudgetärer Vergütung der durch Terminservicestellen sowie Hausärzte vermittelten Behandlungsfälle)

A) Beabsichtigte Neuregelung

In den Sätzen 7 und 8 der Neufassung des § 87a Absatz 3 werden die regionalen Vertragspartner verpflichtet, in den Vereinbarungen nach § 87a Absatz 3 Satz 1 die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung um die extrabudgetär vergüteten Leistungen nach § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 3 und 4 unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des Vorjahresquartals, begrenzt auf ein Jahr ab Inkrafttreten der Vergütungsregelungen zu bereinigen.

B) Stellungnahme

Zunächst ist zu begrüßen, dass eine explizite Bereinigungsregelung in den Gesetzentwurf aufgenommen worden ist. Die Begrenzung der Bereinigung der MGV auf das erste Jahr des Inkrafttretens ist allerdings problematisch, weil dies zu einer Unterbereinigung der MGV führt.

Gerade unmittelbar nach Inkrafttreten von neuen Vergütungs- und Verfahrensregelungen entwickelt sich die damit verbundene Leistungserbringung erst langsam und ist naturgemäß zunächst weit von einem „Sättigungsgrad“ entfernt. Dies ist bspw. auch bei Einführung von neuen Leistungen so. Dabei ist i.d.R. von einem Anwachsen des Leistungsbedarfs für einen Zeitraum von mehreren Jahren auszugehen. Die Ärzte und Kassenärztlichen Vereinigungen werden sich auf die neuen Regelungen und damit zusammenhängend ggf. auch neue Verfahren vorbereiten müssen. Dies gilt bspw. für die durch das TSVG erforderliche Neuaufstellung der Terminservice-Stellen (TSS), die nun ganztägig erreichbar sein müssen und auch fachlich erweiterte Aufgaben übernehmen müssen, bspw. die Unterstützung des Versicherten bei der Suche nach einem Hausarzt oder die Anwendung eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens. Insbesondere der letztere Punkt wird auch die Einstellung von neuem Personal erfordern. Weiterhin soll ein digitales Angebot zur Vermittlung von Behandlungsterminen sowie von Akutfällen aufgebaut werden. Außerdem ist davon auszugehen, dass durch die Einführung einer bundesweiten einheitlichen Rufnummer der Bekanntheitsgrad in der Bevölkerung sukzessive ansteigen wird und auch hierdurch die Anzahl der Vermittlungen ansteigen wird.

Erst nach einigen Jahren wird die Anzahl der über die TSS vermittelten Behandlungsfälle daher einen Sättigungsgrad erreicht haben. Dies gilt auch für Fälle nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2.

Eine nur einmalige Bereinigung zu Beginn des Inkrafttretens einer extrabudgetären Vergütung würde bedeuten, dass ein erheblicher Teil der extrabudgetär erbrachten Leistungen – dies kann durchaus der überwiegende Teil der perspektivisch relevanten Leistungsmenge gemäß § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 3 und 4 sein – nicht aus der MGV bereinigt wird. Die Folge wäre eine unsachgerechte dauerhafte Doppelfinanzierung dieser Leistungen. Die durch das TSVG bewirkten Mehrbelastungen für die Krankenkassen und die Versicherten wären erheblich höher als derzeit von der Bundesregierung geschätzt. So ist allein für die Leistungen nach § 87a Absatz 3 Nummer 4 von einer Unterbereinigung der MGV in Höhe von basiswirksam ca. 170 Mio. Euro auszugehen. Es ist daher dringend erforderlich, die Bereinigung kontinuierlich durchzuführen bzw. frühestens nach fünf Jahren zu beenden.

Bei der Bereinigung der MGV sind die arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des Vorjahresquartals zu berücksichtigen. Diese sind den Krankenkassen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen unter Berücksichtigung der vom Bewertungsausschuss nach Absatz 5 Satz 7 zu beschließenden Vorgaben nachzuweisen. Es wird vorgeschlagen, die nach Absatz 5 Satz 7 zu beschließenden Vorgaben dazu näher zu spezifizieren. Die Auszahlungsquoten können zudem von den Kassenärztlichen Vereinigungen autonom beeinflusst werden. Zur Vermeidung von Anreizen zur Minimierung von Bereinigungsbeträgen sollten die arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten daher auf die jeweiligen Vorjahresquartale der ab Inkrafttreten der neuen Vergütungsregelungen ersten vier Quartale eingefroren werden.

C) Änderungsvorschlag

In § 87a Absatz 3 werden die Sätze 7 und 8 folgendermaßen gefasst:

„Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragspartner haben die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in den Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 1 um die in Satz 5 Nummer 3 und 4 genannten Leistungen unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals der ab Inkrafttreten der neuen Vergütungsregelungen ersten vier Quartale, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen sind, zu bereinigen. Dabei haben sie die vom Bewertungsausschuss zu beschließenden Vorgaben nach Absatz 5 Satz 7 zu berücksichtigen, in denen auch Vorgaben für den Nachweis der bei der Bereinigung zu berücksichtigenden arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten festzulegen sind und in denen die Dauer der Bereinigung auf mindestens 5 Jahre begrenzt werden kann.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 44 Buchstabe b)

§ 87a Abs. 4 Satz 5 – Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das bisherige Verfahren zur Ermittlung der Veränderung der Morbiditätsstruktur wird mit der Einführung verbindlicher Regelungen gemäß § 295 Absatz 4 zur Vergabe und Übermittlung von Diagnoseschlüsseln dahingehend angepasst, dass die Veränderung der Morbiditätsstruktur ab dem Jahr 2028 allein auf der Grundlage der diagnosebezogenen Veränderungsdaten vereinbart wird.

B) Stellungnahme

Zwar wird allgemein davon ausgegangen, dass mit der Einführung verbindlicher Regelungen zur Vergabe und Übermittlung von Diagnoseschlüsseln mit Wirkung ab dem Jahr 2022 gemäß der Neuregelung von § 295 Absatz 4 eine Verbesserung der Qualität der ärztlich kodierten Diagnosen herbeigeführt wird. Es ist jedoch derzeit noch nicht absehbar, ob und in welchem Umfang sich diese hierdurch tatsächlich verbessert. Somit ist nicht sichergestellt, dass bei einer Ermittlung der Veränderung der Morbiditätsstruktur einzig auf der Grundlage der Behandlungsdiagnosen ausschließlich die tatsächliche Morbiditätsstrukturveränderung vergütet wird und nicht auch Veränderungen der Abbildung der vorliegenden Morbidität durch die kodierten Diagnosen. Dazu kann es allein schon durch die jährliche Aktualisierung der verbindlichen Kodierregelungen kommen. Wenn ab dem Jahr 2028 regional keine Gewichtung der diagnosebezogenen Veränderungsrate mit der demografischen Veränderungsrate mehr vorgenommen werden soll, muss der Bewertungsausschuss zwingend dauerhaft etwaige Kodiereffekte ermitteln und bei der Feststellung der diagnosebezogenen Veränderungsrate kompensieren (vgl. Ausführungen zu Art 1 Nr. 44 c) cc)).

C) Änderungsvorschlag

keine

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 139 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 44 Buchstabe c) Doppelbuchstabe aa)

§ 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 – Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Buchstabe a).

B) Stellungnahme

Siehe Stellungnahme zu Nr. 41 Buchstabe a).

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 140 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 44 Buchstabe c) Doppelbuchstabe bb)

**§ 87a Abs. 5 Satz 7 – Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung,
Behandlungsbedarf der Versicherten**

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Buchstabe a).

B) Stellungnahme

Siehe Stellungnahme zu Nr. 41 Buchstabe a).

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 44 Buchstabe c) Doppelbuchstabe cc)

§ 87a Abs. 5 Satz 11 und 12 – Regelungen zur Bereinigung von Kodiereffekten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Neben den redaktionellen Verweisänderungen in den Doppelbuchstaben aa) und bb) wird in Doppelbuchstabe cc) der Bewertungsausschuss beauftragt, die durch die Einführung verbindlicher Regelungen zur Vergabe und Übermittlung von Diagnoseschlüsseln ab dem Jahr 2022 entstehenden Kodiereffekte bei der Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten zu bereinigen und dazu ein entsprechendes Verfahren zu beschließen. Diese Bereinigung soll der Bewertungsausschuss jedoch nur in den Jahren 2024 bis 2026 vornehmen, in denen die Daten des Jahres 2022 bei der Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten Verwendung finden.

B) Stellungnahme

Der Auftrag an den Bewertungsausschuss, auftretende Kodiereffekte bei der Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten zu bereinigen, wird ausdrücklich begrüßt. Dieser Auftrag muss jedoch weiter gefasst und darf zeitlich nicht beschränkt werden.

Aufgrund der in der Neuregelung von § 295 Absatz 4 vorgesehenen jährlichen Aktualisierung der verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung von Diagnoseschlüsseln wird es kontinuierlich zu Veränderungen der Abbildung der vorliegenden Morbidität durch die kodierten Diagnosen kommen. Völlig offen ist zudem derzeit der Einfluss der ebenfalls im nächsten Jahrzehnt zu erwartenden Umstellungseffekte aufgrund der Einführung der ICD-Version 11. Darüber hinaus gibt es – wie bereits heute – weitere Gründe für Veränderungen der Diagnosekodierung, die nicht mit einer Veränderung der behandelten Morbidität einhergehen, zum Beispiel durch Anpassungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab hinsichtlich der Präzisierung von Abrechnungsvoraussetzungen zur Behandlung konkreter Erkrankungsbilder.

Auch vor dem Jahr 2022 gibt es offensichtliche Kodierveränderungen, die sich z. B. in außergewöhnlich starken Veränderungen der Prävalenz bestimmter Diagnosen in kurzen Zeitspannen oder großen Abweichungen von der aufgrund der demografischen Entwicklung zu erwartenden Morbiditätsstrukturveränderung bzw. von der tatsächlichen Veränderung der Menge abgerechneter Leistungen zeigen. Diese sollten bereits jetzt bei der Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten kompensiert werden, um die Veränderung der Morbiditätsstruktur besser abzubilden.

C) Änderungsvorschlag

An § 87a Absatz 5 werden folgende Sätze 11 und 12 angefügt:

„Die durch das Institut des Bewertungsausschusses nach Satz 3 insbesondere auf der Grundlage von Behandlungsdiagnosen zu errechnenden Veränderungsdaten sind um Kodiereffekte zu bereinigen, die insbesondere durch die Einführung und jährliche Aktualisierung der verbindlichen Regelungen nach § 295 Absatz 4 Satz 3 zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach § 295 Absatz 1 Satz 5 ausgelöst werden können. Hierzu hat der Bewertungsausschuss ein entsprechendes Verfahren zu beschließen.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 143 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 45

§ 87b Abs. 4 Satz 1 – Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung eines Verweises.

B) Stellungnahme

Mit der Verweisänderung wird nun sachgerecht auf § 87b Absatz 2 Satz 3 statt zuvor auf Satz 2 verwiesen, der besonders förderungswürdige Praxisnetze benennt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 46

§ 87d – Vergütung vertragsärztlicher Leistungen im Jahr 2012

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen zum § 87d werden ersatzlos gestrichen. Sie beinhaltet Regelungen zur Vergütung von vertragsärztlichen Leistungen, die ausschließlich das Jahr 2012 betreffen.

B) Stellungnahme

Die Streichung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 47

§ 87e – Zahlungsanspruch bei Mehrkosten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch Aufnahme des § 29 Abs. 5 in das SGB V können zukünftig auch in der kieferorthopädischen Versorgung Mehrleistungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte abgerechnet werden. Aus diesem Grund wird § 87e Satz 1 entsprechend ergänzt.

B) Stellungnahme

Nach § 87e ist Abrechnungsgrundlage für die Mehrkosten nach § 28 Abs. 2 Satz 2 und jetzt neu nach § 29 Abs. 5 SGB V sowie nach § 55 Abs. 4 die Gebührenordnung für Zahnärzte. Der Zahlungsanspruch des Vertragszahnarztes gegenüber dem Versicherten für Mehrleistungen nach § 29 Abs. 5 sowie nach § 55 Abs. 4 ist nach § 87e Satz 2 auf das 2,3fache des Gebührensatzes begrenzt. Nach § 87e Satz 3 ist bei Mehrkosten für lichthärtende Composite-Füllungen im Seitenzahnbereich nach § 28 Abs. 2 Satz 2 höchstens das 3,5fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte berechnungsfähig. Die Steigerungssätze beziehen sich noch auf die Bewertungen in der bis zum 31.12.2011 geltenden GOZ. In der ab dem 01.01.2012 geltenden GOZ wurden die Punktzahlen für Kronen und Brücken sowie für adhäsiv befestigte Composite-Füllungen jedoch deutlich erhöht, sodass die derzeit für Mehrleistungen nach § 55 Abs. 4 SGB V sowie für Leistungen nach § 87e Satz 2 SGB V vorgesehenen Begrenzungen zu gegenüber dem BEMA deutlich erhöhten Honoraren führen. Aus diesem Grund sind die Gebührensätze entsprechend auf das 1,7 fache bzw. bei Composite-Füllungen auf das 2,3 fache zu begrenzen. Durch die Sätze 4 und 5 des § 87e SGB V werden die zuvor genannten Begrenzungen des Gebührensatzes wieder aufgehoben, sodass die Sätze 2 und 3 keine Wirkung entfalten. Dies hat zur Folge, dass die Vereinbarung höherer Gebührensätze als der in § 87e Satz 2 und 3 genannten Steigerungssätze möglich ist. Wenn man schon daran festhalten möchte, dass mehrkostenfähige Leistungen nach der GOZ abgerechnet werden können, ist zum Schutz der Versicherten vor finanzieller Überforderung eine dauerhafte und auf das 1,7 fache bzw. bei Composite-Füllungen auf das 2,3 fache Begrenzung der Gebührensätze in das SGB V aufzunehmen und die Sätze 4 und 5 ersatzlos zu streichen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 47 wird wie folgt gefasst:

„In § 87e Satz 1 wird nach der Angabe „§ 28 Absatz 2 Satz 2“ die Angabe „, § 29 Absatz 5“ eingefügt. § 87e Sätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst: „Der Zahlungsanspruch des Vertragszahnarztes gegenüber dem Versicherten ist bei den für diese Mehrkosten zugrunde liegenden Leistungen auf das 1,7fache des Gebührensatzes der GOZ begrenzt. Bei Mehrkosten für lichthärtende Composite Füllungen in Schicht- und Ätztechnik im Seitenzahnbereich nach § 28 Absatz 2 Satz 2 ist höchstens das 2,3fache des Gebührensatzes berechnungsfähig. Die Sätze 4 und 5 werden gestrichen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 48

§ 89 – Schiedswesen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift des § 89 SGB V zu den Schiedsämtern im vertrags(zahn)ärztlichen Bereich soll im Interesse einer übersichtlichen und möglichst einheitlichen Regelungssystematik im Zuge der Einrichtung des neuen sektorenübergreifenden Schiedsgremiums nach § 89a SGB V neu strukturiert werden. Hinsichtlich der Bestimmung der unparteiischen Mitglieder für den Fall der Nichteinigung zwischen den beteiligten Organisationen ist eine Abkehr vom bisher praktizierten Losverfahren zugunsten einer Bestimmung durch die jeweilige Aufsichtsbehörde vorgesehen.

B) Stellungnahme

Das mit der Änderung verfolgte Ziel, eine weitgehende Parallelität von § 89 SGB V zur neu geschaffenen Regelung des § 89a SGB V herzustellen, wird befürwortet. Durch die vorgesehenen Änderungen wird insbesondere die Übersichtlichkeit der Norm verbessert. Gegenüber dem Gesetzentwurf werden jedoch folgende Änderungen vorgeschlagen:

1. Bestimmung der Vertreter

Für den Fall, dass eine Bestellung der Vertreter und Stellvertreter durch die entsendenden Organisationen nicht zustande kommt, soll nach Absatz 5 Satz 7 eine Bestellung durch die Aufsichtsbehörde erfolgen. Hier sollte deutlich gemacht werden, dass die Bestellung durch die zuständige Aufsichtsbehörde nur ergänzend erfolgt, soweit eine Bestellung durch die Organisationen nicht zustande gekommen ist.

2. Bestimmung der unparteiischen Mitglieder

Für den Fall der Nichteinigung der Parteien über die unparteiischen Mitglieder sehen sowohl § 89 als auch § 89a SGB V eine Bestimmung durch die zuständige Aufsichtsbehörde vor. Diese wird aus denselben Erwägungen wie bei § 89a SGB V auch hier abgelehnt. Insoweit wird ergänzend auf die Stellungnahme zu § 89a SGB V verwiesen.

Stattdessen ist das bereits bisher in § 89 SGB V vorgesehene Losverfahren beizubehalten, allerdings in modifizierter und vereinfachter Form. Ein solches Losverfahren belässt den Parteien entsprechend dem Grundgedanken der gemeinsamen Selbstverwaltung auch für den Fall der Nichteinigung die Einflussnahme auf die Bestimmung der unparteiischen Mitglieder durch

die Benennung von Kandidaten für die nicht besetzten Ämter. Ein solches Vorgehen für den Fall der Nichteinigung stellt das mildere Mittel im Vergleich zur Bestimmung durch die Aufsichtsbehörde dar. Hinzu kommt, dass die Akzeptanz der von der Aufsichtsbehörde bestimmten Unparteiischen nicht notwendigerweise größer sein wird als die von gelosten Unparteiischen.

Die Amtszeit von gelosten Unparteiischen sollte – wie bisher – auf ein Jahr begrenzt sein. Weiterhin ist vorzusehen, dass ein geloster unparteiischer Vorsitzender oder geloste unparteiische Mitglieder in der unmittelbar folgenden Amtsperiode nicht erneut aufgrund eines Losverfahrens Mitglied des Schiedsamtes sein können. Dies dient ebenfalls der Erhöhung der Akzeptanz. Nicht ausgeschlossen ist dagegen, dass ein zunächst geloster Unparteiischer für die unmittelbar folgende Amtszeit einvernehmlich von den Vertragsparteien benannt wird. Auf diese Weise kann ein Unparteiischer, der aufgrund seiner Amtsführung von allen Seiten akzeptiert wird, sein Amt fortführen. Es ist zu erwarten, dass die Einigungsbereitschaft der Vertragsparteien durch die Kombination einer kurzen Amtszeit mit einem Ausschluss bereits per Los bestellter Unparteiischer gefördert wird.

3. Teilnahme der Aufsichtsbehörde an den Sitzungen

Nach § 89 Abs. 10 Satz 5 SGB V soll die Aufsicht auch das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen der Schiedsämtler umfassen. In diesem Zusammenhang sollte ausdrücklich klargestellt werden, dass das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen sich nicht auch auf die Teilnahme an den Beratungen und bei der Beschlussfassung des Schiedsamtes erstreckt, weil die Anwesenheit von Vertretern der Aufsichtsbehörde bei der Beratung und Beschlussfassung die offene Meinungsäußerung und Kompromissfindung behindern kann. Für die Schiedsstellen ist dies ausdrücklich in § 8 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 Satz 1 der Schiedsstellenverordnung vorgesehen. Eine vergleichbare Regelung ist in § 18 der Schiedsamtsverordnung aufzunehmen.

Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf die Stellungnahme zu Art. 6 Nr. 21 verwiesen.

4. Fristsetzung und Alleinentscheidung der Unparteiischen

Absatz 9 bestimmt, dass die zuständige Aufsichtsbehörde eine Frist zur Entscheidung setzt, wenn innerhalb von drei Monaten nach Beginn des Verfahrens keine Entscheidung zustande gekommen ist. Eine solche starre Handhabung wird der Vielschichtigkeit von Schiedsverfahren nicht gerecht. Gerade in Verfahren, in denen es um die Festsetzung zahlreicher Vertragsbestandteile geht, wie z. B. bei den Schiedsverfahren zur Vereinheitlichung der Bundesmantelverträge im ärztlichen und zahnärztlichen Bereich, kann eine Frist von drei Monaten gegebenenfalls schon aufgrund des Umfangs und der Komplexität des Streitgegenstandes nicht eingehalten werden, ohne dass den Parteien oder den Unparteiischen der Vorwurf einer Verzögerung oder gar Blockade zu machen ist. Um der Aufsichtsbehörde in dieser Situation eine

flexible Handhabung zu ermöglichen, sollte lediglich eine Möglichkeit zur Fristsetzung vorgesehen werden.

Die Regelung, wonach die unparteiischen Mitglieder des Schiedsamts nach Ablauf der durch die Aufsichtsbehörde gesetzten Frist den Vertragsinhalt allein festlegen, wird abgelehnt. Insofern kann ergänzend auf die Stellungnahme zu § 89a SGB V verwiesen werden. Zwar entsteht bei drei unparteiischen Mitgliedern im Unterschied zur Regelung in § 89a SGB V nicht die Situation, dass es de facto zu einer Alleinentscheidung des unparteiischen Vorsitzenden kommt. Doch bleibt es beim grundlegenden Einwand, dass entsprechend dem Grundkonzept der gemeinsamen Selbstverwaltung die Entscheidung bei den Parteien bleiben sollte, zumal Fristüberschreitungen nicht notwendig auf Blockadehaltungen der Organisationen zurückgehen müssen, sondern in der besonderen Komplexität des Regelungsgegenstandes begründet sein können.

5. Schiedsämter Zahntechnik

Im Hinblick auf die Schiedsämter im Bereich Zahntechnik auf Bundes- und Landesebene (Absätze 12 und 13 des Gesetzentwurfs) greift die Anordnung der entsprechenden Geltung der Absätze 3, 4, 6, 7, 8, 9 und 10 Sätze 3, 4 und 5 zu kurz. Da sich hier in Bezug auf die Besetzung des Gremiums vergleichbare Probleme wie bei den übrigen Schiedsämtern ergeben können, ist ein Verweis auch auf Absatz 5 Sätze 4 bis 7 sachgerecht. Im Hinblick auf die zuständigen Aufsichtsbehörden ist für das Schiedsamt auf Landesebene anstelle von Absatz 10 Satz 3 (Zuständigkeit des BMG) auf Absatz 10 Sätze 1 und 2 (Zuständigkeit der Landesbehörden) zu verweisen.

Absatz 13 Satz 3 sieht für die Landesschiedsämter im Bereich Zahntechnik – im Unterschied zum auf Bundesebene geltenden Absatz 12 Satz 3 – keine entsprechende Anwendung der aufgrund des Absatzes 11 erlassenen Schiedsamtsverordnung vor. Absatz 13 Satz 3 sollte daher um eine entsprechende Regelung ergänzt werden.

C) Änderungsvorschlag

Art. 1 Nr. 48 zu § 89 SGB V wird wie folgt geändert:

1. Absatz 5 Satz 7 wird wie folgt gefasst:

„Soweit eine Bestellung durch die Organisationen nicht zustande kommt, bestellt die für das jeweilige Schiedsamt zuständige Aufsichtsbehörde die Vertreter und Stellvertreter, nachdem sie den Organisationen eine Frist zur Bestellung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist.“

2. Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

„Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Vertragsparteien einigen. § 213 Absatz 2 in der bis zum 31. Dezember 2018 geltenden Fassung gilt für die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen entsprechend. Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, entscheidet das Los. Für jedes Amt, über dessen Besetzung eine Einigung nicht zustande gekommen ist, findet ein separater Losgang statt, in dem die Parteien jeweils einen Kandidaten benennen. Die Amtsdauer beträgt bei Bestimmung durch Los ein Jahr. Wurde der unparteiische Vorsitzende oder ein unparteiisches Mitglied aufgrund eines Losverfahrens bestellt, kann dieselbe Person in der unmittelbar folgenden Amtszeit nicht erneut durch ein Losverfahren für das Schiedsamt ausgewählt werden. Die unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreter gelten als bestellt, sobald sie sich den beteiligten Vertragsparteien gegenüber zur Amtsübernahme bereit erklärt haben.“

3 Absatz 9 Satz 2 wird gestrichen.

4. Absatz 12 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Im Übrigen gelten Absatz 3 und 4, Absatz 5 Satz 4 bis 7, Absatz 6 bis 9 und Absatz 10 Sätze 3, 4 und 5 sowie die auf Grund des Absatzes 11 erlassene Schiedsamtsverordnung entsprechend.“

7. Absatz 13 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Im Übrigen gelten Absatz 3 und 4, Absatz 5 Satz 4 bis 7, Absatz 6 bis 9 sowie Absatz 10 Sätze 1, 2, 4 und 5 sowie die auf Grund des Absatzes 11 erlassene Schiedsamtsverordnung entsprechend.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 48

§ 89a – Sektorübergreifendes Schiedsgremium

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit einem neuen sektorenübergreifenden Entscheidungsgremium zur Konfliktlösung bei dreiseitigen Vereinbarungen zwischen der Ärzteschaft, den zugelassenen Krankenhäusern und der Krankenkassenseite sollen Kompetenzen gebündelt, die bisher zum Teil unterschiedlichen Regelungen vereinheitlicht, und eine sachgemäße, interessengerechte und zügige Konfliktlösung sichergestellt werden.

Das sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a SGB V soll aus je zwei Vertretern der Ärzte, der Krankenkassen und der zugelassenen Krankenhäuser, ergänzt durch einen unparteiischen Vorsitzenden und ein weiteres unparteiisches Mitglied, bestehen. Alle Mitglieder verfügen über je eine Stimme, wobei Entscheidungen mit einer Mehrheit von 2/3 der Stimmen getroffen werden. Für den Fall des Nichterreichens dieses Quorums ist eine Entscheidung allein durch die beiden Unparteiischen vorgesehen, wobei bei Uneinigkeit die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag gibt.

Nach der Neuregelung bestellt das Bundesministerium für Gesundheit als Aufsichtsbehörde den Vorsitzenden und das weitere unparteiische Mitglied sowie deren Stellvertreter, wenn sich die Vertragsparteien über die Benennung der Mitglieder nicht einigen. Diese Regelung ersetzt das bisher z. B. für die Schiedsämter nach § 89 SGB V vorgesehene Losverfahren.

Auf der Bundesebene sollen dem sektorenübergreifenden Schiedsgremium folgende Entscheidungen übertragen werden:

- Rahmenvertrag zum Entlassmanagement (§ 39 Abs. 1a SGB V),
- Rahmenvertrag zum Entlassmanagement bei stationärer medizinischer Rehabilitation (§§ 40 Abs. 2, 41 Abs. 1 Satz 4 SGB V),
- Höhe der Meldevergütung Krebsregister (§ 65c Abs. 6 SGB V),
- Umfang und Durchführung der Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin (§ 75a Abs. 4 SGB V),
- Katalog und Vergütung für ambulantes Operieren (§ 115b Abs. 1 SGB V),
- Vergütung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (§ 116b Abs. 6 Satz 2 SGB V),
- Vereinbarung über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens in der ambulanten spezialärztlichen Versorgung (§ 116b Abs. 6 Satz 12),

- Vereinbarung über die Patientengruppen in Hochschulambulanzen (§ 117 Abs. 1 Satz 5),
- Vereinbarung über psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 Abs. 2 SGB V),
- Vereinbarung über geriatrische Institutsambulanzen (§ 118a Abs. 2 SGB V) und
- Vereinbarung zu einem bundesweiten Verzeichnis in Krankenhäusern und ihren Ambulanzen tätiger Ärzte (§ 293 Abs. 7 SGB V).

Den sektorenübergreifenden Schiedsgremien auf Landesebene sollen folgende Aufgaben zugewiesen werden:

- Modellvorhaben zum Screening auf 4MRGN (§ 64c Abs. 1 SGB V),
- dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten (§ 115 SGB V) und
- Vergütung bei Erprobung von Untersuchung und Behandlungsmethoden (§ 137e Abs. 4 SGB V).

B) Stellungnahme

Die Schaffung eines sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundes- und Landesebene wird im Grundsatz befürwortet. Die Zielsetzung des Gremiums ist insbesondere im Rahmen neuer Versorgungsformen mit entsprechenden Vergütungsregelungen grundsätzlich zu begrüßen.

Um eine sachgemäße, interessengerechte und zügige Konfliktlösung zu erreichen, sind aber Änderungen insbesondere im Hinblick auf Besetzung und Stimmverteilung sowie Anforderungen an die Mehrheit erforderlich. Auch hinsichtlich der Bestimmung der Mitglieder und der Regelung zur Beschlussfähigkeit des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums sind Anpassungen notwendig.

1. Besetzung des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums

Die Interessen der Versichertengemeinschaft müssen auch in Schiedsverfahren angemessen Berücksichtigung finden. Die vorgesehene Besetzung und Stimmverteilung für das sektorenübergreifende Schiedsgremium ist vor diesem Hintergrund nicht sachgerecht.

Dem Schiedsgremium werden zahlreiche Entscheidungen übertragen, die unmittelbar vergütungsrelevant sind; weitere Regelungen können zumindest mittelbar vergütungsrelevant sein. Bei vergütungsrelevanten Regelungen haben die Ärzte- und die Krankenhausseite regelmäßig ein gleichgerichtetes Interesse an einer möglichst hohen Vergütung. Problematisch ist daher, dass die Kostenträgerseite sich nach dem aktuellen Entwurf im Rahmen des regulären Verfahrens selbst dann nicht gegen die Leistungserbringerseite durchsetzen kann, wenn sie beide unparteiische Mitglieder von ihrer Position überzeugt hat. Als Beispiel für einen Verfah-

rensgegenstand, bei dem für die Leistungserbringerseite übereinstimmend ein Anreiz zur Durchsetzung einer möglichst hohen Vergütung zulasten der Kostenträger besteht, kann der Vertrag zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b Abs. 6 SGB V dienen. Ein identisches Konfliktpotential besteht im Hinblick auf einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte beim ambulanten Operieren nach § 115b SGB V.

Um ein solches Ungleichgewicht zulasten der Kostenträgerseite zu beheben, ist eine paritätische Besetzung des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums mit Vertretern der Kostenträger- und Leistungserbringerseite erforderlich. So kann den gegenläufigen Interessen beider Seiten angemessen Rechnung getragen werden. Daher ist die Zahl der Mitglieder der Krankenkassen spiegelbildlich zur Leistungserbringerseite auf vier zu erhöhen. So wird sichergestellt, dass Leistungserbringer und Kostenträger über gleiche Stimmgewichte verfügen und tatsächlich eine gleichmäßige Berücksichtigung der beteiligten Interessen möglich ist.

Zur Ermöglichung einer zügigen und effizienten Konfliktlösung ist es in diesem Zusammenhang zudem sachgerecht, die Positionen der beiden Unparteiischen durch eine Verdopplung des Gewichts ihrer Stimmen zu stärken und zugleich auf das Erfordernis einer Zweidrittelmehrheit zu verzichten (vgl. nachfolgend unter 2.).

2. Mehrheitsanforderungen und Stärkung der unparteiischen Mitglieder

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Zweidrittelmehrheit birgt die erhebliche Gefahr, dass sich keine ausreichende Mehrheit findet. Selbst für den Fall, dass eine Partei beide unparteiischen Mitglieder von ihrer Position überzeugt, wird (wie dargestellt) die erforderliche Mehrheit verfehlt. Bei Unerreichbarkeit einer Zweidrittelmehrheit sieht der Entwurf zur Vermeidung einer „Sackgassensituation“ eine Entscheidung allein durch die beiden unparteiischen Mitglieder vor.

Vor dem Hintergrund, dass das vorrangige Ziel des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums die Vermeidung eines vertragslosen Zustands ist, erscheint eine Zweidrittelmehrheit weder erforderlich noch sachgerecht. Denn sie ist eher dazu geeignet, zeitnahe Entscheidungen zu verhindern statt sie zu ermöglichen. Entscheidungen sollten daher bereits mit einfacher Mehrheit der Stimmen herbeigeführt werden können.

Um beim Übergang auf eine einfache Mehrheit zu vermeiden, dass eine Partei allzu leicht überstimmt werden kann, kann eine Verdoppelung der Stimmen der beiden unparteiischen Mitglieder vorgenommen werden. Die zwei unparteiischen Mitglieder würden damit über vier der insgesamt zwölf Stimmen verfügen und somit gleichberechtigt neben Leistungserbringern und Kostenträgern (ebenfalls je vier Stimmen) an der Entscheidungsfindung mitwirken. Durch dieses stärkere Stimmgewicht der Unparteiischen wäre im Sinne des Minderheitenschutzes insbesondere sichergestellt, dass auch eine der beiden Leistungserbringerparteien

alleine obsiegen kann, wenn sie beide unparteiischen Mitglieder von ihrer Position überzeugt. Weiterer unparteiischer Mitglieder im Schiedsgremium bedarf es dafür nicht.

Da Stimmenthaltungen nicht zulässig sind und im Fall der Stimmgleichheit die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag gibt, wäre bei Entscheidung mit einfacher Mehrheit auch die im Entwurf für Pattsituationen vorgesehene Entscheidung allein durch die beiden unparteiischen Mitglieder (Absatz 9) nicht mehr erforderlich und könnte ersatzlos wegfallen. Dies entspricht nicht zuletzt auch dem Grundprinzip der gemeinsamen Selbstverwaltung, da die Vertragsparteien auch bei knappen Mehrheitsverhältnissen weiter an der Entscheidungsfindung beteiligt bleiben.

Vermieden werden kann auf diese Weise auch die angesichts der Regelung des Absatz 9 Satz 3 faktisch bestehende Alleinentscheidungsbefugnis des Vorsitzenden, die sich nach dem Gesetzentwurf bei Verfehlen einer Zweidrittelmehrheit ergibt und die dem Vorsitzenden stets die Option geben würde, allein zu entscheiden, statt auf dem Verhandlungsweg eine mehrheitsfähige Lösung zu suchen. Eine solche Alleinentscheidungsbefugnis widerspricht dem eigentlichen Sinn des Schiedsverfahrens, auf eine Konfliktlösung hinzuwirken.

3. Bestimmung der Vertreter

Für den Fall, dass eine Bestellung der Vertreter und Stellvertreter durch die Organisationen nicht zustande kommt, ist in Absatz 5 Satz 5 eine Bestellung durch die Aufsichtsbehörde vorgesehen. Hier sollte deutlich gemacht werden, dass die Bestellung durch die Aufsichtsbehörde nur ergänzend erfolgt, soweit eine Bestellung durch die Organisationen nicht zustande gekommen ist.

4. Bestimmung der unparteiischen Mitglieder

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung zur Bestimmung der Unparteiischen durch die Aufsichtsbehörde wird vom GKV-Spitzenverband kritisch gesehen. Es ist nicht erkennbar, dass die Akzeptanz eines durch die zuständige Aufsichtsbehörde bestimmten unparteiischen Mitglieds stärker gegeben ist als eines mittels Losverfahren gezogenen Mitglieds. Denn im Rahmen des Losverfahrens erfolgt die Entscheidung über die Bestellung zugunsten eines von den Vertragsparteien vorgeschlagenen Mitglieds. Die Aufsichtsbehörde ist bei ihrer Bestellung hingegen völlig frei. Dadurch kann zwar möglicherweise die Unparteilichkeit der Mitglieder gesichert werden. Die Akzeptanz durch die Vertragsparteien wird hingegen nicht gestärkt.

Das Losverfahren ist prinzipiell ein sachgerechter Entscheidungsmechanismus, weil es die Entscheidung über die Bestellung der Mitglieder den Selbstverwaltungspartnern überlässt. Um zukünftig eine stringente und einheitliche Konfliktlösung sicherzustellen, sollte es jedoch

bzgl. Amtszeit und Ausschlüssen der Bestellung modifiziert werden. Wie nach geltendem Recht ist eine auf ein Jahr verkürzte Amtszeit der durch Los gezogenen Mitglieder sinnvoll. Denn den Vertragsparteien wird damit nach einem Jahr erneut die Gelegenheit gegeben, sich über die Bestellung der unparteiischen Mitglieder zu einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande und müssen die jeweiligen Mitglieder abermals durch Losverfahren bestimmt werden, ist eine erneute Bestellung des bereits durch Losverfahren bestimmten Mitglieds für eine Amtsperiode ausgeschlossen. Es ist zu erwarten, dass die Einigungsbereitschaft der Vertragsparteien durch die Kombination einer kurzen Amtszeit mit einem Ausschluss bereits per Los bestellter Unparteiischer gefördert wird.

5. Teilnahme der Aufsichtsbehörde an den Sitzungen

Nach § 89a Abs. 10 Satz 5 SGB V soll die Aufsicht auch das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen des Schiedsgremiums umfassen. In diesem Zusammenhang sollte ausdrücklich klargestellt werden, dass das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen sich nicht auch auf die Teilnahme an den Beratungen und bei der Beschlussfassung des Schiedsgremiums erstreckt, weil die Anwesenheit von Vertretern der Aufsichtsbehörde bei der Beratung und Beschlussfassung die offene Meinungsäußerung und Kompromissfindung behindern kann. Für die Schiedsstellen ist dies ausdrücklich in § 8 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 Satz 1 der Schiedsstellenverordnung vorgesehen. Eine vergleichbare Regelung ist in § 18 der Schiedsamsverordnung aufzunehmen. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf die Stellungnahme zu Art. 6 Nr. 21 verwiesen.

6. Beschlussfähigkeit des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums

§ 89a Abs. 8 Satz 1 SGB V bestimmt, dass das sektorenübergreifende Schiedsgremium beschlussfähig ist, wenn alle Mitglieder oder deren Stellvertreter anwesend sind. Im Fall der Beschlussunfähigkeit ist das Schiedsgremium in einer zweiten Sitzung beschlussfähig, wenn der unparteiische Vorsitzende und das weitere unparteiische Mitglied bzw. deren Stellvertreter sowie mehr als die Hälfte der weiteren Mitglieder oder deren Stellvertreter anwesend sind. Es genügt somit die Anwesenheit von insgesamt fünf Mitgliedern. In diesem Fall wäre das Gremium zwar beschlussfähig, könnte aber die vorgegebene Mehrheit von zwei Dritteln der Mitglieder (6 Stimmen; Absatz 3 Satz 1) nicht erreichen.

Dieses Problem tritt jedoch dann nicht auf, wenn die Stimmverhältnisse – wie oben vorgeschlagen – verändert und Entscheidungen mit einfacher Mehrheit getroffen werden. In diesem Fall wäre in einer zweiten Sitzung die Beschlussfähigkeit gegeben, wenn die Hälfte der Mitglieder des Schiedsgremiums oder deren Stellvertreter einschließlich des unparteiischen Vorsitzenden oder dessen Stellvertreters anwesend sind. Ist auch in dieser Sitzung keine Beschlussfähigkeit gegeben, entscheiden, wie im Gesetzentwurf vorgesehen, die unparteiischen Mitglieder des Schiedsgremiums allein.

7. Fristsetzung und Alleinentscheidung der Unparteiischen

Absatz 9 bestimmt, dass die zuständige Aufsichtsbehörde eine Frist zur Entscheidung setzt, wenn innerhalb von drei Monaten nach Einleitung des Verfahrens keine Entscheidung zustande gekommen ist. Eine solche starre Handhabung wird der Vielschichtigkeit der dem sektorenübergreifenden Schiedsgremium übertragenen Aufgaben nicht gerecht. Gerade in Verfahren, in denen es um die Festsetzung zahlreicher Vertragsbestandteile oder die Entwicklung komplexer Vergütungsregelungen wie in § 116b Abs. 6 Satz 2 SGB V geht, kann eine Frist von drei Monaten gegebenenfalls bereits aufgrund des Umfangs und der Komplexität des Streitstoffes nicht eingehalten werden, ohne dass den Parteien oder den Unparteiischen der Vorwurf einer Verzögerung oder gar Blockade zu machen wäre. Um der Aufsichtsbehörde in dieser Situation eine flexible Handhabung zu ermöglichen, sollte daher lediglich eine Möglichkeit zur Fristsetzung vorgesehen werden.

Der für das Verstreichen der gesetzten Frist vorgesehene Übergang der Entscheidungsbefugnis allein auf die Unparteiischen wird abgelehnt. Ob ein sachlicher Grund für die Nichteinhaltung der Frist besteht (z. B. die Komplexität der zu entscheidenden Fragen oder noch ausstehende Datenerhebungen oder Gutachten), kann bei der vorgesehenen Regelung nicht berücksichtigt werden. Ein solcher Automatismus ist weder sachgerecht noch erforderlich. Nach der im Gesetzentwurf vorgesehenen Zweidrittelmehrheit könnte tatsächlich eine Situation eintreten, in der in dem Schiedsgremium nicht die erforderliche Zweidrittelmehrheit erreicht werden konnte. Dieses Problem tritt jedoch dann nicht auf, wenn die Stimmverhältnisse – wie oben vorgeschlagen – verändert und Entscheidungen mit einfacher Mehrheit getroffen werden.

Auf diesem Weg kann zudem die bereits oben kritisierte faktische Alleinentscheidungsbefugnis des Vorsitzenden vermieden werden, die dem Vorsitzenden stets die Option eröffnen würde, allein zu entscheiden, statt auf dem Verhandlungsweg eine mehrheitsfähige Lösung zu suchen.

C) Änderungsvorschlag

Art. 1 Nr. 48 zu § 89a SGB V wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 3 und Absatz 4 werden jeweils die Wörter „mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder“ gestrichen.
2. In Absatz 5 Satz 1 werden nach dem Wort „aus“ die Wörter „vier Vertretern der Krankenkassen,“ eingefügt und nach dem Wort „Ärzte“ das Komma und die Wörter „der Krankenkassen“ gestrichen.

3. Absatz 5 Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Soweit eine Bestellung durch die Organisationen nicht zustande kommt, bestellt die für das sektorenübergreifende Schiedsgremium zuständige Aufsichtsbehörde die Vertreter und Stellvertreter, nachdem sie den Organisationen eine Frist zur Bestellung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist.“

4. Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

„Über den Vorsitzenden und das weitere unparteiische Mitglied sowie deren Stellvertreter sollen sich die Parteien einigen. Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, entscheidet das Los. Für jedes Amt, über dessen Besetzung eine Einigung nicht zustande gekommen ist, findet ein separater Losgang statt, in dem die Parteien jeweils einen Kandidaten benennen. Die Amtsdauer beträgt bei Bestimmung durch Los ein Jahr. Wurde der unparteiische Vorsitzende oder das weitere unparteiische Mitglied aufgrund eines Losverfahrens bestellt, kann dieselbe Person in der unmittelbar folgenden Amtszeit nicht erneut durch ein Losverfahren für das Schiedsgremium ausgewählt werden. Die unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreter gelten als bestellt, sobald sie sich den beteiligten Vertragsparteien gegenüber zur Amtsübernahme bereit erklärt haben.“

5. Absatz 7 Satz 7 wird wie folgt gefasst:

„Der unparteiische Vorsitzende und das weitere unparteiische Mitglied haben je zwei Stimmen, die übrigen Mitglieder je eine Stimme.“

6. An Absatz 7 wird der folgende Satz 8 angefügt:

„Die sektorenübergreifenden Schiedsgremien nach den Absätzen 1 und 2 entscheiden mit der Mehrheit der Stimmen ihrer Mitglieder; bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des unparteiischen Vorsitzenden den Ausschlag.“

7. Absatz 8 Satz 2 bis 4 werden wie folgt gefasst:

„Bei Beschlussunfähigkeit ist eine erneute Sitzung innerhalb von 14 Kalendertagen seit der ersteinberufenen Sitzung einzuberufen. Auf dieser erneuten Sitzung ist die Beschlussfähigkeit gegeben, wenn die Hälfte der Mitglieder des Schiedsgremiums oder deren stimmberechtigte Stellvertreter einschließlich des unparteiischen Vorsitzenden oder seines Stellvertreters anwesend sind. Ist auch in der erneuten Sitzung keine Beschlussfähigkeit gegeben, setzen die anwesenden unparteiischen Mitglieder des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums den Vertragsinhalt fest.“

8. Absatz 9 Satz 2 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 49

§ 90 Abs. 4 Satz 3 – Landesausschüsse

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung wird das Mitberatungsrecht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden in den Landesausschüssen um ein Antragsrecht erweitert. Das Antragsrecht bezieht sich dabei auf den geänderten § 103 SGB V, in dem den Landesbehörden die Möglichkeit eingeräumt wird ländliche oder strukturschwache Gebiete eines Planungsgebietes zu bestimmen, die auf Antrag der Landesbehörden von Zulassungsbeschränkungen auszunehmen sind.

B) Stellungnahme

Das Antragsrecht korrespondiert mit der Änderung in § 103 und ist insofern folgerichtig. Zur inhaltlichen Bewertung siehe Stellungnahme zu Nr. 55.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 50 Buchstabe a)

§ 91 Abs. 2 – Gemeinsamer Bundesausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für die Vereinbarung der Vergütungen der Unparteiischen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist vorgesehen, dass zu Beginn einer Amtszeit eine Erhöhung ausschließlich durch einen Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Entwicklung des Verbraucherpreisindex zulässig ist. Zudem soll geregelt werden, dass Erhöhungen während der Dauer der Amtszeit unzulässig sind. Zu Beginn einer neuen Amtszeit wird der Aufsichtsbehörde die Möglichkeit eingeräumt, eine niedrigere Vergütung anzuordnen. Vereinbarungen für die Zukunftssicherung sollen nur auf der Grundlage von beitragsorientierten Zusagen zulässig sein. Für finanzielle Zuwendungen, die die Unparteiischen von Dritten erhalten, wird eine Transparenzpflicht gegenüber den Trägerorganisationen des G-BA geregelt. Diese Zuwendungen sind entweder auf die Vergütungen der Unparteiischen anzurechnen oder an den G-BA abzuführen.

B) Stellungnahme

Es wird auf die Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 84 (§ 217b Abs. 2 SGB V) verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 160 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 50 b)

§ 91 Abs. 11– Gemeinsamer Bundesausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Folgeänderung zu der vorgesehenen Neuregelung zur Finanzierung von Erprobungsstudien gemäß § 137e Abs. 6 SGB V.

B) Stellungnahme

S. Nr. 78 ff.

C) Änderungsvorschlag

Nr. 77 § 137c Abs. 1 Satz 5 bleibt bestehen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 161 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 51 Buchstabe a)

§ 92 Abs. 6a Satz 4– Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 1 Satz 2 Nummer 10 werden nach der Angabe „§ 27a Absatz 1“ die Wörter „sowie die Kryokonservierung nach § 27a Absatz 4“ eingefügt.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 51 Buchstabe b)

§ 92 Abs. 6a Satz 4– Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird neu geregelt, dass der G-BA künftig in 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 beschließt.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sehr zu begrüßen. Gerade im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung stellt es eine besondere Herausforderung dar, den Patienten zeitnah eine Behandlungsoption zur Verfügung zu stellen, die ihrem individuellen Behandlungsbedarf bestmöglich entspricht. Ein strukturiertes Versorgungssystem kann zum einen gewährleisten, dass die Patienten in der für sie richtigen Versorgungsstufe versorgt werden und gleichzeitig Wartezeiten reduzieren. Wartezeiten auf die geeignete Therapie entstehen heute auch dadurch, dass die Patienten im Krankheitsfall auf eine weitestgehend ungesteuerte psychotherapeutische Versorgung treffen, in der es im Wesentlichen dem Zufall überlassen ist, ob sie ein geeignetes Versorgungsangebot finden und die Möglichkeit erhalten ihren Versorgungsbedarf zeitnah zu realisieren. Für den Krankheitsverlauf kann das deutlich negative Auswirkungen haben, wie längere Krankheitsepisoden, schlechtere Behandlungsergebnisse oder vermeidbare Rezidive. Ein gestuftes, strukturiertes Versorgungskonzept kann viele der aktuell bestehenden Versorgungsprobleme lösen und dazu beitragen die Wirtschaftlichkeit und Qualität der psychotherapeutischen Versorgung maßgeblich zu verbessern, gerade da heute – abgesehen vom Gutachterverfahren – in der psychotherapeutischen Versorgung keine Qualitätssicherung existiert. An dieser Stelle besonders gefragt ist die Leistung derjenigen Ärzte und Therapeuten, die nicht nur den Blick auf die Psyche, sondern auch einen qualifizierten Blick auf das somatische Geschehen sicherstellen können. Bereits heute sind in der Versorgung vielseitige potenzielle Koordinatoren tätig, zu nennen sind hier in erster Linie ärztliche Psychotherapeuten, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 163 von 421

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 52 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa)

§ 95 Abs. 1a Satz 1 – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird geregelt, dass auch anerkannte Praxisnetze in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen MVZs gründen können.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird grundsätzlich begrüßt. Da Praxisnetze sich jedoch in der Rechtsform eines eingetragenen Vereins gründen können (§ 3 Nr. 4 Rahmenvorgabe für die Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 4 SGB V), ist es von zentraler Bedeutung, dass MVZs auch weiterhin nur in den vorgesehenen Rechtsformen gemäß § 95 Abs. 1a Satz 1, zweiter Halbsatz SGB V gegründet werden können.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 52 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb)

§ 95 Abs. 1a Satz 2 ff. – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurde die Berechtigung zur Gründung von Medizinischen Versorgungszentren neu geregelt und erheblich eingeschränkt. Damit sollte der Entwicklung entgegengewirkt werden, dass medizinische Versorgungszentren immer häufiger von Investoren gegründet werden, die allein Kapitalinteressen verfolgen und keinen fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung haben. Nicht bewährt hat sich die uneingeschränkte Einbeziehung von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 in den Gründerkreis eines Medizinischen Versorgungszentrums. So hat sich in den letzten Jahren gezeigt, dass zunehmend Kapitalinvestoren ohne medizinisch-fachlichen Bezug zur vertragsärztlichen Versorgung Arztstühle nach § 126 Absatz 3 aufkaufen, um hierüber Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung zu erhalten.

Um der neuen Entwicklung entgegenzuwirken, wird die Möglichkeit zur Gründung von medizinischen Versorgungszentren für Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 auf fachbezogene medizinische Versorgungszentren beschränkt.

B) Stellungnahme

Diese und weitere Bestimmungen zielen auf die Regelung des Verhältnisses von niedergelassenen Ärzten und Medizinischen Versorgungszentren bei der Leistungserbringung. Es geht dem Gesetzgeber bei der vorgesehenen Regelung darum, den Einfluss von Kapitalinvestoren ohne medizinisch-fachlichen Bezug zur vertragsärztlichen Versorgung auf die Gründung und den Betrieb von MVZs (Dialyseeinrichtungen) zu begrenzen. Die Änderung wird begrüßt. Jedoch wird auch die Notwendigkeit gesehen, weitere Regelungen zu treffen. Ähnlich wie bei Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen soll bei allen zugelassenen Trägern nach § 95 Absatz 1a Satz 1 SGB V der Entwicklung entgegengewirkt werden, dass medizinische Versorgungszentren marktbeherrschend werden. Hierzu soll die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren auf den jeweiligen K(Z)V-Bezirk in dem der nach § 95 Absatz 1a Satz 1 SGB V zugelassene Träger seinen Sitz hat und im Bereich der fachärztlichen Versorgung auf einen Versorgungsanteil von 25 Prozent innerhalb der jeweiligen Facharztgruppe begrenzt werden. Aus Gründen der Sicherstellung der vertrags(zahn-)ärztlichen Versorgung kann der Zulassungsausschuss hierzu Ausnahmen beschließen. Der Bestandsschutz für bereits zugelassene medizinische Versorgungszentren soll weiterhin gelten.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nummer 52 ist Buchstabe a wie folgt zu ändern:

a) In Doppelbuchstabe bb ist nach dem einzufügenden Satz 2 folgender Satz einzufügen:

„Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die von zugelassenen Trägern nach Satz 1 gegründet wurden, ist auf den jeweiligen KV-Bezirk, in dem der Träger seinen Sitz hat, begrenzt; der Zulassungsausschuss kann hierzu aus Gründen der vertragsärztlichen Versorgung Ausnahmen festlegen. Die Regelung gemäß Satz 3 gilt gleichermaßen für medizinische Versorgungszentren, in denen zahnärztliche Leistungen erbracht werden sollen. Krankenhäuser können ein medizinisches Versorgungszentrum, in dem zahnärztliche Leistungen erbracht werden sollen, darüber hinaus nur dann gründen, wenn das Krankenhaus durch das Vorhalten einer Zahnklinik oder einer Klinik für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie einen fachlichen Bezug zum zahnmedizinischen Versorgungszentrum aufweist.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 52 Buchstabe a) cc)

§ 95 Abs. 1a Satz 2 Voraussetzungen und Formen der Teilnahme von Ärzten und Zahnärzten an der Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im bisherigen Satz 2 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die von Erbringern nicht ärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 gegründet wurden und am ... [einsetzen: Datum des Tages der Verkündung] bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von ihrem Versorgungsangebot unverändert fort“ eingefügt.

B) Stellungnahme

Nicht bewährt hat sich die uneingeschränkte Einbeziehung von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 in den Gründerkreis eines Medizinischen Versorgungszentrums. So hat sich in den letzten Jahren gezeigt, dass zunehmend Kapitalinvestoren ohne medizinisch-fachlichen Bezug zur vertragsärztlichen Versorgung Arztstühle nach § 126 Absatz 3 aufkaufen, um hierüber Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung zu erhalten. Neu im aktuellen Gesetzentwurf ist hier der Verweis auf die Erbringer nicht ärztliche Dialyseleistungen, die ihre Leistungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung erbringen und deren Gründung in der Vergangenheit liegt; diesen MVZs wird ein Bestandsschutz gewährleistet.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 52 Buchstabe b) Doppelbuchstabe aa)

§ 95 Abs. 2 Satz 6 – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber nimmt hier eine klarstellende redaktionelle Änderung im § 95 Abs. 2 Satz 6 vor, indem er auf die alternativen Möglichkeiten von selbstschuldnerischen Bürgschaftserklärungen und anderen Sicherheitsleistungen im Zuge der Gründung von Medizinischen Versorgungszentren hinweist.

B) Stellungnahme

Die Regelung zielt darauf ab, die Zulassung von MVZs zu vereinfachen, indem klargestellt wird, dass die selbstschuldnerische Bürgschaft und die Sicherheitsleistungen nach § 232 BGB gleichwertig und optional nebeneinander stehen. Die Frage der Sicherheitsleistungen ist insbesondere für Kommunen relevant, die die Absicht haben, Eigeneinrichtungen als Kommune separat oder zusammen mit Partnern MVZs einzurichten.

Die Regelung erleichtert insbesondere Kommunen die Einrichtung von Versorgungszentren und ist deshalb aus Kassensicht positiv zu bewerten. Bislang war seitens der Kommunen die Frage der Ausgestaltung der Sicherheitsleistungen eine wesentliche Hürde zu einem Engagement.

Aus Sicht der Krankenkassen ist die Klarstellung zu befürworten. Jedoch sollte in Absatz 2 eine Ergänzung aufgenommen werden, die regelt, dass dem Zulassungsausschuss die Eigentümerstrukturen des Antragstellers offengelegt werden. Hierdurch soll verhindert werden, dass ggf. bestehende Interessenskonflikte unerkannt bleiben.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr. 52 b) aa) wird folgender Satz angefügt:

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 52 Buchstabe b) Doppelbuchstabe bb)

§ 95 Abs. 2 Satz 9 – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es geht bei dieser Neuregelung um die angemessene Berücksichtigung von niedergelassenen oder (auch in MVZs) angestellten Ärzten, die einen hälftigen oder als Angestellte einen zeitbezogenen (Teil)Versorgungsauftrag haben, bei der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen gemäß § 103 Abs. 1 Satz 2.

B) Stellungnahme

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

Darüber hinaus sollte jedoch der Gefahr entgegengewirkt werden, dass die gebotene Vielfalt der Leistungserbringer gefährdet wird, weil medizinische Versorgungszentren in einzelnen Planungsbereichen eine monopolartige Stellung erlangen und damit nach ihren Vorstellungen und wirtschaftlichen Interessen die Versorgung prägen können. Aus diesem Grunde sollte eine Regelung ergänzt werden, die die marktbeherrschende Stellung eines Unternehmens oder der Gesamtheit von Unternehmen beschränkt. Der Regelungsvorschlag orientiert sich an § 18 Abs. 4 und 6 GWB. Ein Aussetzen dieser Regelung muss in unterversorgten und von Unterversorgung bedrohten Planungsbereichen möglich sein.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nummer 52 Buchstabe b ist nach Doppelbuchstabe bb folgender Doppelbuchstabe cc anzufügen:

„cc) Anträge auf Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums sowie auf Genehmigung der Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum sind abzulehnen, wenn das medizinische Versorgungszentrum oder eine Gesamtheit von MVZ eine marktbeherrschende Stellung erlangen. Eine marktbeherrschende Stellung wird angenommen, wenn

1. 1. ein oder mehrere medizinische Versorgungszentren unter gleicher Trägerschaft mehr als 40 Prozent der Arztsitze der jeweiligen Fachgruppe innerhalb des Planungsbereiches inne hat
2. 2. drei oder weniger Träger von medizinischen Versorgungszentren zusammen einen Marktanteil von 50 Prozent erreichen,
3. 3. fünf oder weniger Unternehmen zusammen einen Marktanteil von zwei Dritteln erreichen. Ausnahmen der Regelung gemäß Satz 10 sind für Gebiete, für die der Landesausschuss Unterversorgung oder drohende Unterversorgung festgestellt hat, zulässig.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 52 Buchstabe c) Doppelbuchstabe aa)

§ 95 Abs. 3 Satz 1 – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Beschreibung des Versorgungsauftrages als „voll“ oder „hälftig“ wird an dieser Stelle gestrichen. Es handelt sich hierbei um eine Folgeänderung zur Änderung der Zulassungsverordnung-Vertragsärzte. Bisher sah § 95 Abs. 3 Satz 6 in Übereinstimmung mit § 19 Ärzte-ZV vor, dass Vertragsärzte entweder einen vollen oder hälftigen Versorgungsauftrag haben. Nun wird Ärzten, die einen vollen Versorgungsauftrag im Umfang von 25 Sprechstunden nicht erfüllen können oder möchten, ermöglicht, diesen auch um ein Viertel zu reduzieren. Damit gäbe es künftig Versorgungsaufträge im Umfang von 1,0, 0,75 oder 0,5 Vollversorgungsaufträgen.

B) Stellungnahme

Die Regelung korrespondiert mit der Absicht des Gesetzgebers die vertragsärztliche Tätigkeit und die Möglichkeiten der ärztlichen Berufsausübung weiter zu flexibilisieren. Der Vorschlag ist sachgerecht und wird positiv gesehen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 52 Buchstabe c) Doppelbuchstabe bb)

§ 95 Abs. 3 Satz 4 – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung in Absatz 3 Satz 4 werden bundesweite Vorgaben zur Prüfung des durch die Vertragsärzte erbrachten Versorgungsauftrages durch die Kassenärztlichen Vereinigungen getroffen. Die Prüfung soll insbesondere anhand abgerechneter Fälle und anhand der Gebührenordnungspositionen mit Angaben für den zur ärztlichen Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand gemäß § 87 Abs. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz erfolgen.

B) Stellungnahme

In der Vergangenheit sind die Kassenärztlichen Vereinigungen nur sehr bedingt und wenn, dann sehr heterogen ihrer Verpflichtung nachgekommen, zu prüfen, ob und inwieweit Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten ihren Versorgungsauftrag erfüllen. Das liegt u. a. anderem daran, dass Prüfaufträge in den KV-Regionen sehr unterschiedlich gehandhabt wurden, da hierfür keine bundeseinheitliche Regelung vorlag. Die Regelung zielt auf eine (bundesweite) Vereinheitlichung des Prüfauftrages und ist zu begrüßen.

Allerdings ist bei der vorgesehenen Prüfung zu berücksichtigen, dass die im EBM hinterlegten Zeiten gemäß § 87 Abs. 21 nicht geeignet sind um die Sprechzeiten einer Arztpraxis zu ermitteln und zu prüfen, ob die geforderten 25 Sprechstunden für einen vollen Versorgungsauftrag eingehalten werden. Der EBM sieht Prüf- und Kalkulationszeiten vor, die in erster Linie der Plausibilisierung der vertragsärztlichen Abrechnung dienen. Darüber hinaus liegen für einen erheblichen Anteil von Leistungen im EBM keine Prüf- oder Kalkulationszeiten vor.

C) Änderungsvorschlag

Die Prüfung kann anhand von Fallzahlen und der Einhaltung der Sprechstundenzeiten erfolgen. Darüber hinaus ist es jedoch erforderlich den mit der vertragsärztlichen Zulassung verbundenen Versorgungsauftrag in Umfang und Inhalt konkreter zu definieren. Eine Anpassung des Zulassungsumfanges kann erst erfolgen, wenn die vertragsärztlichen Pflichten verletzt wurden. Um dies zu beurteilen, müssten diese zunächst entsprechend konkretisiert werden und zwar hinsichtlich der Erwartungswerte des Kollektivvertrages insbesondere zu Sprechstundenzeiten, Arbeitszeiten für die GKV, Fallzahlen und dem Leistungsspektrum.

Während es in der Vergangenheit ausreichend war, das ärztliche Weiterbildungsrecht als Regulativ für den Inhalt der angebotenen Versorgung zu verwenden, ist dies mit zunehmender Spezialisierung der Ärzte zunehmend weniger der Fall. Die Arztgruppendefinition der Bedarfsplanung kann die ärztliche Spezialisierung nicht nachvollziehen. Vielmehr muss künftig zwischen berufsrechtlicher Qualifikation und dem Inhalt von vertragsärztlichen Versorgungsaufträgen unterschieden werden. Nicht alles wozu ein Arzt im Rahmen seiner Aus- und Weiterbildung befähigt wird, ist für die ambulante Versorgung sinnvoll. Insbesondere ist es i.d.R. nicht hilfreich, wenn Ärzte ihr Leistungsspektrum zu stark einschränken und ihr Versorgungsangebot auf wenige Einzelleistungen konzentrieren. Grundsätzliche Vorgaben zum Versorgungsinhalt und -umfang sollte der G-BA im Rahmen der Bedarfsplanungsrichtlinie vorgeben. Die konkrete Ausgestaltung sollte durch die Zulassungsausschüsse auf Landesebene erfolgen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 52 Buchstabe c) Doppelbuchstabe cc

§ 95 Abs. 3 Satz 5 – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber präzisiert die Vorgaben zur Übermittlung der Prüfergebnisse zur Wahrnehmung des Versorgungsauftrages, indem er den Zeitraum der Übermittlung neu festlegt.

B) Stellungnahme

Es geht auch bei dieser Regelung um die Vereinheitlichung der Prüfung der Erfüllung der Versorgungsverpflichtungen und deren Übermittlung an die aufsichtführenden Stellen. Die Regelung könnte zu einer größeren Transparenz im Leistungsgeschehen beitragen und ist deshalb aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 52 Buchstaben d) und e) Doppelbuchstabe aa)

§ 95 Abs. 5 Satz 2 und Absatz 6 Satz 2 – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung aus der Anpassung von § 19 Ärzte-ZV nach der Ärzten künftig auch die Möglichkeit offen steht, ihren Versorgungsauftrag nicht nur auf einen hälftigen, sondern auch auf einen drei Viertel umfassenden Versorgungsauftrag zu beschränken. Als Folge hiervon kann der Zulassungsausschuss künftig auch beschließen, dass nur ein Viertel der Zulassung ruht oder entzogen wird.

B) Stellungnahme

Die Folgeänderungen sind sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keine

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 52 Buchstabe e) Doppelbuchstabe bb)

§ 95 Abs. 6 Satz 4 – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Da die Gründungsvoraussetzungen nicht nur bei der Gründung, sondern dauerhaft bestehen müssen, wäre einem MVZ die Zulassung zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzung länger als 6 Monate nicht besteht. Dies gilt für Praxisnetze entsprechend. Das würde bedeuten, dass ein Praxisnetz ein MVZ wegen drohender oder bestehender Unterversorgung gründen kann, seine Zulassung jedoch verliert, wenn durch seine Gründung die bestehende oder drohende Unterversorgung beseitigt würde. Daher stellt der Gesetzgeber klar, dass die Gründungsvoraussetzung für bereits errichtete Praxisnetze gewahrt bleibt, auch wenn die bestehende oder drohende Unterversorgung zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr existiert.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keine

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 52 Buchstabe e) Doppelbuchstabe cc)

§ 95 Abs. 6 Satz 5 – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber legt mit der Einfügung nach Absatz 6 Satz 4 fest, dass die Gründungsvoraussetzung für MVZs weiterhin vorliegt, soweit angestellte Ärzte die Gesellschafteranteile der vorher dort tätigen Ärzte übernehmen, und solange die vormals angestellten Ärzte in dem Medizinischen Versorgungszentrum tätig sind.

B) Stellungnahme

MVZs müsste nach geltendem Recht die Zulassung entzogen werden, wenn Gründungsvoraussetzungen nicht mehr gegeben sind, weil beispielsweise die Gründer (etwa altersbedingt) ausscheiden. Dem will der Gesetzgeber mit einer Regelung entgegenwirken, die einen Weiterbetrieb ermöglicht, wenn sich im Rahmen des MVZs tätige Ärzte für eine Weiterarbeit entscheiden. Aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen ist die mit der Regelung verbundene Verstärkung der ambulanten Leistungserbringung eher kritisch zu sehen, weil in diesem Kontext u. a. keine Bedarfsprüfung vor dem Weiterbetrieb eines MVZs erfolgt.

Aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen müsste deshalb in den § 95 Absatz 6 eine Regelung zur Bedarfsprüfung aufgenommen werden.

C) Änderungsvorschlag

Zu ergänzen ist § 95 Absatz 6 Satz 7 (neu):

„Unbeschadet des Weiterbestehens der Gründungsvoraussetzungen im Sinne von Satz 5 ist bei Ausscheiden der Gründungsgesellschafter zu prüfen, ob auch weiterhin eine Versorgungsnotwendigkeit besteht.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 178 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 52 Buchstabe e) Doppelbuchstabe dd)

§ 95 Abs. 6 Satz 5 – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Verweis wird als Folgeänderung zur Änderung des Absatzes 1a angepasst.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keine

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 52 Buchstabe f)

§ 95 Abs. 7 Satz 1 – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vom Gesetzgeber ergänzte Regelung zur Zulassung legt fest, dass – wie bisher auch in § 19 Absatz 3 der Ärzte-ZV ausgewiesen – zwischen Erteilung einer Zulassung und Aufnahme der Versorgungstätigkeit ein Zeitraum von weniger als 3 Monaten einzuhalten ist.

B) Stellungnahme

Das Bundesverfassungsgericht hatte mit einer Entscheidung vom September 2016 das Fehlen einer ausreichenden Rechtsgrundlage für eine Bestimmung (§ 19 Absatz 3) der Ärzte-ZV gerügt. Mit einer Aufnahme der bisher in der Ärzte-ZV angesiedelten Bestimmung zur Zulassung in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich in das SGB V kommt der Gesetzgeber der Rüge des BVerfG nach.

Aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Aufnahme dieser Regelung sachgerecht. Darüber hinaus wird jedoch das Erfordernis gesehen, Zulassungen, die in MVZs eingebracht werden, auf einen Zeitraum von 30 Jahren zu befristen.² Der Grund hierfür ist, dass gerade in MVZs bei der Neuanstellung von Ärzten keine vollumfängliche Prüfung des Versorgungsbedarfs vorgenommen wird und damit eine Perpetuierung der Versorgungsstrukturen angenommen werden muss, die sich ggf. abweichend vom Bedarf entwickeln können.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr 52 f wird folgender Satz ergänzt:

In Absatz 7 wird nach Satz 2 folgender Satz 3 (neu) ergänzt: „Die Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums wird darüber hinaus spätestens mit dem Ablauf von 30 Jahren nach Zustellung des Beschlusses über die Zulassung im Hinblick auf die Versorgungsnotwendigkeit überprüft.“

² Vgl. Sachverständigenratsgutachten 2018: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, S. 100.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 52 Buchstabe g)

§ 95 Abs. 9 Satz 1 – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber sieht zukünftig vor, dass auch bei der Genehmigung zur Anstellung von Ärzten ggf. bestehende Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 beachtet werden müssen.

B) Stellungnahme

Es geht hierbei um die Berücksichtigung von Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 bei der Anstellung von Ärzten. Die Anpassung ist folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 181 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 52 Buchstabe h)

§ 95 Abs. 9b – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird ein Verweisfehler korrigiert.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 53

§ 96 Abs. 2a – Zulassungsausschüsse

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber konkretisiert mit dieser Regelung das Mitberatungsrecht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden. Das Mitberatungsrecht umfasst Informationsrechte, das Recht zur Teilnahme an Sitzungen einschließlich der Anwesenheit bei Beschlussfassungen sowie das Recht zur Stellung verfahrensleitender Anträge.

B) Stellungnahme

Die für die Sozialversicherung zuständigen Landesbehörden erhalten mit dieser Regelung ein Mitberatungsrecht in den Zulassungsausschüssen für Ärzte. Für die in der Regelung ausdrücklich aufgeführten Verfahren mit besonderer Versorgungsrelevanz.

Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden verfügen bereits über weitreichende Mitwirkungsrechte im Rahmen der ambulanten Bedarfsplanung. Darüber hinaus kommt Ihnen eine aufsichtsrechtliche Funktion zu. In den Landesausschüssen besitzen sie ein Mitberatungsrecht, das Recht zur Anwesenheit bei Beschlussfassung, eine Aufsichtsfunktion und zu guter Letzt können sie die von den Landesausschüssen aufgestellten Bedarfspläne beanstanden (vgl. § 90 Abs. 6 SGB V). Ein darüber hinaus gehendes Mitberatungs- und Antragsrecht im Rahmen der Zulassungsausschüsse ist nicht sachgerecht und läuft dem Prinzip der Selbstverwaltung in der GKV zuwider.

Die vorgesehene Regelung führt zu einem nicht sachgerechten Auseinanderfallen von Planungskompetenz auf der einen Seite und Finanzverantwortung auf der anderen Seite, was Fehlanreize zur Folge haben kann und deshalb abzulehnen ist.

C) Änderungsvorschlag

Streichung dieser Regelung

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 54 Buchstabe a)

§ 101 Abs. 1 Satz 7 – Überversorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber gibt dem G-BA einen gegenüber dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz abweichenden Zeitraum für die Vereinbarung einer Regelung zur Umsetzung der mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz gesetzlich geforderten Anpassungen der Bedarfsplanung vor. Der G-BA soll nunmehr bis zum 01.07.2019 die geforderten Änderungen vornehmen.

B) Stellungnahme

Mit der Änderung zielt der Gesetzentwurf auf eine Fristanpassung des Auftrages an den G-BA aus dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz zur Anpassung der Bedarfsplanung zum 1. Januar 2017. Der G-BA vergab zur Realisierung dieses Auftrages ein wissenschaftliches Gutachten an ein Konsortium unter Leitung der LMU, das erst im Herbst 2018 fertig gestellt und am 20.09.2018 abgenommen wurde. Die Anpassung der Frist für die geforderten Änderungen an der Bedarfsplanung erscheint sachlich angemessen; es ist davon auszugehen, dass eine Umsetzung der Forderungen des Gesetzgebers bis zum 1. Juli 2019 zu erreichen ist.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 54 Buchstabe b)

§ 101 Abs. 1 Satz 8 – Überversorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber überträgt dem G-BA mit der Regelung nach Satz 8 die Kompetenz, innerhalb der einzelnen Arztgruppen nach Fachgebieten, Facharztkompetenzen oder Schwerpunktkompetenzen differenzierte Mindest- oder Höchstversorgungsanteile für Ärzte dieser Fachgebiete oder Ärzte mit entsprechenden Facharztkompetenzen oder Schwerpunktkompetenzen festzulegen. Die Festlegung von Mindest- oder Höchstversorgungsanteilen hat keine Auswirkungen auf die für die betreffende Arztgruppe festgesetzten Verhältniszahlen.

B) Stellungnahme

Mit der vorgeschlagenen Änderung des § 101 Absatz 1 erweitert der Gesetzgeber die Steuerungsmöglichkeiten des G-BA bei der Bedarfsplanung. Ermöglicht werden explizit nun Definitionen von Mindest- oder Höchstversorgungsanteilen sowie von Quoten für einzelne (Sub)Arztgruppen der Bedarfsplanung bzw. Gruppen von Ärzten mit besonderen Schwerpunktkompetenzen. Der GKV-Spitzenverband begrüßt ausdrücklich diese vorgesehene Erweiterung der Handlungskompetenz des G-BA.

Wünschenswert wäre allerdings eine Präzisierung dieser Regelung, sodass der Gemeinsame Bundesausschuss zukünftig ermächtigt wird, auch konkrete Versorgungsaufträge zu definieren. Dieser Aspekt hat in den letzten Jahren vor allen Dingen deshalb zunehmend an Bedeutung gewonnen, da im Rahmen der Spezialisierung der Medizin teilweise grundversorgende Strukturen fehlen.

C) Änderungsvorschlag

Nach § 101 Absatz 1 Satz 8 neu wird folgender Satz angefügt: „Innerhalb bestehender Arztgruppen kann der Gemeinsame Bundesausschuss Versorgungsaufträge definieren. Diese können auch zur Quotenbildung herangezogen werden.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 54 Buchstabe c)

§ 101 Abs. 1 Satz 10 – Überversorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber nimmt hier eine redaktionelle Änderung vor. Im neuen Satz 10 wird nun die Nummerierung des Satzes „7“ durch die Angabe „9“ ersetzt.

B) Stellungnahme

Hierbei handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Regelung in § 101 Abs. 1 Satz 8. Allerdings erscheint die Gesetzesbegründung an dieser Stelle nicht nachvollziehbar, da lediglich der Satz 8 neu eingefügt wurde und im bisherigen Satz 7 eine Änderung vorgenommen wird. Es ist davon auszugehen, dass der bisherige Gesetzestext irrtümlicherweise auf Satz 7 statt auf den bisherigen Satz 8 rekurrierte.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 55 Buchstabe a)

§ 103 Abs. 1 Satz 2 – Zulassungsbeschränkungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es soll den Landesausschüssen zum Zweck einer gleichmäßigeren Versorgung ermöglicht werden, für einzelne Arztgruppen in einzelnen Planungsbereichen bereits mit einem Versorgungsgrad zwischen 100 und 110 v.H. Zulassungsbeschränkungen anzuordnen. Insgesamt dürfen jedoch nicht mehr als 50 v.H. aller Planungsbereiche der jeweiligen Arztgruppe in Zuständigkeit eines Landesausschusses gesperrt werden.

B) Stellungnahme

Der Gesetzgeber schafft mit dieser Regelung ein bundesweites Fenster für Neuniederlassungen in den genannten Fächern; er setzt damit die Bedarfsplanung befristet außer Kraft. In seiner Begründung für die Regelung und die Auswahl der Fächer verweist der Gesetzgeber auf Versorgungsbereiche, in denen „in besonderem Maße über Versorgungs- und Terminschwierigkeiten geklagt“ werde.

Aus Sicht der GKV ist diese Öffnung sehr kritisch zu sehen, denn die Ermöglichung der Neuniederlassung wird zu einer weiteren Verschärfung bestehender Fehlverteilungen führen, da sich Ärzte, die eine Niederlassung beabsichtigen, gerade in solchen Planungsbereichen niederlassen werden, die auch schon heute besonders attraktiv sind. Denkbar wäre prinzipiell, dass die Anzahl der Neuniederlassungen schon aufgrund mangelnden Nachwuchses gerade in diesen Fächern begrenzt bleibt, zumal auch der Zeitraum für Neuniederlassungen durch den Gesetzgeber an entsprechende Entscheidungen zur Reform der Bedarfsplanung in diesen Fächern durch den G-BA gebunden wird, verlässliche Zahlen liegen hierfür allerdings nicht vor.

Der GKV-Spitzenverband lehnt die vorgesehene Regelung ab, da eine ungesteuerte Niederlassungsmöglichkeit Fehlverteilungen in der vertragsärztlichen Versorgung zur Folge haben könnte und damit den Intentionen einer gerechten Verteilung zuwiderläuft. Außerdem fehlen dann diejenigen Ärzte, die das Zeitfenster einer ungesteuerten Niederlassung genutzt haben, für eine sach- und bedarfsgerechte Versorgung in ländlichen Kreisen geringer Dichte.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 187 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 55

§ 103 Abs. 1a Satz 2 – Zulassungsbeschränkungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Zulassungsbeschränkungen wird befristet bis zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrags an den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 101 Absatz 1 Satz 7 bei der Zulassung von Fachärzten für innere Medizin und Rheumatologie, von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, die sich gegenüber dem Zulassungsausschuss verpflichten, mindestens 80 Prozent ihrer abrechnungsfähigen Leistungen aus dem Bereich der psychiatrischen Leistungen zu erbringen, sowie Fachärzten, die der Arztgruppe der Kinderärzte angehören, keine Anwendung, soweit die Ärzte in den fünf Jahren vor Beantragung der Zulassung nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen haben.

B) Stellungnahme

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

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

Die Grundlage für Entscheidungen sind rechnerische Versorgungsgrade, die nach einem transparenten und aus der BP-RL abgeleiteten Verfahren ermittelt werden, sofern Handlungs-

bedarf gesehen wird. Durch die Einschränkung in § 103 Absatz 1a Satz 2 SGB V wird gewährleistet, dass der Häufigkeit einer Anwendung des § 103 Absatz 1a SGB V Grenzen gesetzt sind und die aus der BP-RL abzuleitende Systematik der Bedarfsplanung gerade nicht in einzelnen Arztgruppen ausgehöhlt wird..

C) Änderungsvorschlag

Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 55 Buchstabe b)

§ 103 Abs. 3 ff – Zulassungsbeschränkungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber gibt den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden die Möglichkeit ländliche oder strukturschwache Teilgebiete eines Planungsbereiches zu bestimmen, die auf Ihren Antrag von Zulassungsbeschränkungen auszunehmen sind.

Der Landesausschuss soll arztbezogen die Anzahl der zusätzlichen Zulassungen in den betreffenden Gebieten festlegen. Sowohl für die Bestimmung der ländlichen oder strukturschwachen Gebiete als auch für die Ermittlung der Fachrichtungen und Anzahl der zusätzlichen Zulassungsmöglichkeiten, soll der Landesausschuss unter Beteiligung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden allgemeingültig Kriterien aufstellen, die den jeweiligen Entscheidungen zugrunde zu legen sind. Der Landesausschuss soll sich dabei an den laufenden Raumbesichtigungen und Raumabgrenzungen des BBSR (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung) orientieren oder eine vergleichbare Abgrenzung ländlicher Gebiete durch die für die Landesplanung zuständigen Stellen zugrunde legen. Die zusätzlichen Arztsitze sind von den KVen im Einvernehmen mit den Krankenkassen in den Bedarfsplänen auszuweisen.

B) Stellungnahme

Mit dieser Regelung erhalten die Landesbehörden die Möglichkeit in überversorgten Planungsbereichen Teilgebiete von Zulassungsbeschränkungen auszunehmen und damit zusätzliche Zulassungen zu erwirken.

Da es schon jetzt verschiedene Möglichkeiten gibt, auf der Landesebene von den Vorgaben der Bundesebene abzuweichen – dazu zählen insbesondere auch die Möglichkeiten Verhältniszahlen oder Planungsbereiche anzupassen und damit zusätzliche Sitze einzurichten – ist die Zielsetzung dieser Regelung unklar. Bei besonderen Versorgungssituationen innerhalb von Planungsbereichen gibt es darüber hinaus die Möglichkeit über Sonderbedarf oder zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf gezielt in die Angebotssteuerung einzugreifen.

Aufgrund der bereits bestehenden Regelungen wird kein Handlungsbedarf gesehen, zudem führt eine entsprechende Regelung zu einer Schwächung der gemeinsamen Selbstverwaltung im Kollektivvertrag. Ein Zugriffsrecht der Länder auf die Anzahl der Vertragsarztsitze führt zu

einem Auseinanderfallen von Planungskompetenz und Finanzverantwortung und wird deshalb grundsätzlich abgelehnt.

Es muss zudem befürchtet werden, dass die Regelung zu einer Verschärfung bereits bestehender Allokationsprobleme beiträgt, da mit der Definition „ländlicher oder strukturschwacher Gebiete“ selbst in überversorgten großstädtischen Agglomerationsräumen weitere Sitze ausgewiesen werden können.

C) Änderungsvorschlag

a) Streichung dieser Regelung

Alternativ, falls dem unter Buchstabe a) aufgeführten Änderungsvorschlag nicht entsprochen wird:

b) Einfügung eines neuen Satzes 5 nach dem neuen Satz 4 in Absatz 2: „Hierbei haben die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden die vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 101 Absatz 1 Nummern 3 und 3a SGB V in der Bedarfsplanungs-Richtlinie aufgestellten Beurteilungsmaßstäbe zu Grunde zu legen und ihren Auftrag gegenüber dem Landesausschuss zu begründen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 55 Buchstabe c)

§ 103 Abs. 3a Satz 3 – Zulassungsbeschränkungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber ermöglicht mit dieser Neuregelung dem G-BA, Steuerungsmöglichkeiten hinsichtlich besonderer Schwerpunkte vertragsärztlicher Berufsausübung zu verbessern, indem bei der Entscheidung über Nachbesetzungen auf die Weiterführung erwünschter Versorgungsschwerpunkte Bezug genommen werden kann.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist im Zusammenhang mit den Regelungen in § 101 Absatz 1 Satz 8 zu verstehen: demnach ist ein Nachbesetzungsverfahren auch dann durchzuführen, wenn eine Praxis eigentlich aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist, die Weiterführung eines Schwerpunktes aber als wünschenswert angesehen wird.

So sehr die Intentionen des Gesetzgebers zur Erweiterung der Steuerungsmöglichkeiten des G-BA zu begrüßen sind, so problematisch erscheint die mit der Regelung verbundene weitere Beschränkung der ohnehin begrenzten Möglichkeiten, überflüssige Arztsitze abzubauen. Die Regelung ist damit der von verschiedenen Seiten politisch geforderten Erweiterung der Flexibilität der Bedarfsplanung abträglich, da Versorgungsstrukturen und Versorgungsdisparitäten perpetuiert werden.

In der Bilanz der Bewertung ist diese vorgesehene Regelung abzulehnen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 55 Buchstabe d) Doppelbuchstabe aa)

§ 103 Absatz 4 Satz 2 – Zulassungsbeschränkungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber stimmt mit dieser Folgeänderung den Absatz 4 Satz 2 mit dem neuen Absatz 2 ab. Bei der Regelung in Absatz 2 geht es darum, auch bei einem Verzicht auf eine hälftige Zulassung diesen Sitz unverzüglich wieder auszuschreiben.

B) Stellungnahme

Folgeänderung zur Änderung in § 103 Absatzes 2, dass die obersten Landesbehörden in Zukunft ohne Zustimmung der Ärzte und Krankenkassen weitere Sitze in ländlichen Gebieten einrichten können. Solche Sitze sind in Zukunft „unverzüglich auszuschreiben“, wie in der Gesetzesbegründung ausgeführt wird.

Der Folgeänderung wird nicht zugestimmt, weil die vorgesehene Änderung in § 103 Absatz 2 insgesamt abzulehnen ist.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Neuregelung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 55 Buchstabe d) Doppelbuchstabe bb)

§ 103 Absatz 4 Satz 5 – Zulassungsbeschränkungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber verschärft die bereits bestehende Regelung zur Nachbesetzung von Stellen in MVZs, indem er eine bisherige „Kann-Regelung“ zu einem spezifischen Versorgungsbereich in eine verpflichtende Regelung wandelt.

B) Stellungnahme

Der Gesetzgeber verpflichtet mit dieser Regelung den Zulassungsausschuss, bei Nachbesetzungen Besonderheiten des Versorgungsangebots von Medizinischen Versorgungszentren zu berücksichtigen. Bisher handelte es sich um eine „Kann-Regelung“.

Es geht hierbei vor allem um die Regulierung des Verhältnisses von niedergelassenen Ärzten und Medizinischen Versorgungszentren bei der Leistungserbringung. Der GKV-Spitzenverband begrüßt diese Änderung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 195 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 55 Buchstabe d) Doppelbuchstabe cc)

§ 103 Abs. 4 Satz 10 – Zulassungsbeschränkungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber hebt den bisherigen Satz 10 auf.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 103 Absatz 4 Satz 5.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 55 Buchstabe e) Doppelbuchstabe aa)

§ 103 Abs. 4a Satz 2 – Zulassungsbeschränkungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber ermöglicht Ärzten eine Weiterführung ihrer Tätigkeit an ihrem bisherigen Praxisort auch dann, wenn diese Ärzte ihre Zulassung in ein MVZ einbringen, welches an einem anderen Ort angesiedelt ist.

B) Stellungnahme

Die Regelung ermöglicht Ärzten auch bei Verzicht auf eine bisherige Zulassung zugunsten einer Tätigkeit in einem MVZ weiterhin am bisherigen Praxisort tätig zu sein, d.h. ein MVZ kann mit dieser Regelung sehr unterschiedliche Versorgungsräume abdecken und der in die Unselbständigkeit wechselnde Arzt kann weiterhin in seiner bisherigen Praxis arbeiten.

Wenn damit auch unter einer planerischen Perspektive die Übersichtlichkeit des Versorgungsangebots leidet, könnte mit der Regelung eine größere Verstetigung des vorhandenen Leistungsangebots erreicht werden. Die Regelung ist grundsätzlich positiv zu bewerten.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 55 Buchstabe e) Doppelbuchstabe bb)

§ 103 Abs. 4a Satz 3 – Zulassungsbeschränkungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber regelt zur Nachbesetzung von Sitzen in Medizinischen Versorgungszentren, dass diese ggf. auch im Fall von Zulassungsbeschränkungen möglich sind, aber durch den Zulassungsausschuss abgelehnt werden können, wenn eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist.

B) Stellungnahme

Medizinische Versorgungszentren müssen zukünftig einen Antrag auf Nachbesetzung von Sitzen stellen, die in einem MVZ vakant werden. Der Zulassungsausschuss kann solche Anträge aus Versorgungsgründen ablehnen.

Die Regelung beschränkt die bisher weiter gefassten Möglichkeiten der MVZs auf Nachbesetzung in sachgerechter Weise.

Die Regelung ist aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen im Hinblick auf die Beschränkung (Überprüfung der Versorgungsnotwendigkeit) positiv zu bewerten.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 55 Buchstabe f) Buchstabe aa)

§ 103 Abs. 4b Satz 2 – Zulassungsbeschränkungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber ermöglicht Ärzten eine Weiterführung ihrer Tätigkeit an ihrem bisherigen Praxisort auch dann, wenn diese Ärzte als Angestellte in einer anderen Praxis tätig werden, welche in einem anderen Planungsbereich angesiedelt ist.

B) Stellungnahme

Auch hierbei handelt es sich um eine Parallelregelung zu der im neuen Satz 2 des Absatzes 4a getroffenen Regelung zum Verzicht von Vertragsärzten in gesperrten Planungskreisen zugunsten einer Anstellung in Arztpraxen in anderen Planungskreisen. Die Änderung erscheint sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 55 Buchstabe f) Doppelbuchstabe bb)

§ 103 Abs. 4b Satz 3 bis 5 – Zulassungsbeschränkungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber regelt bei der Nachbesetzung von Sitzen, dass diese ggf. im Fall von Zulassungsbeschränkungen möglich sind, aber durch den Zulassungsausschuss abgelehnt werden können, wenn eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist.

Der Gesetzgeber legt weiterhin fest, dass einem Antrag auf Nachbesetzung stattzugeben ist, wenn die Nachbesetzung durch einen Nachfolger erfolgt, der Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 erfüllt.

B) Stellungnahme

Auch hierbei handelt es sich um eine Parallelregelung, die die Bestimmungen zur Nachbesetzung von Arztsitzen mit denen von angestellten Ärzten in MVZs egalisieren soll.

Die Regelung ist aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen positiv zu bewerten.

Die Festlegung, dass bei einer erfüllten Quote gemäß § 101 Abs. 1 Satz 8, dem Antrag stattzugeben ist, wird hingegen als kritisch gesehen. Die vorgesehene Verpflichtung zur Nachbesetzung (Satz 5 neu) erscheint nicht sachgerecht, da keine Prüfung der Versorgungsnotwendigkeit erfolgt.

C) Änderungsvorschlag

§ 103 Absatz 4b Satz 5 (neu) wird wie folgt gefasst:

„Der Zulassungsausschuss hat bei seiner Entscheidung zu berücksichtigen, ob der vorgesehene Nachfolger ggf. bestehende Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 erfüllt. Ergebnisse einer Prüfung der Versorgungsnotwendigkeit sind zu berücksichtigen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 56 Buchstabe a)

§ 105 Abs. 1 – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber hebt in Absatz 1 Satz 1 zweiter Halbsatz und die Sätze 2 und 3 auf. Diese Aufhebung ist darin begründet, dass in Zukunft eine verpflichtende Zahlung von Sicherstellungszuschlägen vorgesehen ist.

B) Stellungnahme

Hierbei geht es um eine Folgeänderung zur Neufassung des § 105 Absatz 4 Satz 1, demzufolge die KVen verpflichtet werden, Sicherstellungszuschläge bei eingetretener oder drohender Unterversorgung zu zahlen.

Der GKV-Spitzenverband lehnt eine verpflichtende Zahlung von Sicherstellungszuschlägen ab. Es handelt sich hierbei um fachfremde Strukturzuschläge, die nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit Krankenbehandlung stehen.

Die mit der Änderung verbundene Streichung der Benehmensregelung beim Betrieb von Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen ist ebenso abzulehnen, wie die mit der Streichung von Satz 3 vorgesehene Herausnahme der Finanzierung in den Eigeneinrichtungen erbrachten ärztlichen Leistungen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung.

C) Änderungsvorschlag

Satz 1 zweiter Halbsatz und die Sätze 2 und 3 in Absatz 1 werden beibehalten.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 56 Buchstabe b) Doppelbuchstabe aa)

§ 105 Abs. 1a Satz 1 – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber führt eine Verpflichtung zur weitergehenden Finanzierung des Strukturfonds ein und verdoppelt die zur Verfügung zu stellenden Finanzmittel. Nunmehr müssen nicht nur 0,1 Prozent sondern bis höchstens 0,2 Prozent der Gesamtvergütung hierfür zur Verfügung stehen.

B) Stellungnahme

Der Gesetzgeber macht mit dieser Regelung in § 105 die Finanzierung von Strukturfonds verbindlich, erhöht zugleich die Ausstattung (bis zum Doppelten der bisherigen Summe) und ergänzt den Verwendungszweck.

Die Krankenkassen werden verpflichtet, die Hälfte des zukünftig zudem höheren Betrages für den Strukturfonds aufzubringen, ohne eine Mitwirkungsmöglichkeit bei der Verwendung der Mittel zu haben. Die Regelung ist abzulehnen, da hiermit bereits bestehende Verpflichtungen zur Finanzierung fachfremder Leistungen ausgeweitet würden und darüber hinaus die ohnehin eingeschränkten Mitsprachemöglichkeiten der Krankenkassen abgeschafft würden.

Eine verpflichtende Einrichtung von Strukturfonds wird auch deshalb abgelehnt, da nicht alle Regionen gleichermaßen von den zu adressierenden Strukturproblemen betroffen sind. Gelder sollten vorrangig dort zum Einsatz kommen, wo dringender Bedarf besteht. Das Gießkannenprinzip wird im Ergebnis die Ungleichgewichte eher verstärken, da auch in überversorgten Regionen Mittel des Strukturfonds verpflichtend zum Einsatz kommen müssten. Eine Entkopplung der Bildung eines Strukturfonds von der Konzentration auf unterversorgte Gebiete mit der Verpflichtung, zusätzliche Versichertengelder auch in überversorgte Regionen zu lenken, konterkariert Bestrebungen, die Versorgung gerade in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen zu stärken. Um sicherzustellen, dass zusätzliche Versichertengelder zielgerichtet zur Berücksichtigung besonderer regionaler Versorgungsbedürfnisse eingesetzt werden, sollen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen ein gleichberechtigtes Mitspracherecht erhalten. Darüber hinaus ist die private Krankenversicherung (PKV) finanziell in angemessenem Umfang an Fördermaßnahmen zu beteiligen.

Bereits heute können die Mittel des Strukturfonds nicht ausgeschöpft werden. Die beabsichtigte Festschreibung sowie gleichzeitige Möglichkeit zur Verdoppelung der zur Verfügung zu stellenden Mittel ist daher nicht sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 56 Buchstabe b) Doppelbuchstabe bb)

§ 105 Abs. 1a Satz 2 – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Satz 2 werden durch den Gesetzgeber die Wörter „Hat die Kassenärztliche Vereinigung einen Strukturfonds nach Satz 1 gebildet, durch das Wort „Die“ ersetzt und nach dem Wort „Ersatzkassen“ das Wort „haben“ eingefügt.

B) Stellungnahme

Folgeänderung zur Regelung in § 105 Abs. 1a Satz 2. (s.o.) Der GKV-Spitzenverband lehnt diese Verpflichtung grundsätzlich deshalb ab, weil es sich hierbei um fachfremde Strukturzuschläge handelt, die nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit Krankenbehandlung stehen. Zudem sieht die Regelung keinerlei Mitsprachemöglichkeit bei der Verteilung der Mittel vor.

C) Änderungsvorschlag

§ 105 Absatz 1a Satz 2 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 56 Buchstabe b) Doppelbuchstabe cc)

§ 105 Abs. 1a Satz 3 – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber sieht vor, dass die Mittel des Strukturfonds insbesondere für folgende Maßnahmen verwendet werden sollen:

1. Zuschüsse zu den Investitionskosten bei der Neuniederlassung, bei Praxisübernahmen oder bei der Gründung von Zweigpraxen,
2. Zuschläge zur Vergütung und zur Ausbildung,
3. Vergabe von Stipendien,
4. Förderung von Eigenrichtungen nach Absatz 1b und von lokalen Gesundheitszentren für die medizinische Grundversorgung,
5. Förderung der Erteilung von Sonderbedarfszulassungen,
6. Förderung des freiwilligen Verzichts auf die Zulassung als Vertragsarzt, insbesondere bei Verzicht auf einen Nachbesetzungsantrag nach § 103 Abs. 3a Satz 1, und Entschädigungszahlungen nach § 103 Absatz 3a Satz 13.

Der Gesetzgeber legt zudem fest, dass die für den Strukturfonds bereitgestellten Mittel vollständig zur Förderung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung verwendet werden.

B) Stellungnahme

Der Gesetzgeber spezifiziert mit der Regelung die Verwendung der Mittel des Strukturfonds. Mit der Neufassung in die Finanzierung/Förderung durch den Strukturfonds aufgenommen wird eine Verwendung für Investitionskosten bei Praxisübernahmen, Förderung von Eigenrichtungen der KVen, Förderung von lokalen Gesundheitszentren, Förderung von Sonderbedarfszulassungen, Förderung bei einem freiwilligen Verzicht sowie für Entschädigungszahlungen nach § 103 Abs. 3a.

Aus Sicht der GKV erscheint hierbei u. a. besonders problematisch, dass die Krankenkassen nunmehr für Entschädigungszahlungen bei der Aufgabe von Arztsitzen hälftig herangezogen werden sollen; bisher war nach § 103 Abs. 3a lediglich die jeweilige KV in der Pflicht. Aber auch andere der hier vorgesehenen Maßnahmen erscheinen sachfremd, wie z. B. die auch

schon bisher im § 105 Absatz 1a aufgelistete Vergabe von Stipendien an Ärzte und Psychotherapeuten, die neue vorgesehene finanzielle Förderung von Sonderbedarfszulassungen und die Förderung von Eigeneinrichtungen. Solche Finanzierungen gehört nicht zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenkassen. Die Regelung ist abzulehnen, weil Mittel der Beitragszahler für sachfremde Kosten aufgewendet werden sollen.

Zudem will der Gesetzgeber verhindern, dass Mittel des Strukturfonds, die nicht verbraucht wurden, wieder an die Krankenkassen zurückfließen oder in die Gesamtvergütung eingehen.

Für die GKV erscheint diese Regelung zumindest ambivalent, da nicht zwingend davon ausgegangen werden kann, dass die mit dem Strukturfonds bereitgestellten Mittel auch aus Krankenkassensicht sinnvoll und angemessen eingesetzt werden. Soweit die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zur Finanzierung des Strukturfonds herangezogen werden, muss sichergestellt sein, dass eine Beteiligung der Krankenkassen an der Mittelverteilung gewährleistet ist. Das ist mit der hier vorgestellten Regelung nicht zu erreichen.

Da die den KVen obliegende Sicherstellung der Versorgung mit zusätzlichen finanziellen Mitteln der Beitragszahler gewährleistet werden soll, ist es angemessen und sachgerecht, wenn nicht für diese Zwecke verausgabte Mittel an die Beitragszahler zurückerstattet werden.

Darüber hinaus sind die KVen über eingesetzte Mittel des Strukturfonds nicht rechenschaftspflichtig. Es besteht keine Transparenz über die Verwendung der Mittel des Strukturfonds. Da die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung mit zusätzlichen Versichertengeldern gefördert wird, sollte zumindest ein Bericht über die Mittelverwendung von den KVen erstellt und veröffentlicht werden müssen.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelung zur Nutzung des Strukturfonds entfällt.

Hilfsweise: Nach § 105 Absatz 1a Satz 3 (neu) Einfügung eines Satz 4: „Bei der Vergabe der Mittel haben sich Kassenärztliche Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen abzustimmen.“

Zudem ist eine Änderung des neuen Satzes 4 vorzusehen:

„Es ist sicherzustellen, dass sofern die für den Strukturfonds bereitgestellten Mittel nicht vollständig zur Förderung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung verwendet werden wurden, die Kassenärztlichen Vereinigungen die von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen erhaltenen Fördermittel zurück zu zahlen haben.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 206 von 421

Anfügung neuer Satz 5:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen erstellen einen Bericht über die mit Mitteln des Strukturfonds getroffenen Maßnahmen. In dem Bericht ist Rechenschaft über die Mittelverwendung abzulegen. Der Bericht ist mindestens jährlich zu veröffentlichen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 56 Buchstabe c)

§ 105 Abs. 1b und 1c – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber ermöglicht mit der Regelung gemäß § 105 Abs. 1b den Kassenärztlichen Vereinigungen einen Betrieb von Einrichtungen, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung von Versicherten dienen, oder sich an solchen Einrichtungen beteiligen. Einrichtungen können auch durch Kooperationen und gemeinsam mit Krankenhäusern und auch in Form von mobilen Praxen, Patientenbussen oder ähnlichen Versorgungsangebotsformen sowie für die Durchführung von mobilen oder digitalen Sprechstunden betrieben werden.

In solchen Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 100 Absatz 1 getroffen hat, sind die Kassenärztlichen Vereinigungen zum Betreiben von Einrichtungen sogar verpflichtet. Für die Vergütung der ärztlichen Leistungen, die in den Einrichtungen erbracht werden, sind die Regelungen nach den §§ 87 bis 87c anzuwenden.

Zudem werden die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 105 Abs. 1c verpflichtet an dem Verfahren zur Vergabe von Studienplätzen mitzuwirken, sofern dies durch Landesrecht bestimmt wird.

B) Stellungnahme

Zum einen werden hier Möglichkeiten erweitert oder geschaffen, Eigeneinrichtungen seitens der KVen einzurichten und zu betreiben auch in Kooperation mit Kommunen, Krankenhäusern etc; zum anderen ist hier eine Verpflichtung der KVen aufgenommen worden, im Fall von festgestellter Unterversorgung oder drohender Unterversorgung solche Eigeneinrichtungen aufzubauen. Die KVen müssen sich dabei allerdings nicht mehr – wie bisher – mit den Krankenkassen ins Benehmen setzen. Grundsätzlich ist eine Verpflichtung der KVen zur Einrichtung von Eigeneinrichtungen zu begrüßen. Allerdings ist kritisch zu bewerten, dass sie sich hierbei nicht mehr mit den Krankenkassen abstimmen müssen. Unter Versorgungsgesichtspunkten erscheint jedoch eine Abstimmung mit den Krankenkassen in jedem Fall sinnvoll, wie sie im bisherigen § 105 Absatz 1 Satz 2 auch enthalten war.

Der Gesetzgeber trifft in Absatz 1c Regelungen, die die Einführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung auf dem Lande anstreben. Konkret geht es hierbei um die Einfüh-

rung und Umsetzung einer sogenannten „Landarztquote“. Die Regelung wird von der GKV befürwortet.

C) Änderungsvorschlag

§ 105 Absatz 1b Satz 5 (neu): „Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben sich bei der Vergabe der Mittel mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen abzustimmen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 56 Buchstabe d)

§ 105 Abs. 3 – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber hebt Absatz 3 auf, weil die finanzielle Förderung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zukünftig aus Mitteln des Strukturfonds getragen werden soll.

B) Stellungnahme

Es handelt sich hierbei um eine Folgeänderung zur neuen Nummer 6 in Absatz 1a Satz 3. Danach kann künftig aus Mitteln des Strukturfonds der freiwillige Verzicht auf die Zulassung als Vertragsarzt ebenso finanziell gefördert werden wie auch Entschädigungszahlungen im Fall einer Entscheidung des Zulassungsausschusses zur Nichtnachbesetzung eines Sitzes. Die Änderung ist folgerichtig; der GKV-Spitzenverband lehnt aber die Verpflichtung zum Ausbau des Strukturfonds, zur Mittelverteilung und zu den Finanzierungsmodalitäten grundsätzlich ab.

C) Änderungsvorschlag

Keine Streichung des Absatzes 3.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 56 Buchstabe e)

§ 105 Abs. 4 Satz 1 – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber legt fest, dass von der Kassenärztlichen Vereinigung in solchen Gebieten Sicherstellungszuschläge an die dort tätigen vertragsärztlichen Leistungserbringer zu zahlen sind, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 oder 3 getroffen hat. Über die Höhe der Sicherstellungszuschläge je Arzt und über die Anforderungen an den berechtigten Personenkreis entscheidet der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen.

A) Stellungnahme

Mit der Regelung wird eine obligatorische Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an solche ärztlichen Leistungserbringer eingeführt, die in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten tätig sind. Die bisherige Ermessensentscheidung, an der auch die Krankenkassen beteiligt waren, wird damit abgelöst. Die Dauer der Zahlung ist an den Ist-Zustand (bestehende oder drohende Unterversorgung) gebunden. Lediglich bezüglich der Höhe der Zahlung entscheidet (unter Beteiligung der Krankenkassen) der Landesausschuss.

Der Gesetzgeber verringert bestehende Spielräume bei der Vergabe von Sicherstellungszuschlägen, womit die Krankenkassen in immer stärkerem Maß zur Finanzierung der ambulanten Versorgungsinfrastruktur unter Wegfall jeder Steuerungswirkung in diesem Bereich verpflichtet werden, da am Ende jede Niederlassung mit einem Zuschlag bedacht wird, wenn Unterversorgung besteht oder droht. Die Regelung erscheint wegen der verpflichtenden Zahlung von Zuschlägen bei unklarer Steuerungswirkung ausgesprochen problematisch und ist grundsätzlich abzulehnen.

Falls der Gesetzgeber auf eine Regelung nicht verzichten kann ist eine Informationspflicht der Landesausschüsse gegenüber der Bundesebene (KBV, GKV-SV) vorzusehen.

B) Änderungsvorschlag

Es erfolgt eine Ergänzung von Absatz 4 Satz 1:

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 211 von 421

„Der Landesauschuss übermittelt jährlich Informationen über Empfänger und Höhe der Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an den GKV-Spitzenverband und an die Kassenärztliche Bundesvereinigung.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 57

§ 106a Abs. 4 – Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlicher Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzesvorschlag sieht vor, dass in den Vereinbarungen zur Prüfung ärztlicher Leistungen Praxisbesonderheiten zu vereinbaren sind, die auf Antrag bereits vor Durchführung der Prüfung anerkannt werden müssen.

B) Stellungnahme

Bereits jetzt werden in den Prüfvereinbarungen nach § 106 Abs. 1 Satz 2 SGB V Praxisbesonderheiten vereinbart. Diese beziehen sich in der Regel auf Arzneimittel, die mit bestimmten Erkrankungen im Zusammenhang stehen.

Die in der Gesetzesbegründung aufgeführten Beispiele für Praxisbesonderheiten können bereits heute – soweit hinreichend substantiiert – in einem Prüfverfahren angeführt werden, um Auffälligkeiten in der Leistungserbringung im Verhältnis zum Durchschnitt der Arztgruppe zu begründen. Der Gesetzentwurf zielt daher in erster Linie darauf ab, dem Arzt zu ermöglichen, Praxisbesonderheiten prospektiv anerkennen zu lassen, um ein Prüfverfahren erst gar nicht entstehen zu lassen. Tatsächlich kann die Annahme sinnvoll sein, dass strukturellen Eigenschaften einer Arztpraxis, die keinem schnellen Wandel unterworfen sind, nach erstmaliger Feststellung fortbestehen und nicht ständig überprüft werden müssen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 58 Buchstaben a) und b)

§ 106b – Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber beabsichtigt, die Verweise in § 106b SGB V auf den überarbeiteten § 89 SGB V zu setzen. Eine spezielle Regelung zur nicht-aufschiebenden Wirkung von Klagen gegen Schiedsentscheidungen soll aufgehoben werden.

B) Stellungnahme

Die Anpassung der Verweise sind redaktionelle und inhaltliche Folgeänderungen zu den Änderungen in § 89 SGB V (vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 45). Die Aufhebung der speziellen Regelung zur nicht-aufschiebenden Wirkung von Klagen gegen Schiedsentscheidungen wird durch die Neufassung von § 89 SGB V entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 59 Buchstabe a)

§ 106d Absatz 2 – Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 2 Satz 1 wird nach dem Wort „Plausibilität“ ein Komma und werden die Wörter „auf Einhaltung der Vorgaben nach § 295 Absatz 4 Satz 3“ eingefügt.

B) Stellungnahme

Diese Folgeregelung ergänzt die Prüfung der Einhaltung der Prüfmaßstäbe für die verbindlichen und bundeseinheitlichen Regelungen für die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren im Rahmen der Abrechnungsprüfung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 215 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 59b

§ 106d Absatz 7 – Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 106d Absatz 7 wird das Wort „Absatz 4b“ durch das Wort „Absatz 4“ ersetzt.

B) Stellungnahme

Redaktionelle Änderung des Verweises

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 60 Buchstabe a)

§ 114 Abs. 2 – Landesschiedsstelle

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der beabsichtigten Neufassung von § 89 SGB V. Sofern eine Einigung über die Bestellung des Vorsitzenden und der weiteren unparteiischen Mitglieder der Landesschiedsstelle durch die Organisationen nach § 114 Abs. 2 Satz 4 SGB V nicht zustande kommt, sollen diese gemäß § 89 Abs. 6 Satz 3 des Gesetzentwurfs durch die Aufsicht bestimmt werden.

B) Stellungnahme

Die Änderung wird abgelehnt. Wie bereits für das Schiedsamt nach § 89 SGB V und das erweiterte Schiedsgremium nach § 89a SGB V dargestellt, ist auch für die Landesschiedsstellen nicht erkennbar, dass die Akzeptanz eines durch die Aufsichtsbehörde bestimmten unparteiischen Mitglieds stärker gegeben ist als eines mittels Losverfahren gezogenen Mitglieds. Denn im Rahmen des Losverfahrens erfolgt die Entscheidung über die Bestellung zugunsten eines von den Organisationen vorgeschlagenen Mitglieds. Wie auf Bundesebene wird daher auch für die Landesebene bei der Bestellung der unparteiischen Mitglieder für die Landesschiedsstelle nach § 114 SGB V ein vereinfachtes und modifiziertes Losverfahren bevorzugt.

Die modifizierten und vereinfachten Regelungen zum Losverfahren finden sich in § 89 Abs. 6 Satz 3 bis 7 SGB V in der Fassung des Vorschlags des GKV-Spitzenverbandes. Der Verweis in § 114 Abs. 2 Satz 4 SGB V ist entsprechend anzupassen.

C) Änderungsvorschlag

Art. 1 Nr. 60 a) wird wie folgt geändert:

§ 114 Absatz 2 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, entscheidet das Los; § 89 Absatz 6 Satz 3 bis 7 gilt entsprechend.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 217 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 60 Buchstabe b)

§ 114 Abs. 5 – Landesschiedsstelle

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 114 Abs. 5 SGB V soll der Verweis auf die erweiterte Schiedsstelle nach § 115 Abs. 3 SGB V gestrichen werden.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung, da die Zuständigkeit der bisher in § 115 Abs. 3 SGB V bestimmten erweiterten Schiedsstelle nun auf das sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a SGB V übergeleitet wurde.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 61 Buchstabe a)

§ 115 Abs. 3 – Beziehungen zu Krankenhäusern und Vertragsärzten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 115 SGB V kooperieren Krankenkassen und Leistungserbringer im Rahmen dreiseitiger Verträge, für deren Konfliktfall bisher die Landesschiedsstelle nach § 114 SGB V als erweiterte Schiedsstelle agierte. Nach der Neuregelung soll im Konfliktfall das sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a SGB V entscheiden.

B) Stellungnahme

Folgeänderung zur beabsichtigten Schaffung eines sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene in § 89a SGB V. Auf die Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 48 und den dort dargestellten Änderungsbedarf wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 219 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 61 Buchstabe b)

§ 115 Abs. 3a– Beziehungen zu Krankenhäusern und Vertragsärzten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Sonderregelung in § 115a Abs. 3a SGB V wird gestrichen.

B) Stellungnahme

Die Streichung in § 115a Abs. 3a SGB V ist sachgerecht, da die dort genannte Frist bereits abgelaufen ist und für zukünftige Konflikte das sektorenübergreifende Gremium nach § 89a SGB V zuständig ist. Auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 48 und den dort dargestellten Änderungsbedarf wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 62

§ 115b – Ambulantes Operieren im Krankenhaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der sektorenübergreifenden Vereinbarung nach § 115b Abs. 3 SGB V soll im Konfliktfall das sektorenübergreifende Entscheidungsgremium entscheiden, sodass die entsprechenden Regelungen des § 89a SGB V gelten. Darüber hinaus wird die Vorschrift redaktionell angepasst, da die Vereinbarung nach Absatz 1 inzwischen vorliegt.

B) Stellungnahme

Folgeänderung zur beabsichtigten Schaffung eines sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene in § 89a SGB V. Auf die Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 48 und den dort dargestellten Änderungsbedarf wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 63

§ 116b – Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der sektorenübergreifenden Vereinbarung zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b Absatz 1 Satz 2 SGB V soll im Konfliktfall das sektorenübergreifende Entscheidungsgremium entscheiden, sodass die entsprechenden Regelungen des § 89a SGB V gelten.

B) Stellungnahme

Folgeänderung zur beabsichtigten Schaffung eines sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene in § 89a SGB V. Auf die Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 48 und den dort dargestellten Änderungsbedarf wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 64 Buchstaben a) und b)

§ 117 – Hochschulambulanzen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der sektorenübergreifenden Vereinbarung zur Versorgung durch Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V soll im Konfliktfall das sektorenübergreifende Entscheidungsgremium entscheiden, sodass die entsprechenden Regelungen des § 89a SGB V gelten. Die Regelungen zur Besetzung, Beschlussfassung und Ausnahmeregelungen in § 117 Abs. 1 Satz 6 bis 8 SGB V werden gestrichen.

B) Stellungnahme

Folgeänderung zur beabsichtigten Schaffung eines sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene in § 89a SGB V. Auf die Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 48 und den dort dargestellten Änderungsbedarf wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 65 Buchstaben a) und b)

§ 118 – Psychiatrische Institutsambulanzen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der sektorenübergreifenden Vereinbarung zur Versorgung durch psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 Abs. 2 SGB V soll im Konfliktfall das sektorenübergreifende Entscheidungsgremium entscheiden, sodass die entsprechenden Regelungen des § 89a SGB V gelten. Die Regelungen zur Besetzung und Beschlussfassung in § 118 Abs. 2 Satz 4 und 5 SGB V werden gestrichen.

B) Stellungnahme

Folgeänderung zur beabsichtigten Schaffung eines sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene in § 89a SGB V. Auf die Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 48 und den dort dargestellten Änderungsbedarf wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 66

§ 118a – Geriatrische Institutsambulanzen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der sektorenübergreifenden Vereinbarung zur Versorgung durch geriatrische Institutsambulanzen nach § 118a Abs. 2 Satz 1 SGB V soll im Konfliktfall das sektorenübergreifende Entscheidungsgremium entscheiden, sodass die entsprechenden Regelungen des § 89a SGB V gelten.

B) Stellungnahme

Folgeänderung zur beabsichtigten Schaffung eines sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene in § 89a SGB V. Auf die Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 48 und den dort dargestellten Änderungsbedarf wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 225 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 67

§ 120 Abs. 3a Satz 1 – Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 120 Absatz 3a Satz 1 werden die Wörter „Absatz 3 Satz 5“ durch die Wörter „Absatz 3 Satz 6“ ersetzt.

B) Stellungnahme

Redaktionelle Folgeänderung zu § 87a Absatz 3 Satz 5 und 6 neu.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 226 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 68

§ 127 Abs. 4a Satz 2 – Verträge

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass die schriftlich zu dokumentierende Beratung der Leistungserbringer für Versicherte auch elektronisch erfolgen kann.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 69 Buchstaben a) b) c)

§ 129 – Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber beabsichtigt neben der Ergänzung des Titels von § 129 SGB V um das Wort Verordnungsermächtigung zwei inhaltliche Änderungen in § 129 SGB V vorzunehmen.

- b) Aufgrund der Neufassung des § 89 SGB V ist die redaktionelle Anpassung eines Verweises vorgesehen.
- c) Die Grundlage für die Verordnung über die Schiedsstelle für Arzneimittelversorgung und die Arzneimittelabrechnung in § 129 Absatz 10 Satz 2 soll dahingehend neugefasst werden, dass die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder, das Verfahren, das Teilnahmerecht an den Sitzungen sowie eine Regelung über die Verteilung der Kosten Gegenstand dieser Verordnungen sein können.

B) Stellungnahme

Zu b):

Auch für die Schiedsstelle nach § 129 Abs. 8 SGB V lehnt der GKV-Spitzenverband eine Abschaffung des Losverfahrens zu Gunsten einer Bestellung durch die Aufsichtsbehörde ab. Vorgeschlagen wird stattdessen eine Beibehaltung des Losverfahrens, allerdings in modifizierter und vereinfachter Form. Insoweit wird auf die Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 48 verwiesen.

Die modifizierten und vereinfachten Regelungen zum Losverfahren finden sich in § 89 Absatz 6 Satz 5 bis 8 SGB V in der Fassung des Vorschlags des GKV-Spitzenverbandes. Der Verweis in § 129 Absatz 8 Satz 4 SGB V ist entsprechend anzupassen.

Zu c):

Gemäß § 89 Abs. 10 Satz 4 SGB V (neu) umfasst das Aufsichtsrecht auch die Teilnahme an den Sitzungen. Nach Neuentwurf der Schiedsverordnung gem. § 89 Absatz 11 (neu) und des § 89a Absatz 11 (neu) (derzeit Schiedsamtverordnung) umfasst das Recht der Aufsichtsbehörde zur Teilnahme an den Sitzungen gem. § 8 Abs. 1 Satz 4 Schiedsverordnung (neu) auch das Recht zur Anwesenheit bei den Beratungen und der Beschlussfassung. Ein Teilnahmerecht der Aufsichtsbehörde für die Schiedsstelle nach § 129 Abs. 8 SGB V lehnt der GKV-Spitzenverband ab. Es wird auf die ausführliche Stellungnahme zur entsprechenden Neufas-

sung von § 89 und § 89a und die vorgesehenen Änderungen der Schiedsamtverordnung
verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 63 b) wird wie folgt geändert:

Absatz 8 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, entscheidet das Los; § 89 Absatz 6 Satz 5 bis 8
gilt entsprechend.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 70 Buchstaben a) – c)

§ 130a – Rabatte pharmazeutischer Unternehmer

A) Beabsichtigte Neuregelung

Derzeit wird der Impfstoffabschlag nach § 130a Absatz 2 SGB V dadurch ermittelt, dass Preise aus vier wirtschaftlich vergleichbaren Ländern der Europäischen Union für den wirkstoffidentischen Impfstoff gewichtet zur Ermittlung eines Referenzpreises herangezogen werden. Die Differenz zwischen dem Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers und dem Referenzpreis dient zur Ermittlung der Höhe des Impfstoffabschlags. Der Gesetzgeber beabsichtigt nun zwei Änderungen sowie eine Klarstellung beim Impfstoffabschlag vorzunehmen.

- a) Die Referenzländer sollen zukünftig nicht auf die Europäische Union beschränkt bleiben, sondern sich auf den gesamten Europäischen Wirtschaftsraum erstrecken.
- b) In Ergänzung zum auf Basis der Referenzländer ermittelten Impfstoffabschlag soll zukünftig ein Abschlag in Höhe von 5% bzw. 10% bei Grippeimpfstoffen anfallen.
- c) Der Gesetzgeber beabsichtigt klarzustellen, dass für den Fall, dass der Abschlag nach § 130a Absatz 2 SGB V nicht ermittelt werden kann, der Abschlag nach § 130a Absatz 1 SGB V in anzuwenden sein soll.

B) Stellungnahme

Zu a) und c)

Die vorgesehenen Neuregelungen sind nachvollziehbar und sachgerecht. Der GKV-Spitzenverband befürwortet beide Regelungen.

Zu b)

Grundsätzlich ist die Schaffung eines prozentualen Abschlags auf Impfstoffe in Ergänzung zum gewichteten europäischen Referenzpreis sinnvoll. Die Erfahrung mit den anderen gesetzlichen Herstellerabschlägen nach § 130a SGB V, insbesondere dem Generikaabschlag nach § 130a Absatz 3b SGB V, zeigen jedoch, dass ein Herstellerabschlag nur dann ein effektives Regulierungsinstrument sein kann wenn es mit einem Preismoratorium verbunden wird. Neu auf den Markt kommende Generika, die unter die Regelungen des Abschlags fallen, kommen in der Regel mit einem zu hohen Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers in den Markt, in den der Abschlag bereits eingepreist ist. Nach kurzer Zeit im Markt wird,

entsprechend der Vorgaben des § 130a Absatz 3b, eine Preissenkung durchgeführt, die den pharmazeutischen Unternehmer von der Abführung des Generikaabschlags entbindet.

Überträgt man diese Erfahrungen auf den Markt für Impfstoffe ist also damit zu rechnen, dass die 5% zw. 10% bei Grippeimpfstoffen einfach auf den Abgabepreis aufgeschlagen werden. Nur durch ein Einfrieren der Preise auf einem Niveau, das bereits vor der Einführung der Neuregelung galt, macht hier ein strategisches Verhalten unmöglich. Der GKV-Spitzenverband regt deshalb die Einführung eines Preismoratoriums für Impfstoffe mit Stand 01.09.2018 an.

Für Grippeimpfstoffe stellt sich diese Situation noch etwas komplexer dar. Die Impfstoffe werden jährlich neu auf den Markt gebracht. Entsprechend können trotz eines Preismoratoriums die Abschläge jeweils prospektiv in den Abgabepreis eingepreist werden und die Regelung führt ins Leere. Entsprechend ist es notwendig, eine generische Definition für Grippeimpfstoffe zu finden, sodass die Preismoratoriumsabschläge sich an der Gesamtheit der sogenannten Grippeimpfstoffe – unabhängig von der jährlichen Ausbringung – orientieren.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 70 c) wird folgendermaßen gefasst:

Nach Satz 4 werden folgende Sätze eingefügt:

„Kann der Abschlag nach Satz 1 nicht ermittelt werden, gilt Absatz 1 Satz 1 entsprechend. Für Impfstoffe, gilt in analoger Anwendung des Absatzes 3a ein Preismoratorium mit der Maßgabe, dass der Stichtag 01. September 2018 zu berücksichtigen ist und ein Inflationsausgleich ab dem Jahr 2019 möglich ist; saisonale Impfstoffe zur Gripeschutzimpfung gemäß der Vorgaben der WHO gelten dabei jahresübergreifend als ein wirkstoffidentischer Impfstoff.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 71 Buchstaben a) – c)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 130b sind drei Neuregelungen vorgesehen:

- a) Im Zuge einer Vereinheitlichung des Schiedswesens plant der Gesetzgeber in Form einer redaktionellen Anpassung an die entsprechende Neuregelung in § 89 Absatz 6 Satz 3 (neu) auch für die Schiedsstelle nach § 130b Abs. 5 SGB V das Losverfahren zur Ermittlung des Vorsitzenden, der weiteren unparteiischen Mitglieder und der Stellvertreter abzuschaffen und durch die Bestellung des Vorsitzenden, der weiteren unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreter nach Fristsetzung durch die Aufsichtsbehörde zu ersetzen. Anders als nach bisheriger Bestimmung durch Los beträgt die geplante Amtsdauer bei Bestellung durch das Bundesministerium nicht mehr nur ein Jahr, sondern vier Jahre. Neben dieser Neuregelung soll zukünftig auch das Bundesministerium für Gesundheit an der Beratung und Beschlussfassung der Schiedsstelle teilnehmen können. Hintergrund hierfür soll sein, dass die Konfliktlösung oft erst in der Beratung und Beschlussfassung der Schiedsstelle erfolge, während in der mündlichen Verhandlung lediglich Ausgangspositionen der Parteien dargestellt würden.
- b) In Anknüpfung an die Neufassung von § 89 Abs. 10 Satz 4 SGB V neu werden auch § 129 Absatz 10 Satz 2 wie § 130b Absatz 6 Satz 5 einheitlich neugefasst. Entsprechend kann per Rechtsverordnung nach § 129 Absatz 10 Satz 2 auch für die Schiedsstelle nach § 130b Abs. 5 SGB V das Nähere zum Teilnahmerecht an den Sitzungen geregelt werden.
- c) Der fehlerhafte Verweis Absatz 9 Satz 7 auf Satz 5 wird durch Verweis auf Satz 6 redaktionell richtiggestellt.

B) Stellungnahme

Zu a):

Auch für die Schiedsstelle nach § 130b Abs. 5 SGB V lehnt der GKV-Spitzenverband eine Abschaffung des Losverfahrens zu Gunsten einer Bestellung durch die Aufsichtsbehörde ab. Vorgeschlagen wird stattdessen eine Beibehaltung des Losverfahrens, allerdings in modifizierter und vereinfachter Form. Insoweit wird auf die Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 45 verwiesen.

Die modifizierten und vereinfachten Regelungen zum Losverfahren finden sich in § 89 Abs. 6 Satz 5 bis 8 SGB V in der Fassung des Vorschlags des GKV-Spitzenverbandes. Der Verweis in § 130b Abs. 5 Satz 5 SGB V ist entsprechend anzupassen.

Die Teilnahme an den Beratungen und Beschlussfassungen der Schiedsstelle wird vom GKV-Spitzenverband abgelehnt. Bei Teilnahme eines Vertreters der Aufsichtsbehörde besteht das Risiko einer unbewussten Einflussnahme auf die Entscheidungsfindung im Schiedsverfahren. Zudem könnte möglicherweise der freie Meinungs Austausch und die Kompromissfindung beeinträchtigt werden. Daher ist vorzusehen, dass die Beratung und Beschlussfassung weiterhin nicht nur in Abwesenheit der Vertreter der Vertragsparteien, sondern auch der Aufsichtsbehörde erfolgen. Ergänzend wird auf die Stellungnahme zum Teilnahmerecht der Aufsichtsbehörden an den Beratungen des Bundesschiedsamts und des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums in Art. 6 verwiesen.

Anstelle eines Teilnahmerechts sollten die Begründungspflichten der Schiedsstelle klargestellt werden. Eine tragfähige Begründung des Schiedsspruchs ist eine wichtige Voraussetzung für dessen Akzeptanz durch alle Beteiligten. Es wird auf den ergänzenden Änderungsbedarf in § 8 Abs. 5 Schiedsstellenverordnung verwiesen.

Zu b):

Gemäß § 89 Abs. 10 Satz 4 SGB V (neu) umfasst das Aufsichtsrecht auch die Teilnahme an den Sitzungen. Nach Neuentwurf der Schiedsverordnung gem. § 89 Absatz 11 (neu) und des § 89a Absatz 11 (neu) (derzeit Schiedsamtsverordnung) umfasst das Recht der Aufsichtsbehörde zur Teilnahme an den Sitzungen gem. § 8 Abs. 1 Satz 4 Schiedsverordnung (neu) auch das Recht zur Anwesenheit bei den Beratungen und der Beschlussfassung. Ein Teilnahmerecht der Aufsichtsbehörde für die Schiedsstelle nach § 130b Abs. 5 SGB V lehnt der GKV-Spitzenverband ab. Es wird auf die ausführliche Stellungnahme zur entsprechenden Neufassung von § 89 und § 89a und die vorgesehenen Änderungen der Schiedsamtsverordnung verwiesen.

Zu c):

Die redaktionelle Korrektur wird aus Gründen der Rechtsklarheit befürwortet.

C) Änderungsvorschlag

§ 130 Absatz 5 Satz 5 SGB V wird wie folgt gefasst:

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 233 von 421

„Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, entscheidet das Los; § 89 Absatz 6 Satz 5 bis 8
gilt entsprechend.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 72

§ 132a Abs. 3 – Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Zuge einer Vereinheitlichung des Schiedswesens soll in Form einer redaktionellen Anpassung an die entsprechende Neuregelung in § 89 Absatz 6 Satz 3 (neu) SGB V auch für die Schiedsstelle nach § 132a Abs. 3 SGB V das Losverfahren zur Ermittlung des Vorsitzenden, der weiteren unparteiischen Mitglieder und der Stellvertreter abgeschafft und durch die Bestellung des Vorsitzenden, der weiteren unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreter nach Fristsetzung durch die Aufsichtsbehörde ersetzt werden. Anders als nach bisheriger Bestimmung durch Los soll die geplante Amtsdauer bei Bestellung durch das Bundesministerium nicht mehr nur ein, sondern vier Jahre betragen.

B) Stellungnahme

Auch für die Schiedsstelle nach § 132a Abs. 3 SGB V lehnt der GKV-Spitzenverband eine Abschaffung des Losverfahrens zu Gunsten einer Bestellung durch die Aufsichtsbehörde ab. Vorgeschlagen wird stattdessen eine Beibehaltung des Losverfahrens, allerdings in modifizierter und vereinfachter Form. Insoweit wird auf die Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 48 verwiesen.

Die modifizierten und vereinfachten Regelungen zum Losverfahren finden sich in § 89 Abs. 6 Satz 5 bis 8 SGB V in der Fassung des Vorschlags des GKV-Spitzenverbandes. Der Verweis in § 132a Abs. 3 Satz 5 SGB V ist entsprechend anzupassen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 72 wird wie folgt geändert:

§ 132a Absatz 3 Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, entscheidet das Los; § 89 Absatz 6 Satz 5 bis 8 gilt entsprechend.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 73

§ 132d – Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 132d Abs. 1 SGB V soll geregelt werden, dass der GKV-Spitzenverband mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung auf Bundesebene einen einheitlichen Rahmenvertrag über die Durchführung der Leistungen nach § 37b schließt und den besonderen Belangen von Kindern durch einen gesonderten Rahmenvertrag Rechnung trägt.

B) Stellungnahme

Durch Beschluss eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) wurde die beabsichtigte Neuregelung unter Nr. 73 inhaltsgleich in das PpSG übernommen, sodass davon auszugehen ist, dass die beabsichtigten Änderungen unter Nr. 73 im Rahmen des parlamentarischen Verfahrens gestrichen werden und es keiner Stellungnahme mehr bedarf.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 74 Buchstaben a) – c)

§ 132e – Versorgung mit Schutzimpfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Impfstoffe unterliegen nicht den Preisspannen der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV). Apotheken können ihre Einkaufspreise frei mit den pharmazeutischen Unternehmern vereinbaren, wobei der Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers im Sinne des § 78 Absatz 3 Arzneimittelgesetz (AMG) eine Obergrenze darstellt. Der Gesetzgeber beabsichtigt nun, die Bildung der Abrechnungspreise für Impfstoffe zwischen Krankenkassen und Apotheken auf eine neue Basis zu stellen. Die Apotheken sollen zukünftig bei der Abgabe von Impfstoffen den von ihnen gezahlten Einkaufspreis zuzüglich einem Euro pro Impfdosis erhalten. Dabei soll der Preis, der sich bei Anwendbarkeit der AMPreisV ergäbe, eine Obergrenze für die Erstattung des Einkaufspreises sein.

Zur Überprüfung der Einkaufspreise der Apotheken sollen die Krankenkassen von der Apotheke Nachweise über Bezugsquellen sowie die tatsächlich vereinbarten Einkaufspreise und vom pharmazeutischen Unternehmer Nachweise über die Abnehmer, die abgegebenen Mengen und die vereinbarten Preise für Impfstoffe verlangen können.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband kann die generelle Logik der neuen Bildung der Abrechnungspreise nachvollziehen. Faktisch soll die Apotheke zukünftig eine Art Handlings-Pauschale in Höhe von 1 Euro pro Impfdosis erhalten. Eine Vergütung, die unabhängig vom Einkaufspreis ist, erscheint angemessen. Bei Packungen, die eine relativ kleine Zahl an Impfdosen erhalten, erscheint auch die Höhe der Vergütung angemessen. Es ist jedoch zu beachten, dass bei größeren (Bündel-)Packungen die Impfdosen-abhängige Vergütung sehr schnell nicht mehr in Relation zur Leistung der Apotheken steht, die faktisch nur eine logistische ist. Im Gegensatz zu Fertigarzneimitteln, die direkt an Patientinnen und Patienten abgegeben werden, werden Impfstoffe nur an die impfenden Ärztinnen und Ärzte abgegeben. Naheliegend wäre eine Deckelung der impfstoffdosenabhängigen Vergütung, die der GKV-Spitzenverband in diesem Zusammenhang anregen möchte. Dabei sollte die maximale Vergütung auf 7 Euro (zzgl. USt.) gedeckelt werden, da dieser Betrag immer noch über der Vergütung einer Fertigarzneimittelpackung (8,35 Euro abzüglich 1,49 Euro Apothekenabschlag nach § 130 SGB V exklusive Umsatzsteuer) liegt.

Das Auskunftsrecht zu den tatsächlichen Einkaufspreisen der Apotheken soll sicherstellen, dass Einkaufsvorteile, die von pharmazeutischen Unternehmen gegenüber dem „einheitlichen Abgabepreis“ nach § 78 Absatz 3 AMG gewährt werden, auch der Versichertengemeinschaft zugutekommen. Eine ähnliche Konstruktion gilt im „Vertrag über die Preisbildung für Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen (§§ 4 und 5 der AMPPreisV)“, der „Hilfstaxe“, die zwischen dem Deutschen Apothekerverband e.V. und dem GKV-Spitzenverband geschlossen wird. In dieser Vereinbarung werden u. a. die Abrechnungspreise für Fertigarzneimittel, die in parenteralen Zubereitungen eingesetzt werden, geregelt. Wie Impfstoffe unterliegen diese Arzneimittel auch nicht der AMPPreisV. Das heißt, die tatsächlichen Einkaufspreise der Apotheken können unter dem „Apothekeneinkaufspreis“ nach AMPPreisV liegen. Die Abrechnungspreise, die dort vereinbart werden, ermöglichen einen Interessensausgleich zwischen Apotheken und Krankenkassen. Der GKV-Spitzenverband regt deshalb an, auch für Impfstoffe die Möglichkeit zur Vereinbarung von Vertragspreisen zu schaffen. So würden adäquate Anreize für Apotheken geschaffen, preisgünstig einzukaufen, die in der jetzt vorgesehenen Regelung vollständig aufgehoben sind, und gleichzeitig ein Anteil der guten Einkaufskonditionen auch an die Versichertengemeinschaft weitergereicht werden. Diese Vereinbarungen sollten. Eine solche Vereinbarung würde dauerhafte aufwändige Überprüfungen der Einkaufsbedingungen durch alle Krankenkassen entbehrlich machen und Prüfungen könnten selektiv zur Verhandlung der Abrechnungspreise genutzt werden. Gleichwohl bietet der Auskunftsanspruch eine gute Grundlage zur Vereinbarung einer adäquaten Erstattungshöhe.

C) Änderungsvorschlag

§ 132e Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) In einem Vertrag nach § 129 Absatz 5 Satz 1 über die Versorgung mit Impfstoffen ist zu vereinbaren, dass die Krankenkassen den Apotheken den tatsächlich vereinbarten Einkaufspreis, höchstens jedoch den Apothekeneinkaufspreis, und eine Apothekenvergütung von einem Euro je Einzeldosis, maximal 7 Euro je Packung, sowie die Umsatzsteuer erstatten. Abweichend von Satz 1 können die Vertragspartner der Verträge nach § 129 Absatz 5 Satz 1 eine andere Höhe der Erstattung für Impfstoffe festlegen, sofern hierdurch Wirtschaftlichkeitsreserven gehoben werden können. Die Krankenkasse können von der Apotheke Nachweise über Bezugsquellen sowie die tatsächlich vereinbarten Einkaufspreise und vom pharmazeutischen Unternehmer Nachweise über die Abnehmer, die abgegebenen Mengen und die vereinbarten Preise für Impfstoffe verlangen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 75 Buchstaben a) und b)

§ 134a – Versorgung mit Hebammenhilfen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der beabsichtigten Neufassung von § 89 SGB V. § 89 Abs. 6 Satz 3 SGB V des Gesetzentwurfs sieht vor, dass die Aufsichtsbehörde den unparteiischen Vorsitzenden und die unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter bestellt, soweit eine Einigung der Vertragsparteien nicht zustande kommt.

Mit der beabsichtigten Änderung in § 134a Abs. 4 Satz 5 SGB V sollen die bisherigen Regelungen zum Losverfahren für die Schiedsstelle Hebammen grundsätzlich beibehalten und in § 134a SGB V überführt werden.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt im Rahmen von § 89 SGB V eine Bestellung des unparteiischen Vorsitzenden und der unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter durch die Aufsichtsbehörde im Fall einer Nichteinigung ab. Vorgeschlagen wird stattdessen eine Beibehaltung des Losverfahrens, allerdings in modifizierter und vereinfachter Form. Insoweit wird auf die Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 48 verwiesen.

Die modifizierten und vereinfachten Regelungen zum Losverfahren finden sich in § 89 Abs. 6 Satz 3 bis 7 SGB V in der Fassung des Vorschlags des GKV-Spitzenverbandes. Der Verweis in § 134a Abs. 4 Satz 5 SGB V ist entsprechend anzupassen.

C) Änderungsvorschlag

Art. 1 Nr. 75 wird wie folgt gefasst:

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

„Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, entscheidet das Los; § 89 Abs. 6 Sätze 3 bis 7 gelten entsprechend.“

Vorbemerkung zu den beabsichtigten Änderungen im Kontext der Erprobungsregelungen

Erprobungsregelungen in der Methodenbewertung

Methodische Voraussetzungen für Erprobungsstudien zum Ermöglichen einer Methodenbewertung

Der GKV-Spitzenverband hält eine Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für Erprobungsstudien für notwendig mit dem Ziel, die praktische Umsetzung von Studien zur Schaffung neuer Erkenntnisse zum Nutzen von neuen Methoden zu erleichtern.

Änderungen der Regelung zur Finanzierung von Erprobungsstudien in § 137e Abs. 6 SGB V

Der GKV-Spitzenverband hält es für erforderlich, die offenkundig bestehenden Probleme bei den Kostenübernahmeregelungen durch Hersteller und Unternehmen für die Erprobungsstudien zu beheben. Wir begrüßen deshalb den Vorschlag, dass künftig Hersteller selbst die Erprobungsstudien im Rahmen der Vorgaben des G-BA eigenverantwortlich in Auftrag geben können. Wichtig ist allerdings, dass die konkreten Studieneckdaten im Einvernehmen mit dem G-BA entwickelt werden und die Beauftragung einer Einrichtung durch den Hersteller innerhalb klarer Fristen erfolgt.

Der Gesetzentwurf enthält jedoch auch eine Regelung, wonach vom G-BA in Auftrag gegebene Studien künftig ausschließlich durch die Versicherungsgemeinschaft der GKV finanziert werden sollen. Demnach sollen Hersteller nur dann die Studienkosten anteilig zurückzahlen, wenn die Ergebnisse einer Erprobung positiv ausgefallen sind und ein Einschluss der Methode in den Leistungskatalog der GKV die Folge ist – also mit dem Erprobungsergebnis für die betroffenen Hersteller sicher ein neuer Markt erschlossen wird. Das Risiko eines Scheiterns der Erprobung sollen jedoch einseitig die Versicherten finanziell tragen. Dies stellt eine gezielte Wirtschaftsförderung durch Versicherungsgelder dar und ist aus ordnungspolitischen Erwägungen abzulehnen. Das Gleiche gilt für Erprobungen von Methoden, die von Unternehmen beantragt werden, die als Anbieter der zu erprobenden Methode ein wirtschaftliches Interesse an einer Erbringung zulasten der Krankenkasse haben. Diese werden durch die vorgeschlagene gesetzliche Regelung – sofern sie nicht selbst eine unabhängige wissenschaftliche Institution beauftragen – aus jeglicher finanzieller Verantwortung entlassen. Stattdessen sollen auch diese Studienkosten mit Versicherungsgeldern finanziert werden. Auch dies lehnt der GKV-Spitzenverband ausdrücklich ab. Wenn, falls die Erprobungen nicht von den betroffenen und profitierenden Unternehmen finanziert werden sollen, ist nur eine Verwendung von Steuermitteln ordnungspolitisch zu rechtfertigen. Entsprechend sollte diesem Fall nur ein steuerfinanzierter Forschungsetat im Haushalt des Bundesministeriums für Gesundheit die Lösung sein. So würden nicht nur einseitig die Versicherten der gesetzlichen

Krankenversicherung, sondern die gesamte Bevölkerung dieses Instrument der Wirtschaftsförderung finanzieren.

Änderungen zur Bewertung und Erprobung von Methoden mit maßgeblicher Beteiligung von Hochrisikomedizinprodukten

Im Koalitionsvertrag 2018 heißt es:

„Damit medizinische Innovationen schneller in die Regelversorgung gelangen, werden wir die Verfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses beschleunigen, indem der Aufgabenkatalog und die Ablaufstrukturen gestrafft werden. Über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden soll zukünftig schneller entschieden werden.“

Mit den geplanten gesetzlichen Änderungen zur Bewertung der Hochrisikomedizinprodukte wird aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes die Patientensicherheit wirtschaftspolitischen Erwägungen untergeordnet. Die Rechtslage würde hinsichtlich der Patientensicherheit sogar hinter den Stand vor der Gesetzgebung zu den Hochrisikomedizinprodukten im Jahre 2015 zurückfallen, die mit dem Instrument einer transparenten und zügigen Bewertung von innovativen medizintechnischen Methoden ja gerade für eine Verbesserung der Patientensicherheit sorgen sollte.

Der damals neu eingeführte § 137h SGB V sollte im Wesentlichen gewährleisten,

- dass bestimmte Methoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse, deren Anwendung auf einem neuen theoretisch-wissenschaftlichen Konzept beruhen und die Krankenhäuser anwenden wollen, in einem automatisierten Verfahren innerhalb von drei Monaten vom G-BA bewertet werden,
- dass der G-BA bei Methoden, deren Nutzen nicht hinreichend belegt ist, diese aber das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten, innerhalb von sechs Monaten eine Erprobung beschließt,
- dass diese Erprobungen in der Regel nicht länger als zwei Jahre dauern und
- dass Methoden, die dieses Potenzial nicht aufweisen, insbesondere weil sie schädlich oder unwirksam sind, unverzüglich aus dem Leistungskatalog der GKV ausgeschlossen werden.

Der G-BA hat die gesetzlich vorgegebenen Fristen für seine Prüfaufgaben eingehalten und nachgewiesen, dass er die gesetzlichen Anforderungen erfüllen kann. Gleichwohl haben die Bewertungsergebnisse des Jahres 2017 für politischen Unmut gesorgt: Beispielsweise hat der G-BA festgestellt, dass die Methode „Gezielte Lungendenergieung durch Katheterablation bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung“ nicht das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative aufweist. Er konnte gar nicht anders entscheiden, weil zu dem Zeitpunkt, als das Bewertungsver-

fahren durch Krankenhäuser ausgelöst wurde, nahezu keine aussagekräftigen Daten über den klinischen Nutzen der Methode vorlagen. Denn die ersten Studien, die Aussagen erlaubt hätten, liefen zu dem Zeitpunkt noch. Der G-BA stellte daher im März 2017 fest, dass für die Methoden das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative noch nicht vorliegt. Aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen musste er daraufhin Beratungen zum Ausschluss der Methode aufnehmen – was auch aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes inhaltlich nicht sinnvoll war. Da im Laufe der Beratungen die angesprochenen Studien abgeschlossen waren und erste Ergebnisse vorgelegt wurden, konnte der G-BA das Potenzial nachträglich noch anerkennen.

Die im vorliegenden Gesetzesentwurf vorgeschlagene Neuregelung soll dafür sorgen, dass das beschriebene Problem gelöst wird. Aber sie schafft neue und viel grundlegendere Probleme. Demnach soll der G-BA bei seiner Bewertung nicht mehr prüfen, ob eine Methode zumindest das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative aufweist. Stattdessen soll er nur noch feststellen, ob die vorliegenden Daten belegen, dass die Methode schädlich oder unwirksam ist. Sofern dies nicht der Fall ist, wird laut Gesetzesentwurf die Methode zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht. Das würde in der Konsequenz bedeuten:

Auch Methoden, für die überhaupt keine Daten aus klinischen Studien vorliegen und die sich damit noch im experimentellen Stadium befinden, können zulasten der GKV erbracht werden. Der G-BA muss dann eine Erprobung beschließen. Aber Krankenhäuser, welche die Methode anwenden wollen, müssen sich nicht an der Erprobung beteiligen. Gleichzeitig müssen die Krankenkassen mit diesen Krankenhäusern Entgelte für die Methoden vereinbaren. Offenkundig soll die geplante gesetzliche Neuregelung sicherstellen, dass medizintechnische Innovationen mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse an Patienten angewendet werden sollen, bevor sie ausreichend evaluiert wurden. Diese Regelung lehnt der GKV-Spitzenverband ausdrücklich ab, da dies die ursprüngliche Intention des Gesetzes auf den Kopf stellt.

Es sollte dabei bleiben, dass die neuen Methoden daraufhin bewertet werden, ob sie das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative aufweisen. Liegt dieses vor, sollte zügig eine Erprobung durchgeführt werden, um den Nutzen zu belegen. Zur Sicherstellung der qualitätsgerechten Erbringung der neuen Methode und der Rekrutierung der zum Nutzenbeleg erforderlichen Studie sowie zur Gewährleistung der Patientensicherheit ist während des Rekrutierungszeitraumes einer Erprobung die Beschränkung der Erbringung der Methode auf die Studienzentren geboten. Nur so kann ein ausreichender Anreiz für die Krankenhäuser geschaffen werden, die Erprobungsstudien auch wirklich durchzuführen. Der GKV-Spitzenverband weist in diesem Zusammenhang erneut darauf hin, dass die aktuellen gesetzlichen Vorgaben, die vorschreiben, welche Hochrisikomedizinprodukte überhaupt von der gesetzlichen Regelung betroffen sind, viel zu eng gefasst sind.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 242 von 421

Für die Patientensicherheit wäre es notwendig, den Regelungsbereich auf alle Medizinprodukte der Risikoklasse IIb und III zu erweitern, mit deren Einsatz ein erheblicher Eingriff in wesentliche Funktionen von Organen oder Organsystemen verbunden ist und deren Anwendung ein neues theoretisch wissenschaftliches Konzept zugrunde liegt. Der GKV-Spitzenverband fordert eine entsprechende Anpassung der „Verordnung über die Voraussetzungen für die Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse nach § 137h des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Medizinprodukteverfahrenbewertungsverordnung – MeMBV)“.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 243 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 76

§ 135 Abs. 2 S. 8 – Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

A) Beabsichtigte Neuregelung

Anpassung eines Verweises aufgrund der Einfügung eines Satzes in § 87 Absatz 2 SGB V.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachlogische Folgeänderung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 244 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 77

§ 137c – Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

Folgeänderung zu den vorgesehenen Neuregelungen zur Finanzierung von Erprobungsstudien gemäß § 137e Abs. 6 SGB V.

B) Stellungnahme

S. Nr. 78 ff.

C) Änderungsvorschlag

Nr. 77 § 137c Abs. 1 Satz 5 bleibt bestehen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 245 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 78 Buchstabe a)

§ 137e Abs. 4 Satz 5 – Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neufassung von Satz 5 legt fest, dass wenn eine Vereinbarung nach Satz 4 nicht innerhalb von drei Monaten nach Erteilung des Auftrags des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 5 zustande kommt, ihr Inhalt durch das zuständige sektorenübergreifende Schiedsgremium gemäß § 89a festgelegt wird; abweichend von § 89a Absatz 3 Satz 1 ist der Inhalt der Vereinbarung innerhalb von sechs Wochen durch das zuständige sektorenübergreifende Schiedsgremium festzusetzen.

B) Stellungnahme

Siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 48 § 89a SGB V Sektorenübergreifendes Schiedsgremium.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 78 Buchstabe b)

§ 137e Abs. 5 Satz 2– Eröffnung der Möglichkeit für Medizinproduktehersteller oder Unternehmen zur eigenen Beauftragung einer Erprobungsstudie.

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung soll Medizinprodukteherstellern und Unternehmen, die als Anbieter der zu erprobenden Methode ein wirtschaftliches Interesse an der Erbringung zulasten der Krankenkassen haben, von sich aus auf eigene Kosten eine unabhängige wissenschaftliche Institution mit der Durchführung einer Erprobungsstudie beauftragen können.

B) Stellungnahme

Die möglichst frühzeitige und eigenverantwortliche Einbeziehung von Medizinprodukteherstellern und Unternehmen in den Erkenntnisgewinn zur Anwendung ihrer Produkte im Rahmen von Methoden wird vom GKV-Spitzenverband befürwortet. Die hier vorgesehene Neuregelung, dass Hersteller auch von sich aus auf eigene Kosten eine unabhängige wissenschaftliche Institution beauftragen können, ist ein zu begrüßender Schritt in Richtung Eigenverantwortlichkeit der Hersteller für die Überprüfung des Nutzens ihrer Methode am Patienten. Bei einer solchen Beauftragung sollte sichergestellt werden, dass die anschließende Richtlinienentscheidung des G-BA gemäß § 135 oder § 137c zügig erfolgen kann und nicht durch Verzögerungen der Beauftragung behindert werden. Um sicherzustellen, dass die herstellerseitig durchgeführte Erprobung den Anforderungen der Erprobungsrichtlinie entspricht, sollte das Einvernehmen mit dem G-BA hergestellt werden. Die Option einer eigenen Erprobung sollte mit einer angemessenen Frist versehen werden, um Verzögerungsstrategien vorzubeugen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 78 Buchstabe b)

In Satz 2 wird nach dem Wort „selbst“ angefügt: „im Einvernehmen mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Erprobungsrichtlinie“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 78 Buchstabe c)

§ 137e Abs. 6 – Kostentragung für Erprobungsstudien durch den G-BA

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung wird festgelegt, dass sowohl die aus Nutzenbewertungsverfahren des G-BA gemäß § 137c SGB V oder § 135 SGB V resultierenden Erprobungen als auch die von einem Hersteller beantragten Erprobungen gänzlich aus dem Systemzuschlag finanziert werden. Bei stationären Leistungen erfolgt dies unabhängig vom Ausgang der Erprobung und der daraus resultierenden Vergütung, von der auch der Hersteller profitiert. Für die Erprobung von ambulanten Methoden ist nun vorgesehen, dass der Hersteller „in angemessenem Umfang“ die Erprobungskosten zurückerstattet, sofern eine Einführung der neuen Leistung in die vertragsärztliche Versorgung erfolgt. Das finanzielle Risiko eines Scheiterns der Erprobung sollen dagegen die Versicherten der GKV tragen. Das Gleiche gilt für Erprobungen von Methoden, die von Unternehmen beantragt werden, die als Anbieter der zu erprobenden Methode ein wirtschaftliches Interesse an einer Erbringung zulasten der Krankenkasse haben. Diese werden durch die vorgeschlagene gesetzliche Regelung aus jeglicher finanzieller Verantwortung entlassen. Stattdessen sollen auch diese Studienkosten mit Versichertengeldern finanziert werden.

Zudem kann bei Weigerung eines Herstellers zur Zurückerstattung der Kosten eine Vergütung der Methode unter maßgeblicher Beteiligung seines Medizinproduktes nicht ausbleiben, da bei festgestelltem Nutzen Versicherte einen Anspruch auf die Leistung haben.

B) Stellungnahme

Bisher war die fehlende Kostenübernahme der Hersteller oder Unternehmen ein maßgebliches Hindernis für das Zustandekommen von Erprobungsstudien. Bemühungen zur Beseitigung dieses Hindernisses sind grundsätzlich zu begrüßen, jedoch ist aus ordnungspolitischer Sicht eine Finanzierung des Marktzugangs für Produkte von Herstellern und Unternehmen durch Gelder der Solidargemeinschaft abzulehnen. Ein solches Instrument der Wirtschaftsförderung ist allenfalls über Steuerfinanzierung zu rechtfertigen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 78 Buchstabe c)

§ 137e Absatz 6 wird in der bisherigen Fassung belassen:

„Beruht die technische Anwendung der Methode maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinprodukts, darf der Gemeinsame Bundesausschuss einen Beschluss zur Erprobung nach Absatz 1 nur dann fassen, wenn sich die Hersteller dieses Medizinprodukts oder Unternehmen, die in sonstiger Weise als Anbieter der Methode ein wirtschaftliches Interesse an einer Erbringung zulasten der Krankenkassen haben, zuvor gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss bereit erklären, die nach Absatz 5 entstehenden Kosten der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung in angemessenem Umfang zu übernehmen. Die Hersteller oder sonstigen Unternehmen vereinbaren mit der beauftragten Institution nach Absatz 5 das Nähere zur Übernahme der Kosten.“

Hilfsweise:

„Beruht die technische Anwendung der Methode maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinprodukts und erfolgt die Beauftragung durch den Gemeinsame Bundesausschuss nach Absatz 5 Satz 1, trägt das Bundesministerium für Gesundheit aus Mitteln seines Haushalts die Kosten zunächst bis zum Abschluss der Erprobung.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 78 Buchstabe d) Doppelbuchstabe aa)

§ 137e Abs. 7 Satz 2 – Änderung der Finanzierungsregelung von durch Hersteller und sonstige Unternehmen beantragte Erprobungsstudien

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeregelung zu § 137e Abs. 6, in der klargestellt wird, dass eine Kostenübernahmeerklärung des Herstellers oder Unternehmens keine Bedingung mehr für die Annahme eines Erprobungsantrags ist, da die Finanzierung grundsätzlich bis auf weiteres durch den G-BA erfolgt.

B) Stellungnahme

Der Vorschlag ist aus ordnungspolitischen Gründen abzulehnen (vgl. Stellungnahme zu Nr. 78 Buchstabe c)).

C) Änderungsvorschlag

Nr. 78 Buchstabe d) Doppelbuchstabe aa)

An § 137e Abs. 7 Satz 2 wird angefügt: „Sowie das mit einer unabhängigen wissenschaftlichen Institution abgestimmte Studienprotokoll zu einer Erprobungsstudie mit einer diesbezüglichen beidseits unterzeichneten Finanzierungsvereinbarung.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 78 Buchstabe d) Doppelbuchstabe cc)

§ 137e Abs. 7 Satz 5 – Aussetzung der Beratungen zu einer Richtlinie nach § 135 oder § 137c und direkte Richtlinienentscheidung bei belegtem Nutzen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ermöglichung einer Aussetzung der Beratungen (Satz 5) nach Abschluss einer Erprobungsstudie, die die Frage nach dem Nutzen beantworten sollte, besteht nicht mehr die Notwendigkeit zu einer für den Nutznachweis grundsätzlich geeigneten Studienkonzeption für die Erprobungsstudie. Es kann nunmehr, auch wenn die Erprobungsstudie keinen Nutznachweis erbracht hat, auf die Ergebnisse weiterer Erprobungsstudien oder laufender Studien gewartet werden.

Sofern aus einem Antrag auf die Erprobung durch einen Hersteller oder ein Unternehmen, das in sonstiger Weise als Erbringer der Methode ein wirtschaftliches Interesse an der Erbringung der Methode zulasten der Krankenkassen hat, eine Erprobungsrichtlinie deshalb nicht beschlossen wird, weil der G-BA bereits ein Nutzen festgestellt hat, soll gemäß Satz 7 der G-BA unverzüglich über eine Richtlinie nach § 135 oder § 137c entscheiden. Hierfür ist nun nicht mehr die Erfordernis eines Antrages eines der Antragsberechtigten gegeben.

B) Stellungnahme

Die Konzeption und Durchführung einer Erprobungsstudie erfordert erhebliche Ressourcen, sodass bereits zumindest so weitreichende Erkenntnisse vorliegen sollten, dass die Frage zum Nutzen mit einer Erprobungsstudie beantwortet werden kann. Um in einer vertretbaren Zeit einen Erkenntnisstand zu einer neuen Methode zu erlangen, sollte eine Anwendung der Methode nicht außerhalb dieser zur Anerkennung eines Nutzens befähigenden Studie erfolgen. Sofern nach einer solchen Erprobungsstudie weitere Erprobungsstudien konzipiert und durchgeführt werden müssten, wäre entweder der Nutznachweis fehlgeschlagen oder die Erprobungsstudie war von vornherein nicht geeignet, die fehlenden Erkenntnisse zur Methode nachzuliefern, was ebenso wenig zielführend wäre. Ein Aufweichen der bisherigen methodisch sinnvollen Vorgehensweise würde zu endlosen Schleifen von Erprobungen oder Beratungsprozessen führen. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der Prüfpflicht des G-BA im Falle neuer vorliegender Erkenntnisse nicht verständlich und widerspricht der Intention, Beratungsverfahren beim G-BA zu beschleunigen.

Sofern der Nutzen einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode feststeht, sollte sie zügig in die Regelversorgung eingeführt werden, sodass die unter A im zweiten Spiegelstrich beschriebene Neuregelung zu begrüßen ist. Es ist festzustellen, dass sie einer faktischen Antragsberechtigung von Herstellern und Unternehmen mit wirtschaftlichem Interesse an der Erbringung der Methode gleichkommt.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 78 Buchstabe d) Doppelbuchstabe cc)

Die Sätze 5 und 6 in § 137e Abs. 7 werden gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 78 Buchstabe e)

§ 137e Abs. 8 – Information über Möglichkeit der eigenen Beauftragung einer unabhängigen wissenschaftlichen Institution zur Durchführung einer Erprobungsstudie

A) Beabsichtigte Neuregelung

Folgeänderung zu § 137e Abs. 5 Satz 2

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu begrüßen, wie bereits unter Nr. 78 Buchstabe b) beschrieben. Zusätzlich sollte hier die für Beratungsanforderungen gemäß § 137h Abs. 6 vorgesehene kostenpflichtige Hinzuziehung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte aufgenommen werden. Hiermit würden die Beratungen von Krankenhäusern und Herstellern zur Frage ob eine Methode dem § 137h Abs. 1 unterfällt, von Hemmnissen wie Gebühren etc. befreit (Stellungnahme siehe dort) und eine Beratung zu weiteren Fragen würde im Bereich der gebührenpflichtigen Anfragen gemäß § 137e Absatz 8 verbleiben.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 78 Buchstabe e)

In § 137e Abs. 8 Satz 2 wird vorangestellt: „Sofern vom Anfragenden gewünscht, kann das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte mit Übernahme der hierdurch entstandenen Kosten durch den Anfragenden hinzugezogen werden;“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 79 Buchstabe a) Doppelbuschstabe aa)

§ 137h Abs. 1 Satz 1 – Einvernehmen mit dem Hersteller und möglichst vollständige Datenübermittlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Vor Informationsübermittlung soll nicht mehr nur das „Benehmen“ mit dem Hersteller erfolgen, sondern es muss ein „Einvernehmen“ mit dem Hersteller erfolgen, das heißt, er muss der Informationsübermittlung zustimmen. Zudem sollen Daten zum klinischen Nutzen und vollständige Daten zu durchgeführten klinischen Studien mit dem Medizinprodukt übermittelt werden.

B) Stellungnahme

Sofern der Hersteller sein Einverständnis mit der Informationsübermittlung an den G-BA nicht gibt, kann das Krankenhaus keine Informationen übermitteln, was unter Umständen einen Konflikt auslöst, wenn bereits eine NUB-Anfrage gestellt wurde. Allerdings wird es sich dabei um ein eher theoretisches Problem handeln, da erfahrungsgemäß Hersteller und Krankenhäuser sich hier ohnehin abstimmen. Die Übermittlung möglichst vollständiger Daten zur Methode ist zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 79 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb)

§ 137h Abs. 1 Satz 2 – Nur Methoden mit neuem theoretisch-wissenschaftlichem Konzept werden bewertet.

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es soll klargestellt werden, dass eine Bewertung nur dann erfolgt, wenn die betreffende Methode ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept aufweist.

B) Stellungnahme

Eine Klarstellung an dieser Stelle ist wegen der bestehenden Unsicherheit über die Informationsübermittlungspflicht sinnvoll, sie sollte aber weiter spezifiziert werden durch die Angabe, dass der G-BA dies prüft.

C) Änderungsvorschlag

In § 137h Abs. 1 Satz 2 werden die beiden Wörter „Nur wenn“ ersetzt durch „Der G-BA prüft aufgrund der vorgelegten Informationen, ob“. Nach dem Wort „aufweist“ folgt ein Semikolon sowie die Worte „nur in diesem Fall“.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 255 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 79 Buchstabe a) Doppelbuschstabe cc)

§ 137h Abs. 1 Satz 3 – Einvernehmen mit dem Hersteller und möglichst vollständige Datenübermittlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Satz 3 werden die Wörter „Weist die Methode ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept auf,“ durch die Wörter „Vor der Bewertung“ und die Wörter „den jeweils“ durch das Wort „weiteren“ ersetzt.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 79 Buchstabe a) Doppelbuchstabe dd)

§ 137h Abs. 1 Satz 4 – Wegfall der Notwendigkeit einer Potenzialbewertung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung wird die mit dem VStG eingeführte Bewertung der für eine Methode mit maßgeblichem Einsatz eines Hochrisikomedizinproduktes vorliegenden Erkenntnisse hinsichtlich des Vorliegens eines Potenzials abgeschafft. Es soll nun allein ausreichen, dass kein Nachweis eines Schadens oder des fehlenden Nutzens einer Methode vorliegt, um die Leistung zulasten der GKV zu erbringen und eine Erprobung durchzuführen. Nur Methoden, deren Schaden oder fehlender Nutzen nachgewiesen sind, sollen nicht in den Krankenhäusern erbracht werden.

B) Stellungnahme

Der Wegfall der Potentialbewertung von Methoden mit maßgeblicher Beteiligung von Medizinprodukten hoher Risikoklassen ist mit einem Wegfall der angestrebten Patientensicherheit an dieser Stelle gleichzusetzen. Es soll nach der neuen Regelung nun allein eine CE-Zulassung des Medizinproduktes ausreichen, damit eine Methode mit einem Hochrisikomedizinprodukt im Krankenhaus zulasten der GKV erbracht werden kann. Eine weitere Bedingung ist, dass kein Schaden belegt ist. Wäre allerdings im Rahmen der Anwendungen der klinischen Prüfung zur CE-Zertifizierung des Medizinproduktes ein Schaden aufgetreten, so hätte eine CE-Zulassung nicht erfolgen dürfen. Die Regelung läuft damit ins Leere. In der Regelung nicht enthalten ist zudem ein Schaden, der dem Patienten dadurch entsteht, dass eine nützliche Methode durch eine weniger nützliche Methode ersetzt wird. Denn hierfür wären als Mindestvoraussetzung vergleichende Studien erforderlich, die im Rahmen von klinischen Prüfungen nicht gefordert sind.

Weitere Bedingung ist, dass kein Nachweis eines fehlenden Nutzens vorliegt. Der Nachweis eines fehlenden Nutzens ist ebenso wie der Nachweis eines Schadens umso weniger möglich, je weniger Studien zur jeweiligen Methode bereits vorliegen. Insofern werden mit der bestehenden Neuregelung solche Methoden begünstigt, für die wenige oder keine Erkenntnisse vorliegen, und entsprechend solche Methoden benachteiligt, zu denen bereits viele Erkenntnisse, möglicherweise sogar auf hohem Erkenntnisniveau, vom Hersteller geschaffen wurden. Dies wiederum führt zu einem Verlust an Patientensicherheit, und fällt unter diesem Aspekt noch hinter dem Zustand vor Einführung des § 137h mit den VStG zurück.

Durch die Anforderungen der neuen Verordnung (EU) 2017 / 745 kann davon ausgegangen werden, dass ermittelte Erkenntnisse zur Bewertung des Potentials künftig bereits in höherem Umfang vorliegen als in der Vergangenheit. Für die Krankenhäuser und Hersteller werden somit die Anforderungen zur Übermittlung von Unterlagen und Erkenntnissen nicht erst durch die Übermittlungsanforderungen des G-BA gestellt. Bereits bei der Einführung des § 137h war davon ausgegangen worden, dass eine Verpflichtung der Krankenhäuser bestehe, bei Einsatz einer Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode sich der verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse zu dieser Methode zu vergewissern. Dies wird durch die Verordnung (EU) 2017/745 untermauert.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 79 Buchstabe a) Doppelbuchstabe dd)

§ 137h Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 wird nach „als belegt anzusehen ist oder“ angefügt „die Methode nicht das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative aufweist oder“

§ 137h Abs. 1 Satz 4 Nr. 3 wird das Wort „weder“ gestrichen. Nach den Wörtern „der Nutzen“ wird eingefügt „der Nutzen der Methode unter Anwendung des Medizinproduktes zwar nicht belegt ist, sie aber das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative aufweist.“ Die Wörter „noch die Schädlichkeit oder die Unwirksamkeit der Methode unter Anwendung des Medizinproduktes als belegt anzusehen ist“ werden gestrichen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 258 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 79 Buchstabe b)

§ 137h Abs. 2 Satz 2 – Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „Satz 3“ durch die Angabe „Satz 2“ ersetzt.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 79 Buchstabe c) Doppelbuchstabe aa)

§ 137h Abs. 4 Satz 1 – Wegfall der Potenzialbewertung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Hier wird explizit klargestellt, dass keine Potenzialbewertung erfolgen soll.

B) Stellungnahme

Wie oben dargestellt ist der Wegfall der Potenzialbewertung im Sinne der Patientensicherheit abzulehnen.

C) Änderungsvorschlag

Als Folge der oben vorgeschlagenen Änderungen in Nr. 79 Buchstabe a) Doppelbuchstabe dd) wird § 137h Abs. 4 wie folgt geändert:

Satz 1, 2. Halbsatz entfällt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 79 Buchstabe c) Doppelbuchstabe bb)

§ 137h Abs. 4 Sätze 5 und 6 – Vergütung der zu erprobenden Methode unter maßgeblicher Beteiligung eines Hochrisikomedizinproduktes mit Regulationsmöglichkeit.

§ 137h Abs. 4 Satz 7 – Übermittlung der Sicherheitsberichte und klinischen Daten zur Überwachung an den G-BA.

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung in Satz 5 wird klargestellt, dass eine Methode unter maßgeblicher Beteiligung eines Hochrisikomedizinproduktes, zu der im Sinne der vorstehend beabsichtigten Neuregelung zwar kein Nutzen nachgewiesen ist, aber auch kein Nachweis eines Schadens oder eines fehlenden Nutzens erbracht ist, umfassend in der stationären Versorgung zulasten der GKV erbracht werden kann. Mit der Regelung in Satz 6 soll dem G-BA die Möglichkeit zu insbesondere zeitlichen Begrenzungen der Abrechnungsfähigkeit gegeben werden.

Mit § 137h Abs. 4 Satz 7 wird der Hersteller eines Hochrisikomedizinproduktes, auf dem eine Methode maßgeblich beruht, verpflichtet, unverzüglich nach Fertigstellung die periodischen Sicherheitsberichte und weitere geforderte klinische Daten zur Überwachung nach dem Inverkehrbringen oder aus klinischen Prüfungen nach dem Inverkehrbringen gemäß der Verordnung 2017/745 des Europäischen Parlaments und des Rates über Medizinprodukte zu übermitteln.

B) Stellungnahme

Mit der vorgesehenen Neuregelung in Satz 5 wird eine umfassende stationäre Vergütung von Methoden unter maßgeblicher Beteiligung von Hochrisikomedizinprodukten vorgegeben, die nicht einmal die Mindestanforderung eines Potentials erfüllen. Insbesondere unter der Annahme, dass Methoden mit maßgeblicher Beteiligung von Hochrisikomedizinprodukten auch für die Patientinnen und Patienten ein besonderes Risiko beinhalten, ist die hier vorgesehene Reduktion der Anforderungen an die Erkenntnislage unverständlich. So würden, wie bereits zu Nr. 79 Buchstabe a) Doppelbuchstabe dd) ausgeführt, über die zur CE-Zertifizierung führenden Erkenntnisse keine Erkenntnisse vorliegen müssen. Dies fällt unter dem Aspekt Patientensicherheit damit noch hinter dem Zustand vor Einführung des § 137h zurück.

Da nunmehr in allen Krankenhäusern – unabhängig von ihrer Teilnahme an der Erprobung – eine Erbringung zulasten der Krankenkassen möglich sein soll, entfällt der Anreiz für die Teilnahme an der Erprobungsstudie und damit praktisch auch weitgehend die Möglichkeit zur Gewinnung von patientenrelevanten Erkenntnissen zur betreffenden Methode.

Die Erprobung einer Methode, die mit der begründeten Erwartung einer Verbesserung der medizinischen Versorgung einhergeht, soll so schnell wie möglich die für eine Richtlinie des G-BA erforderlichen Erkenntnisse liefern, damit die Versicherten vom (dann) nachgewiesenen Nutzen der Methode auch gleichmäßig profitieren können. Es ist daher eine Erbringung zu-
lasten der Krankenkassen allein im Rahmen der Erprobungsstudie vorzuziehen.

Grundsätzlich ist die Verpflichtung zur Übergabe verfügbarer Daten zur Anwendung einer Methode in Satz 7 zu begrüßen.

Mit der Kenntnissgabe der genannten Daten zu Sicherheit und Vorkommnissen der Hochrisi-
komedizinprodukte durch die Hersteller an den G-BA soll auch dieser mutmaßlich in die Lage
versetzt werden, Aussagen zum Nachweis eines Schadens machen zu können. Die genannten
Daten müssen bereits an die zuständigen Behörden (benannte Stellen und BfArM) übermittelt
werden. Diese sind gesetzlich verpflichtet, bei Vorliegen eines Schadensnachweises, das Pro-
dukt vom Markt zu nehmen, sofern dies nicht bereits im eigenen Interesse durch den Her-
steller veranlasst wurde.

Für die Feststellung des Nachweises eines fehlenden Nutzens sind solche Daten naturgemäß
nicht geeignet, sodass der G-BA diesbezüglich keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten
hat.

C) Änderungsvorschlag

In § 137h Abs. 4 Satz 5 wird nach dem Wort Krankenhaus eingefügt „zunächst ausschließlich
im Rahmen der Erprobung“:

„Die Methode kann im Krankenhaus zunächst ausschließlich im Rahmen der Erprobung zu
Lasten der Krankenkassen erbracht werden.“

In § 137e Abs. 4 Satz 6 wird nach dem Wort „kann“ angefügt „im Anschluss an den unmittel-
baren Rekrutierungszeitraum der Erprobung“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 79 Buchstabe c) Doppelbuchstabe cc)

§ 137h Abs. 4 Satz 11 – Aussetzung nach Abschluss der Erprobungsstudie

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung soll ermöglichen, dass nach Abschluss oder bei Abbruch der Erprobungsstudie eine Aussetzung der Beratungen möglich ist, wenn die Studie keine abschließende Aussage zum Nutzen ergibt.

B) Stellungnahme

Sofern eine umfassende Erbringung der betreffenden Methode in der stationären Versorgung auch außerhalb der Erprobung zulasten der Krankenkassen erfolgt, ist mit Erkenntnissen zum Nutzen allein deshalb nicht zu rechnen, weil die Hersteller und Krankenhäuser keinen Anreiz mehr zur Gewinnung von Erkenntnissen zur Methode haben (vgl. Stellungnahmen zu Nr. 79 Buchstabe a) Doppelbuchstabe dd) und Nr. 79 Buchstabe c) Doppelbuchstaben aa) und bb)).

Für den Fall, dass sich die Änderung der Vergütung von Methoden mit Hochrisikomedizinprodukten im Krankenhaus durchsetzt (daher Änderungsvorschlag des GKV-SV zu Nr. 79 Buchstabe c) Doppelbuchstabe bb)), wären keine Erkenntnisse zu einer solchen Methode zu erwarten, die eine Änderung der bestehenden Vergütungssituation hervorrufen würden. Damit ist eine Daueraussetzung unter der in Bezug auf die Versorgungsrealität weitgehend fiktiven Vorgabe einer Erprobung ohne Gewinnung brauchbarer Erkenntnisse vorgebahnt. Dies kommt einer faktischen Einführung in die stationäre Versorgung gleich, und zwar in Unkenntnis des patientenrelevanten Nutzens. Der gesetzlich vorgesehene Ausschluss einer Methode, zu deren Nutzen auch im Rahmen der Erprobung keine aussagekräftigen Daten gewonnen werden konnten, bietet einen wesentlich stärkeren Anreiz zur Erprobung. Auch die Versorgung wird damit nicht verschlechtert, da allenfalls eine experimentelle Methode unbekanntem Nutzens und Schadens für die Patientinnen und Patienten aus der Versorgung genommen wird. Bei Vorliegen neuer Erkenntnisse, zu deren Erzeugung nach einer Ausschlussentscheidung ein Anreiz bestehen würde, könnte rasch eine Neubewertung erfolgen, wie die bisherigen Erfahrungen mit der Bewertung von Methoden im Rahmen von § 137h zeigen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 79 Buchstabe c) Doppelbuchstabe cc)

§ 137h Abs. 4 Satz 11 wird wie folgt neu gefasst (bisherige Fassung):

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 263 von 421

„Sofern der Nachweis eines patientenrelevanten Nutzens mit der Erprobungsstudie nicht erfolgt, ist eine Vereinbarung nach § 6 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 6 Absatz 2 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung ausgeschlossen; der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet unverzüglich über eine Richtlinie nach § 137c Absatz 1 Satz 2“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 264 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 79 Buchstabe d)

§ 137h Abs. 5 – Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 5 wird die Angabe „Nummer 3“ durch die Angabe „Nummer 2“ ersetzt.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 137h Abs. 5 – Ausschluss von Methoden unter maßgeblicher Beteiligung von Medizinprodukten hoher Risikoklasse nach Bewertung

A) Stellungnahme zur bisherigen Gesetzgebung

Die bisherige Regelung sah unmittelbare leistungsrechtliche Konsequenzen vor, wenn der G-BA bei einer Bewertung nach § 137h SGB V zu der Auffassung kommt, dass die Methode kein Potenzial hat. Denn nach § 137c Abs. 3 SGB V durften nur solche Methoden zur Anwendung kommen, die das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative aufwiesen. Ein Ausschluss nach § 137c SGB V, wie er zu erfolgen hatte, ist für diese Methoden also unnötig. Die entsprechende Regelung sollte gestrichen werden. Stattdessen sollte festgelegt werden, dass für Methoden, die per G-BA Beschluss nach § 137h SGB V kein Potential haben, eine Informationsübermittlungspflicht besteht, wenn die Methode zu einem späteren Zeitpunkt wieder erbracht werden soll. Dann kann der G-BA aufgrund der aktuell vorliegenden Unterlagen seine Entscheidung ggf. revidieren. Eine solche Regelung hätte zwei Vorteile: Sie vermeidet formelle Prüfungsverfahren zum Ausschluss von Leistungen, die sich noch in frühen Erprobungsphasen befinden. Damit wird eine Bereinigung der G-BA-Aufgaben um inhaltlich wenig sinnvolle und aufwändige Beratungsprozesse realisiert. Außerdem wird den antragstellenden Krankenhäusern deutlich gemacht, dass Potentialbewertungen kurzfristig revidierbar sind und somit ein Anreiz für die Generierung weiterer Erkenntnisse zu Innovationen gesetzt.

B) Änderungsvorschlag

In § 137h Abs. 5 Satz 1 steht nach dem Wort „ausgeschlossen“ ein Punkt.

§ 137h Abs. 5 Satz 2 wird wie folgt neu gefasst:

„Stellt der Gemeinsame Bundesausschuss fest, dass die Methode nicht das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative aufweist, weil die Datenlage für dessen Feststellung nicht ausreicht, können Hersteller und Krankenhäuser in den Folgejahren zu dieser Methode erneut Informationen nach Absatz 1 Satz 1 übermitteln und damit eine Neubewertung auslösen.“

§ 137h Abs. 5 Satz 3 wird wie folgt neu gefasst:

„Bei nachgewiesener Schädlichkeit oder Unwirksamkeit der Methode entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss unverzüglich über eine Richtlinie nach § 137c Absatz 1 Satz 2.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 79 Buchstabe e) Doppelbuchstabe aa)

§ 137h Abs. 6 Satz 6 – Erweiterung des Umfangs von Beratungen für Hersteller von Hochrisiko- medizinprodukten und Krankenhäuser.

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Beratung von Herstellern und Krankenhäusern durch den Gemeinsamen Bundesausschuss insbesondere zur Frage, ob eine Methode unter maßgeblicher Beteiligung des betreffenden Medizinproduktes dem § 137h Abs. 1 unterfällt, ist durch die Möglichkeit der Beteiligung weiterer Institutionen umfangreicher angelegt und soll daher kostenpflichtig für Hersteller und Krankenhäuser werden (vgl. 79 e) bb) zu Satz 6 und 7). Zudem soll auf die Möglichkeit einer eigenständigen Beauftragung einer unabhängigen wissenschaftlichen Institution zur Durchführung einer Studie hingewiesen werden.

B) Stellungnahme

Die Beratung von Herstellern und Krankenhäusern zu ihren Medizinprodukten bzw. Methoden soll der raschen und verlässlichen Information darüber gelten, ob eine Methode dem § 137h Abs. 1 unterfällt. Betreffende Hersteller und Krankenhäuser sollen eine verlässliche Information darüber erhalten, ob eine Informationsübermittlung an den G-BA im Falle einer NUB-Anfrage überhaupt erfolgen muss. Der Beratung sollten keine Hemmnisse in den Weg gestellt werden und sie sollte mit möglichst geringem Aufwand für die Betroffenen belastet sein. Sie ist für alle Beteiligten dann zweckdienlich, wenn unnötige Informationsübermittlungen vermieden werden. Die Notwendigkeit einer solchen Beratung hat sich als umso dringlicher erwiesen, als in der Vergangenheit bei den Vergütungsvereinbarungen Unklarheiten entstanden sind, die durch eine vorangehende Klärung, ob die betreffenden Methoden dem § 137h (1) unterfallen, vermeidbar gewesen wären.

Ein Hinzuziehen anderer Institutionen soll, sofern dies im Einzelfall erforderlich ist, im Rahmen der gebührenpflichtigen Beratung nach § 137e Abs. 8 ermöglicht werden (s. dort). Dies gilt auch für eingehende Informationen zur Erprobungsregelung wie beispielsweise der Möglichkeit zur eigenen Beauftragung einer unabhängigen wissenschaftlichen Institution zur Durchführung einer Studie.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 79 Buchstabe e) Doppelbuchstabe aa)

§ 137h Abs. 6 Satz 1 wird wie folgt geändert (bisherige Fassung):

Die Wörter „auf deren Wunsch auch unter Beteiligung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte oder des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ und „sowie zu dem Verfahren einer Erprobung einschließlich der Möglichkeit, anstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses eine unabhängige wissenschaftliche Institution auf eigene Kosten mit der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung nach § 137e Absatz 5 Satz 2 zu beauftragen“ werden gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 79 Buchstabe e) Doppelbuchstabe bb)

§ 137h Abs. 6 Sätze 6 bis 8 – Kostenpflichtigkeit von Beratungen von Herstellern und Krankenhäusern gemäß § 137h Abs. 6

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Beratungen zur Frage, ob eine Methode dem § 137h Absatz 1 unterfällt, soll kostenpflichtig werden, was von einer Erweiterung der Beratungsinhalte begleitet wird (vgl. Nr. 79 Buchstabe e) Doppelbuchstabe aa) zu Satz 1).

B) Stellungnahme

Um den Beratungen möglichst wenige Hemmnisse in den Weg zu stellen, sollten sie weitgehend auf die zentrale Frage beschränkt bleiben, ob eine Methode dem § 137h Abs. 1 unterfällt. Weitere Inhalte sollten kostenpflichtig durch eine Anfrage gemäß § 137e Abs. 8 abgefragt werden können.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 79 Buchstabe e) Doppelbuchstabe bb)

In § 137h Abs. 6 werden die Sätze 6 bis 8 gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 80 Buchstabe a)

§ 140a Absatz 2 Satz 2 – Besondere Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 140a Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „§ 20d“ durch die Angabe „§ 20i“ ersetzt.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine bislang versäumte redaktionelle Folgeänderung in § 140a. Der Verweisfehler wird korrigiert.

C) Änderungsantrag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 80 Buchstabe b) Doppelbuchstaben aa) bis cc)

§ 140a Absatz 4 Satz 1 bis 4 – Besondere Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit den Änderungen werden für die Teilnahmeerklärung des Versicherten an der besonderen Versorgung, für deren Widerruf und für die Belehrung der Krankenkasse über das Widerrufsrecht als Formerfordernis alternativ die schriftliche oder die elektronische Form vorgesehen.

B) Stellungnahme

Die Änderung sieht vor, dass die Teilnahmeerklärung künftig auch elektronisch erfolgen kann. Gleiches gilt für den Widerruf der Teilnahmeerklärung, die statt in Textform zukünftig schriftlich oder elektronisch erfolgen soll. Bereits heute kann über den § 36a SGB I die Schriftform durch die elektronische Form ersetzt werden kann, dies allerdings in Form einer qualifizierten elektronischen Signatur (QES), die sich als nicht praxistauglich erwiesen hat. Vor diesem Hintergrund sollte es den Vertragspartnern obliegen, die Art der Teilnahmeerklärung festzulegen.

C) Änderungsvorschlag

aa) In Satz 2 wird das Wort „schriftlich“ durch die Wörter „verpflichten sich bar“ ersetzt.

bb) In Satz 3 werden die Wörter „in Textform“ durch das Wort „nachvollziehbar“ ersetzt.

cc) In Satz 5 werden die Wörter „in Textform“ durch das Wort „nachvollziehbar“ ersetzt

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 271 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 81

**§ 188 Abs. 2 Satz 3 – Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft für Rentner mit Optionsrecht zum
01.04.2002**

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des § 9 Abs. 1 Nr. 6
SGB V, auf den diese Vorschrift Bezug nimmt.

B) Stellungnahme

Die Aufhebung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 272 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 82

§ 190 Abs. 11a – Ende der Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner für freiwillig versicherte Rentner sowie ihre Familienangehörigen bei Ausübung des Optionsrechts zum 01.04.2002

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des § 9 Abs. 1 Nr. 6 SGB V, auf den diese Vorschrift Bezug nimmt.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 83

§ 197a – Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einfügung eines neuen § 197a Absatz 3b sollen datenschutzrechtliche Übermittlungsbefugnisse im Zusammenhang mit der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Krankenkassen und ihrer Landesverbände klargestellt werden.

Zukünftig dürfen die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Krankenkassen personenbezogene Daten nicht nur untereinander, sondern auch an die für die Entscheidung über die Teilnahme von Leistungserbringern an der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie die für die Leistungsgewährung und die für die Abrechnung von Leistungen zuständigen Stellen übermitteln, soweit dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Zuständigkeitsbereich der Empfänger erforderlich ist. Darüber hinaus dürfen zukünftig auch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung personenbezogene Daten, die von ihnen z. B. zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhoben wurden, an die die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Krankenkassen übermitteln.

B) Stellungnahme

Mit der beabsichtigten Neuregelung soll ausweislich der Gesetzesbegründung insbesondere den Erkenntnissen der Krankenkassen aus der Praxis der Fehlverhaltensbekämpfung Rechnung getragen werden. Da der GKV-Spitzenverband entsprechenden gesetzlichen Änderungsbedarf bereits seit dem Jahr 2015 wiederholt vorgetragen und begründet hat, wird die insoweit konsequente Gesetzesänderung nachdrücklich begrüßt und unterstützt.

Durch die ausdrückliche Benennung der „Verhinderung“ von Fehlverhalten im Gesundheitswesen als möglichen Übermittlungszweck wird unmissverständlich klargestellt, dass die Datenübermittlung nicht lediglich auf die (reaktive) Aufarbeitung vergangener Sachverhalte gerichtet sein kann, sondern gerade auch auf die (präventive) Unterbindung künftiger Unregelmäßigkeiten abzielen soll, z. B. durch eine konsequente Verweigerung der Teilnahme von Leistungserbringern an der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Entgegen der gesetzgeberischen Zielrichtung wird vorliegend aber noch nicht allen datenschutzrechtlichen Rechtsunsicherheiten abgeholfen. Insoweit besteht gesetzlicher Änderungsbedarf.

Nach der Gesetzesbegründung soll die weit gefasste Umschreibung der möglichen Empfänger sicherstellen, „dass alle sinnvollen Übermittlungswege zum Informationsaustausch über Fehlverhalten von Leistungserbringern sämtlicher Versorgungsbereiche genutzt werden können“. Problematisch ist aber, dass es sich bei den potentiellen Empfängern gerade nicht nur um Stellen innerhalb derselben Organisation handelt, bei der stets auch eine Fehlverhaltensstelle eingerichtet ist. Es kann und wird sich in der täglichen Praxis vielmehr regelmäßig auch um Empfänger außerhalb der betreffenden Organisation handeln.

Der Gesetzentwurf lässt bislang noch offen, welche Übermittlungswege zum Informationsaustausch über Fehlverhalten von Leistungserbringern sämtlicher Versorgungsbereiche sinnvoll erscheinen, damit Fehlverhalten im Gesundheitswesen effektiv verhindert werden kann. Erkenntnisse des Bundeskriminalamtes über den bundesweit organisierten Abrechnungsbruch durch sog. russischsprachige Pflegedienste haben demgegenüber längst aufgezeigt, dass zur effektiven Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Aufbau einer organisationsübergreifenden GKV-Betrugspräventions-Datenbank erforderlich ist, vgl. LKA Nordrhein-Westfalen, Abschlussbericht vom 5.5.2017 zum Projekt Curafair, Abrechnungsbruch im Gesundheitswesen durch russischsprachige Pflegedienste, S. 13 f.

Deshalb muss zusätzlich gesetzlich klargestellt werden, dass der Austausch von personenbezogenen Daten zur Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen auch unter Verwendung von Datenbanken zulässig ist, die von Dritten betrieben werden (sog. „Fraud Pool“). Die Regelung könnte sich z. B. an der erst jüngst erfolgten gesetzlichen Klarstellung des § 47 Abs. 5 GwG orientieren, mit der offenkundig langjährige Meinungsverschiedenheiten der Landesdatenschutzbeauftragten und der Bundesdatenschutzbeauftragten schließlich ausgeräumt werden konnten, vgl. BT-Drs. 18/12405, S. 169 f.

C) 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.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 84

§ 217b Abs. 2 – Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für die Vereinbarung von Vorstandsvergütungen des GKV-Spitzenverbandes ist vorgesehen, dass zu Beginn einer Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes eine Erhöhung ausschließlich durch einen Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Entwicklung des Verbraucherpreisindex zulässig ist. Zudem soll geregelt werden, dass Erhöhungen während der Dauer der Amtszeit unzulässig sind. Zu Beginn einer neuen Amtszeit wird der Aufsichtsbehörde die Möglichkeit eingeräumt, eine niedrigere Vergütung anzuordnen. Vereinbarungen für die Zukunftssicherung der Vorstandsmitglieder sollen nur auf der Grundlage von beitragsorientierten Zusagen zulässig sein. Finanzielle Zuwendungen durch Dritte sind entweder auf die Vorstandsvergütungen anzurechnen oder an den GKV-Spitzenverband abzuführen.

B) Stellungnahme

Die Regelung stellt einen weiteren ungerechtfertigten sowie anlasslosen Eingriff in die Rechte des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes dar und schränkt erneut den Aufgabenbereich der sozialen Selbstverwaltung ein. Das steht im Widerspruch zu der im Koalitionsvertrag vereinbarten Stärkung der Selbstverwaltung. Die vorgesehenen Änderungen beim Abschluss von Vorstandsdienstverträgen hätten einen Wettbewerbsnachteil bei der Auswahl des Vorstandspersonals zur Folge. Sie werden deshalb abgelehnt und sind zu streichen. Zu den Gründen im Einzelnen:

1. Eingriff in Selbstverwaltungsrechte

Im Rahmen des Selbstverwaltungsrechts setzen die demokratisch gewählten Vertreter der Arbeitgeber und Versicherten die detaillierte Sozialgesetzgebung eigenverantwortlich und verantwortungsvoll um. Zum Kernbereich der Selbstverwaltung gehört die interne Organisation der Verwaltung einschließlich der personalwirtschaftlichen Kompetenzen und der Kosten des Personaleinsatzes.

Bereits mit dem Dritten Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 07.08.2013 wurde in § 35a Abs. 6 SGB IV geregelt, dass der Abschluss, die Verlängerung oder die Änderung eines Vorstandsdienstvertrags der vorherigen Zustimmung der Aufsichtsbehörde bedürfen. Der Nachweis struktureller Missstände, auf-

grund derer die Einführung einer präventiven Rechtsaufsicht notwendig war, stand und steht nach wie vor aus.

Mit der nun vorgesehenen Änderung erfolgt ein weiterer massiver Eingriff in den Aufgabenbereich der sozialen Selbstverwaltung. Dem Ermessensrahmen des Verwaltungsrates bei der Vergütung der Vorstände werden mit der Begrenzung auf die Entwicklung des Verbraucherpreisindex enge Vorgaben auferlegt. Durch die Übergangsregelung in Art. 1 Nr. 103 (§ 323 SGB V (neu)) wird der Selbstverwaltung die Gestaltungskompetenz zur Vereinbarung der Höhe der Vorstandsvergütungen für den Zeitraum bis Ende 2027 vollständig entzogen. Unabhängig davon ist auch nicht nachvollziehbar, warum die Organmitglieder nicht zumindest an der allgemeinen Einkommensentwicklung teilnehmen können, sondern auf die Entwicklung des Verbraucherindex verwiesen werden.

Zudem soll die Aufsicht – unabhängig von den Erwägungen des Verwaltungsrates hinsichtlich der Vereinbarung der Vergütungshöhe – eine niedrigere Vergütung anordnen können. Das ist eine in das Ermessen der Aufsichtsbehörde gestellte staatliche Vergütungsfestsetzung. Es fehlen jegliche Maßstäbe dafür, was die Voraussetzungen für eine Vergütungssenkung sein können, die dann die Ermessensentscheidung der Aufsichtsbehörde auslösen können. Eine derart weite Befugnis einer Aufsichtsbehörde ist sehr bedenklich. Sie ist auch nicht erforderlich. Die Aufsichtsbehörde kann im Rahmen des Genehmigungsverfahrens ihre Vorstellungen vorbringen und gegebenenfalls die Zustimmung versagen. Diese Entscheidung ist dann gerichtlich überprüfbar.

Einen Anlass für diese massiven und weitreichenden Einschränkungen der Gestaltungsmöglichkeiten hat die soziale Selbstverwaltung nicht gegeben. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte kein weiterer ungerechtfertigter Eingriff in das anerkannte und bewährte Ordnungsprinzip der Sozialversicherung erfolgen. Zur Wahrung der Personalhoheit der Selbstverwaltung muss es dem Verwaltungsrat nach wie vor möglich sein, bei der Festsetzung der Gesamtbezüge des einzelnen Vorstandsmitglieds dafür zu sorgen, dass sie im angemessenen Verhältnis zu dessen Aufgaben und Leistungen stehen. Wie in anderen Branchen auch sollte es dem Verwaltungsrat weiterhin möglich sein, Anpassungen während der Laufzeit vornehmen zu können. Daher werden die Vorgaben einschließlich der Übergangsregelungen in Art. 1 Nr. 103 (§ 323 SGB V (neu)) abgelehnt.

Aus den gleichen Gründen wird auch die Regelung zu den Versorgungszusagen abgelehnt. Darüber hinaus ist zumindest eine Übergangsregelung erforderlich, die die Fortsetzung bereits gewährter Versorgungszusagen ermöglicht. Das Mitglied des Organs ist Träger von Grundrechten, sodass gewährte Versorgungszusagen, auf deren Bestand es bei seiner Wiederwahl vertrauen durfte, nicht durch das Gesetz einfach wieder genom-

men werden können. Zu bedenken ist dabei auch, dass eine private Absicherung gerade bei Folgeverträgen oftmals aufgrund des Lebensalters eines Vorstandsmitgliedes nicht mehr möglich ist. Gerade im Bereich der Alters- und Krankheitsvorsorge spielt der Vertrauensschutz eine herausragende Rolle und sollte dementsprechend auch hier beachtet werden.

2. Stärkung der Selbstverwaltung erforderlich

Der Koalitionsvertrag sieht vor, dass die Selbstverwaltung gestärkt werden soll. Dies ist ein begrüßenswerter Ansatz. Damit die Selbstverwaltung die hohen Erwartungen und Anforderungen an ihre Gestaltungs- und Umsetzungskompetenz erfüllen kann, ist es notwendig, dass ihr ausreichend große Handlungsmöglichkeiten zugestanden werden. Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hat wiederholt darauf hingewiesen, dass eine Stärkung der Selbstverwaltung notwendig ist.

Die vorgesehene Regelung steht allerdings in klarem Widerspruch zu der Verabredung im Koalitionsvertrag. Die Kompetenzen der Selbstverwaltung würden in einem der zentralen Aufgabenbereiche empfindlich geschwächt. Für die soziale Selbstverwaltung sind verlässliche Rahmenbedingungen und Vertrauen in ihre Arbeit notwendig, auch um gerade jüngere Menschen zum ehrenamtlichen Engagement in der Selbstverwaltung zu motivieren.

3. Wettbewerbsnachteil bei der Auswahl des Vorstandspersonals

Der Gesetzgeber führt in seiner Begründung für die geplanten Maßnahmen aus, dass die derzeit vereinbarten Vergütungen sich im Rahmen bisheriger Genehmigungsverfahren als ausreichend erwiesen haben, um geeignetes Personal für die Aufgaben zu gewinnen und deshalb angemessen seien. Mit den Regelungen wäre es dem Verwaltungsrat allerdings nicht mehr möglich, flexibel auf zukünftige Entwicklungen reagieren zu können.

Gegenüber anderen Branchen und Unternehmen bzw. Organisationen im Gesundheitswesen, die keinen derartigen gesetzlichen Vorgaben unterliegen und damit frei über die Höhe der Vergütung ihres Führungspersonals entscheiden können, ergibt sich damit ein erheblicher Wettbewerbsnachteil bei der Auswahl der Vorstandsmitglieder. Die Möglichkeit, geeignetes Vorstandspersonal zu finden, darf nicht unsachgerecht durch starre gesetzliche Vorgaben eingeengt werden. Auch deshalb ist die vorgesehene Änderung abzulehnen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 278 von 421

C) Änderungsvorschlag

Streichung

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 85

§ 217f Abs. 8 – Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-Spitzenverband wird verpflichtet, eine Musterkassenordnung für die Krankenkassen zu erstellen.

B) Stellungnahme

Zur Sicherheit des Zahlungsverkehrs und der Buchführung existieren bei allen Krankenkassen den Anforderungen entsprechende Kassenordnungen. Vor dem Hintergrund stark heterogener Strukturen der Krankenkassen sind diese Kassenordnungen sowohl detailliert als auch kompakt ausgestaltet und werden je nach Bedarf durch Dienstanweisungen präzisiert. Die Aufstellung einer Musterkassenordnung würde bei allen Krankenkassen entweder zu umfassenden Änderungen der bereits existierenden rechtskonformen Kassenordnungen und der entsprechenden Dienstanweisungen oder zu Begründungen der Abweichungen zur Musterkassenordnung gegenüber den Aufsichtsbehörden führen. Der Abstimmungsaufwand würde nicht verringert.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 85 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 86

§ 225 Satz 1 Nr. 3 – Beitragsfreiheit bestimmter Rentenantragsteller

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ausdehnung der Regelung zur Beitragsfreiheit bestimmter Rentenantragsteller auf die nach § 5 Abs. 1 Nr. 11b SGB V versicherungspflichtigen Bezieher einer Waisenrente der gesetzlichen Rentenversicherung oder aus der berufsständischen Versorgung, die ohne die Versicherungspflicht nach § 10 SGB V oder nach § 7 KVLG 1989 versichert wären.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht. Durch die Änderung werden künftig auch Waisen, die zum Zeitpunkt der Rentenantragstellung das 18. Lebensjahr vollendet haben (und daher nicht nach § 225 Satz 1 Nr. 2 SGB V beitragsfrei sein können) und die ohne die Rentenantragstermitgliedschaft familienversichert wären, im Vorgriff auf die Rentenbewilligung bereits in der Phase der Rentenantragstellung beitragsfrei gestellt.

Die Änderung soll nach dem derzeitigen Stand des Gesetzesvorhabens erst zukunftsbezogen wirksam werden. Damit bliebe es für die Vergangenheit (ab 2017) bei der Beitragspflicht volljähriger Personen, die eine Waisenrente beantragt haben, für die Dauer des Rentenantragsverfahrens, sofern die Rentenantragsteller-Mitgliedschaft nicht durch die nach Rentenzubilligung eintretende Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11b SGB V, die in der Regel beitragsfrei zu führen ist (§ 237 Satz 2 SGB V), verdrängt wird. Diese Ungleichbehandlung ließe sich mit einem rückwirkenden Inkrafttreten der Regelung beseitigen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 86 tritt rückwirkend zum 01.01.2017 in Kraft. Artikel 17 (Inkrafttreten) ist entsprechend zu ergänzen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 87

§ 228 Abs. 2 – Nachzahlungen von Renten als beitragspflichtige Einnahmen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung wird eine verfahrensrechtlich gegenüber § 48 Abs. 1 Satz 2 SGB X vorrangige Sondervorschrift geschaffen, die eine Aufhebung eines vorangegangenen Beitragsbescheides mit Wirkung für die Vergangenheit zuungunsten des beitragspflichtigen Mitglieds zulässt, soweit die Beitragspflicht auf eine Nachzahlung von Renten (inländische und ausländische) oder Versorgungsbezügen zurückzuführen ist.

B) Stellungnahme

Die Regelung beseitigt eine seit Jahren bestehende Diskrepanz zwischen materiellem Recht und dem Verfahrensrecht. Während das materielle Recht eine Beitragspflicht auf nachgezahlte Renten und Versorgungsbezüge ausdrücklich anordnet (§ 228 Abs. 2, § 229 Abs. 2 SGB V) und diese Anordnung auch für freiwillige Mitglieder entsprechend gilt (§ 240 Abs. 2 Satz 5 SGB V), scheitert die Umsetzung der Beitragserhebung durch die Krankenkasse immer dann, wenn Nachzahlungen von Renten und Versorgungsbezügen auf einen Zeitraum entfallen, der bereits durch einen vorangegangenen (für das Mitglied günstigeren) Beitragsbescheid geregelt ist. Da auch Nachzahlungen von Renten und Versorgungsbezügen die für die Beitragsbemessung maßgebende Einkommenssituation beeinflussen, ist die Neuregelung sachgerecht und wird insofern begrüßt.

Eine vergleichbare Problematik ergibt sich bei Nachzahlungen der Bezüge von freiwillig versicherten aktiven Beamten, für die ebenfalls die Heranziehung zur Beitragspflicht ab dem Zeitpunkt der Änderung der Einkommensverhältnisse – und somit rückwirkend – vorzusehen ist. Diese Fallkonstellation wird von der Reichweite der Neuregelung nicht erfasst.

C) Änderungsvorschlag

Keiner; hilfsweise könnte über eine unmittelbare Anpassung des § 48 Abs. 1 SGB X im Sinne der Zielsetzung nachgedacht werden, um auch für die im letzten Absatz der Stellungnahme genannte Fallgruppe eine entsprechende verfahrensrechtliche Regelung zu schaffen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 88 Buchstaben a) bis c)

§ 235 – Beitragspflichtige Einnahmen von Rehabilitanden, Jugendlichen und behinderten Menschen in Einrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um rein redaktionelle Änderungen bei der Regelung zu den beitragspflichtigen Einnahmen von Rehabilitanden, Jugendlichen und behinderten Menschen in Einrichtungen.

B) Stellungnahme

Die Änderungen sind sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 89

§ 237 Satz 3 – Beitragsfreiheit von Hinterbliebenenleistungen aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung werden bei versicherungspflichtigen Waisenrentnern auch Leistungen der Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis, die den durch den Tod eines Elternteils entfallenden Unterhaltsanspruch des Kindes gegenüber dem verstorbenen Elternteil ersetzen sollen, bis zum Erreichen der Altersgrenzen für die Familienversicherung beitragsfrei gestellt.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung ist sachgerecht, soweit damit eine beitragsrechtliche Ungleichbehandlung mit der Gruppe von Waisenrentnern verhindert wird, die ihre unterhaltsersetzenden Hinterbliebenenleistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung, einer berufsständischen Versorgungseinrichtung oder aus der Alterssicherung der Landwirte erhalten. Die praktische Relevanz dürfte eher gering sein, da allein das Waisengeld aus der Beamtenversorgung als Hinterbliebenenleistung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis keinen Zugang in die Krankenversicherung der Rentner eröffnet.

Vor dem Hintergrund der beabsichtigten Regelungsänderung, dass auch die der Hinterbliebenenversorgung dienenden Versorgungsbezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis von der Beitragspflicht befreit werden, ist unklar, warum nicht eine allgemeine Erstreckung auf alle Waisenrenten erfolgt. Weiterhin beitragspflichtig sind demnach u. a. die für Waisen bestimmten Leistungen im Rahmen der Hinterbliebenenversicherungen aus der betrieblichen Altersversorgung. Ob eine unterschiedliche beitragsrechtliche Würdigung derartiger Waisenversicherungen weiterhin politisch gewollt ist, ist im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner. Für den Fall, dass auch Waisenrenten aus der betrieblichen Altersversorgung bis zum Erreichen der Altersgrenzen für die Familienversicherung beitragsfrei gestellt werden sollen, wäre Artikel 1 Nr. 89 wie folgt zu fassen:

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 284 von 421

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 90 Buchstabe a)

§ 256 Abs. 1 Satz 1 – Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen – Ausweitung des Zahlstellverfahrens auf alle Versicherungspflichtigen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung haben Zahlstellen künftig Beiträge von allen versicherungspflichtigen Versorgungsbezugsempfängern – unabhängig vom Bezug einer gesetzlichen Rente – an die zuständige Krankenkasse abzuführen und im Rahmen des elektronischen Zahlstellenverfahrens nachzuweisen.

B) Stellungnahme

Die bestehende Regelung reduziert die Beitragsabführungspflicht der Zahlstellen auf die klassischen Fälle, in denen versicherungspflichtige Versorgungsbezugsempfänger eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erhalten. Für die übrigen versicherungspflichtigen Versorgungsbezugsempfänger (z. B. Beschäftigte) erfolgt die Beitragszahlung bislang auf Grundlage eines Verwaltungsaktes der Krankenkasse (Beitragsbescheid) vom Mitglied. Die Verpflichtung der Zahlstellen, die Beitragsabführung künftig auch für diese versicherungspflichtigen Versorgungsbezugsempfänger vorzunehmen und die Beiträge im Rahmen des elektronischen Zahlstellenverfahrens nachzuweisen, führt zu einer Reduzierung der Verwaltungsaufwände bei den Krankenkassen und ist zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

keiner (siehe allerdings Änderungsvorschlag zu Artikel 17 – Inkrafttreten)

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 90 Buchstabe b)

§ 256 Abs. 4 – Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen – Aufhebung der Ausnahmeregelung zur Beitragsabführung durch kleinere Zahlstellen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Ausnahmeregelung, wonach Zahlstellen, die regelmäßig an weniger als 30 beitragspflichtige Mitglieder Versorgungsbezüge zahlen, auf Antrag von der Beitragsabführungspflicht durch die Krankenkasse befreit werden können, wird aufgehoben.

B) Stellungnahme

Zahlstellen mit regelmäßig weniger als 30 beitragspflichtigen Versorgungsbezugsempfängern sind nicht mehr besonders schutzbedürftig, da das seinerzeitige papiergebundene Beitragsnachweisverfahren durch ein elektronisches Zahlstellenverfahren abgelöst wurde und insoweit auch kleineren Zahlstellen die Umsetzung der Beitragsabführung zuzumuten ist. Ohnehin sind diese Zahlstellen im heutigen Verfahren ungeachtet einer ausgesprochenen Befreiung verpflichtet, den Beginn, das Ende, etwaige Änderungen sowie die Höhe eines Versorgungsbezuges von versicherungspflichtigen Mitgliedern den zuständigen Krankenkassen elektronisch zu melden. Die Streichung dieser Ausnahmeregelung ist insoweit angemessen und sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner (siehe allerdings Änderungsvorschlag zu Artikel 17 – Inkrafttreten)

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 91

§ 274 Abs. 1 Satz 7 und 8 – Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Ergänzung sieht vor, dass das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen seiner Prüfung nach § 274 Abs. 1 Satz 2 SGB V in besonderen Fällen Wirtschaftsprüfer, vereidigte Buchprüfer oder spezialisierte Rechtsanwaltskanzleien mit einzelnen Bereichen der Prüfungen beauftragen kann und die durch die Beauftragung entstehenden Kosten, Kosten der Prüfung im Sinne des § 274 Abs. 2 SGB V sind.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist nachvollziehbar. Es fehlt jedoch eine Einbeziehung der zu prüfenden Stellen, um die Absicht und die Gründe für eine solche Beauftragung transparent zu machen. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund zu sehen, dass die zu prüfenden Stellen die Kosten einer solchen Beauftragung zusätzlich zu tragen haben und ihnen mit einer Einbeziehung auch die Möglichkeit gegeben wird, Argumente im Hinblick auf die Konkretisierung des Auftrages im Rahmen der Beauftragung einzubringen.

C) Änderungsvorschlag

Nach den Wörtern „das Bundesministerium für Gesundheit kann“ werden die Wörter „im Benehmen mit den zu prüfenden Stellen“ eingefügt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 92

§ 275 Abs. 1 – Begutachtung und Beratung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Dem § 275 Absatz 1 wird der folgende Satz angefügt:

„Die Regelungen des § 87 Absatz 1c zu dem im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenen Gutachterverfahren bleiben unberührt.“

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung stellt eine Folgeänderung der Aufnahme des § 87 Abs. 1c in das SGB V dar. Der Verweis auf das im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehene Gutachterverfahren in § 275 Absatz 1 Satz 2 dient zur Klarstellung, dass eine von § 275 abweichende Aufgabenregelung für das vertragszahnärztliche Gutachterwesen besteht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 289 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 93

§ 279 Abs. 4 Satz 3 – Verwaltungsrat und Geschäftsführer; Beirat

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die jährlichen Vergütungen der Geschäftsführer der Medizinischen Dienste und deren Stellvertreter sind jährlich zum 1. März im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. Die Veröffentlichung soll gleichzeitig auf der Internetseite des betreffenden Medizinischen Dienstes erfolgen.

B) Stellungnahme

Es wird auf die Stellungnahme zu Art. 7 (§ 35a Abs. 6 S. 2 SGB IV) verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 94

§ 282 Abs. 2d – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für die Vereinbarung der Vergütungen des Geschäftsführers des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) und dessen Stellvertreters ist vorgesehen, dass zu Beginn einer Amtszeit eine Erhöhung ausschließlich durch einen Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Entwicklung des Verbraucherpreisindexes zulässig ist. Zudem soll geregelt werden, dass Erhöhungen während der Dauer der Amtszeit unzulässig sind. Zu Beginn einer neuen Amtszeit wird der Aufsichtsbehörde die Möglichkeit eingeräumt, eine niedrigere Vergütung anzuordnen. Vereinbarungen für die Zukunftssicherung sollen nur auf der Grundlage von beitragsorientierten Zusagen zulässig sein. Finanzielle Zuwendungen sind entweder auf die Vergütung anzurechnen oder an den MDS abzuführen.

B) Stellungnahme

Es wird auf die Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 84 (§ 217b Abs. 2 SGB V) verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 95 Buchstabe a)

§ 284 Abs. 1 Satz 1 – Sozialdaten bei den Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung dürfen die Krankenkassen die notwendigen Sozialdaten erheben und speichern, sofern diese für die Beteiligung des vertragszahnärztlichen Gutachterwesens notwendig sind.

B) Stellungnahme

Die explizite Nennung des vertragszahnärztlichen Gutachterverfahrens ist sachgerecht.

Mit der ergänzenden Regelung soll die datenschutzrechtliche Befugnis zur Verarbeitung der für die Durchführung und das proaktive Anbieten individuell geeigneter Maßnahmen im Rahmen des Versorgungsmanagements der Krankenkassen nach § 11 Abs. 4 sowie der Gewinnung von Versicherten für Verträge zu besonderen Versorgungsformen geschaffen werden. Diese ist erforderlich, damit die Krankenkassen Versicherten gezielt die unterschiedlichen Angebote des Versorgungsmanagements und der besonderen Versorgung, welche auch dem Versorgungsmanagement dient, zuführen können.

Zudem sollten die Krankenkassen auch Sozialdaten der Versicherten verarbeiten dürfen, wenn diese ihnen vom Versicherten mit dessen Einwilligung zur Verfügung gestellt werden. Sie können damit ihr Angebot im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrags zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung auch auf freiwillige Angebote ausweiten. Aufgrund der Zweckgebundenheit der Einwilligung und der Gesetzesbindung der Krankenkassen als Teil der mittelbaren Staatsverwaltung ist eine Datenverarbeitung aus Gründen, die nicht im Zusammenhang mit der Aufgabe einer Krankenkasse stehen, auch weiterhin ausgeschlossen. In vielen Fällen – wie etwa bei der elektronischen Kommunikation nach § 67 – werden auch besondere Kategorien personenbezogener Daten verarbeitet werden müssen, damit die angebotenen digitalen Dienste und Anwendung effektiv genutzt werden können. Hierfür bedarf es einer ausdrücklichen Einwilligung des Versicherten.

C) Änderungsvorschlag

§ 284 Abs.1 Satz 1 Nr. 13 wird wie folgt geändert:

(1) Die Krankenkassen dürfen Sozialdaten für Zwecke der Krankenversicherung nur erheben und speichern, soweit diese für

(...)

13. die Vorbereitung und Durchführung von Modellvorhaben, die Durchführung des Versorgungsmanagements nach § 11 Abs. 4, die Gewinnung von Versicherten für individuell geeignete Maßnahmen im Rahmen des Versorgungsmanagements, die Durchführung von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung, die Gewinnung von Versicherten für Verträge zu besonderen Versorgungsformen und deren Durchführung, sowie zur ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen, einschließlich der Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Qualitätsprüfungen, soweit Verträge ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschlossen wurden,

(...)

erforderlich sind.

§ 284 Abs. 1 Satz 2 [neu]:

Die in Satz 1 erhobenen und gespeicherten Daten sowie zusätzliche erhobene Daten dürfen auf Grundlage einer informierten Einwilligungserklärung des Versicherten für Gesundheitsinformationen und Versorgungsangebote genutzt werden.

§ 284 Abs. 3 Satz 2 [neu]:

Nach meinem Verständnis müsste dann auch ein Einschub in den Abs. 3 erfolgen:

Die rechtmäßig erhobenen, und gespeicherten und versichertenbezogenen Daten dürfen nur für die Zwecke der Aufgaben nach Absatz 1 in dem jeweils erforderlichen Umfang verarbeitet oder genutzt werden, für andere Zwecke, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuchs angeordnet oder erlaubt ist. Beruht die Verarbeitung ausschließlich auf einer Einwilligung des Versicherten, dürfen die Daten nur zu dem in der Einwilligung benannten Zweck verarbeitet werden. Die Daten, die nach § 295 Abs. 1 b Satz 1 an die Krankenkasse übermittelt werden, dürfen nur zu Zwecken nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 4, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 und § 305 Abs. 1 versichertenbezogen verarbeitet und genutzt werden und nur, soweit dies für diese Zwecke erforderlich ist; für die Verarbeitung und Nutzung dieser Daten zu anderen Zwecken, ist der Versichertenbezug vorher zu löschen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 95 Buchstabe b)

§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 12 – Sozialdaten bei den Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung dürfen die Krankenkassen Sozialdaten zum Zwecke der Vorbereitung, Vereinbarung und Durchführung aller Vergütungsverträge der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Leistungserbringung erheben und speichern. Die bisherige Einschränkung auf Vergütungsverträge nach § 87a ist nicht sachgerecht, da Krankenkassen weitere Vergütungsverträge im Rahmen der ambulanten Leistungserbringung, wie z. B. nach § 85 Abs. 3 schließen. Auch für diese Vergütungsverträge benötigen die Krankenkassen die entsprechenden Sozialdaten.

B) Stellungnahme

Die Erweiterung auf Vergütungsverträge der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Leistungserbringung ist sachgerecht und wird befürwortet.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 95 Buchstabe c)

§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 – Sozialdaten bei den Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Streichung in § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 13 „soweit Verträge ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschlossen wurden“ wird klargestellt, dass die Krankenkassen für die Durchführung von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen bei Selektivverträgen die Sozialdaten auch dann benötigen, wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen an den Selektivverträgen beteiligt sind. Denn die Krankenkassen können die Kassenärztlichen Vereinigungen zum Abschluss von Selektivverträgen ermächtigen oder ihre Unterstützung in anderer Form nutzen, ohne dass damit die Pflicht zu Wirtschaftlichkeits- oder Qualitätsprüfungen durch die Krankenkassen entfallen.

B) Stellungnahme

Klarstellende Regelung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 96 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) Dreifachbuchstaben aaa) und bbb)

§ 291a Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 und 5 – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das elektronische Patientenfach wird mit der elektronischen Patientenakte begrifflich zusammengeführt. Nach den bisherigen Konzepten der Gesellschaft für Telematik 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 zugegriffen werden kann. Da den Versicherten zukünftig der Zugriff auf die Daten der elektronischen Patientenakte auch ohne Heilberufsausweis und damit ohne Anwesenheit eines 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.

B) Stellungnahme

Die Unterscheidung zwischen dem elektronischen Patientenfach und der elektronischen Patientenakte sorgt bei den Versicherten und Leistungserbringern aktuell für Verwirrung. Die geplante Zusammenführung von elektronischem Patientenfach und elektronischer Patientenakte wird daher ausdrücklich begrüßt.

Um den Versicherten im Rahmen der freiwilligen medizinischen Anwendung weiterhin zu stärken, sollte er die volle Souveränität und den Zugriff auf seine Daten erhalten und diese auch für die Nutzung bei den Leistungserbringern, bei Kassen oder für die Forschung administrieren dürfen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 96 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb)

§ 291a Abs. 3 Satz 4 bis 6 – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Aufhebung der Sätze 4 bis 6 wird das Verfahren bei der Erklärung und der Dokumentation der Einwilligung des Versicherten in die medizinischen Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte vereinfacht. 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.

B) Stellungnahme

Die Vereinfachung des Verfahrens zur Erklärung und Dokumentation der Einwilligung des Versicherten in die medizinischen Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte wird ausdrücklich begrüßt. Durch den Wegfall der Verpflichtung, die Einwilligung auf der elektronischen Gesundheitskarte zu speichern, 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.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 297 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 96 Buchstabe b) Doppelbuchstabe aa)

§ 291a Abs. 5 Satz 8 – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastuktur

A) Beabsichtigte Neuregelung

Diese Regelung ist eine Folgeänderung.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine folgerichtige Anpassung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 96 Buchstabe b) Doppelbuchstabe bb)

§ 291a Abs. 5 Satz 9 – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastuktur

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die neue Regelung wird es den Versicherten ermöglicht, mittels eines sicheren Authentifizierungsverfahrens ohne Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte auf die Daten der elektronischen Patientenakte zuzugreifen. Dabei handelt es sich um einen zusätzlichen Zugriffsweg, den sich die Versicherten auf eigenen Wunsch einrichten lassen können. Versicherte sollen dabei auch eigene mobile Endgeräte wie Smartphones oder Tablets nutzen und selbstständig auch ohne Anwesenheit eines Leistungserbringers auf ihre Daten zugreifen und Berechtigungen zum Zugriff auf ihre Daten erteilen können.

B) Stellungnahme

Um den Anforderungen der Versicherten und auch der Leistungserbringer in Zukunft gerecht zu werden, werden neue Authentifizierungsmethoden ohne Kartennutzung für den Zugang zur TI ausdrücklich begrüßt. Hiermit kann dem Wunsch der Versicherten auch mobile Geräte wie Smartphone oder Tablet nutzen zu können Rechnung getragen werden.

Der Wunsch des Versicherten mobile Geräte wie Smartphone oder Tablet nutzen zu können geht einher mit der Tatsache, dass die Mehrheit der Versicherten kein Kartenlesegerät für die eGK haben. Mit den sicheren Authentifizierungsverfahren wird daher eine smarte Zugangslösung für die Versicherten geschaffen. Daher ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes auch der Zugang zu diesem Verfahren für die Versicherten möglichst einfach zu gestalten. Die im aktuellen Gesetzesentwurf vorgesehene Notwendigkeit der Schriftformerfordernis zur Einwilligung in das Verfahren läuft diesem Ansatz jedoch zu wider: Sofern für die digitale Einwilligung eine qualifizierte elektronische Signatur (QES) benötigt wird, sind die aktuellen elektronischen Gesundheitskarten hierfür nicht einsetzbar, da diese aktuell ohne QES ausgegeben werden. Zum anderen wird jedoch auch ein Kartenterminal benötigt, da die aktuellen elektronischen Gesundheitskarten keine kontaktlose Schnittstelle besitzen. Um das angedachte Verfahren praktikabel und smart zu gestalten, wird daher empfohlen von dem Schriftformerfordernis zur Einwilligung in das Verfahren abzusehen und stattdessen alternative sichere Verfahren wie beispielsweise der Einsatz der Verfahren gemäß der Sicherheitsrichtlinie gemäß §217f Abs. 4b SGB V zuzulassen.

C) Änderungsvorschlag

Ein Zugriff nach Satz 8 kann auch ohne Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte erfolgen, wenn der Versicherte nach umfassender Information durch seine Krankenkasse gegenüber der Krankenkasse ~~schriftlich oder elektronisch erklärt~~ eingewilligt hat, dieses Zugriffsverfahren zu nutzen. Die Einwilligung ist zu dokumentieren.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 300 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 96 Buchstabe b) Doppelbuchstabe cc)

§ 291a Abs. 5 Satz 10 – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur

A) Beabsichtigte Neuregelung

Diese Regelung ist eine Folgeänderung.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine folgerichtige Anpassung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 96 Buchstabe c)

§ 291a Abs. 5c – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen werden verpflichtet, ihren Versicherten spätestens ab dem 1. Januar 2021 eine elektronische Patientenakte zur Verfügung zu stellen. Mit dieser Regelung wird die Interoperabilität im Gesundheitssystem gestärkt. Den Krankenkassen steht es dabei frei, über die Anforderungen der Gesellschaft für Telematik hinaus zusätzliche Inhalte oder Anwendungen für ihre Versicherten in den Patientenakten zur Verfügung zu stellen, sofern diese zusätzlichen Inhalte und Anwendungen die nach § 291b Abs. 1a Satz 1 SGB V zugelassene elektronische Patientenakte nicht beeinträchtigen.

B) Stellungnahme

Da die Krankenkassen verpflichtet werden, ihren Versicherten eine elektronische Patientenakte zur Verfügung zu stellen, wird durch diese Regelung bereits die flächendeckende Versorgung der gesetzlichen Versicherten mit einer elektronischen Patientenakte sichergestellt. Ein weiterer Bedarf von Drittanbietern besteht daher nicht und ist auch nicht wirtschaftlich. Zur Klarstellung ist es daher angebracht, den folgenden Satz zu ergänzen:

C) Änderungsvorschlag

„Eine elektronische Patientenakte wird ausschließlich durch die Krankenkassen angeboten.

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 96 Buchstabe d)

§ 291a Abs. 6 Satz 2 – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastuktur

A) Beabsichtigte Neuregelung

Diese Regelung ist eine Folgeänderung aufgrund der Zusammenlegung von Patientenakte und Patientenfach.

B) Stellungnahme

Die Streichung der Wörter „5 und“ ist aufgrund des Wegfalls des Patientenfaches folgerichtig. Den Ausführungen in der Gesetzesbegründung zu Nr. 83 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) Dreifachbuchstabe aaa) ist zu entnehmen, dass die Patientenakte mit dem Patientenfach begrifflich zusammengeführt wird. Damit wird die Patientenakte um die Daten, die durch den Versicherten selbst oder für ihn zur Verfügung gestellt werden, erweitert. Da der Versicherte Souverän seiner Daten ist, muss der Versicherte zur Wahrung seines Rechts auf informationelle Selbstbestimmung weiterhin eigenständig seine Daten löschen können. Daher ist die Ergänzung der Nummer 4 ebenfalls folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 303 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 96 Buchstabe e)

§ 291a Abs. 7b Satz 5 – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung aufgrund der Neustrukturierung des § 89 SGB V und der Verschiebung der Regelung zum Bundesschiedsamt von Absatz 4 in Absatz 2.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Änderung ist sachlogisch korrekt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 304 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 96 Buchstabe f)

§ 291a Abs. 7d Satz 2 – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung aufgrund der Neustrukturierung des § 89 SGB V und der Verschiebung der Regelung zum Bundesschiedsamt von Absatz 4 in Absatz 2.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Änderung ist sachlogisch korrekt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 305 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 97 Buchstabe a)

§ 291b Abs. 1 Satz 12 – Gesellschaft für Telematik

A) Beabsichtigte Neuregelung

Diese Regelung ist eine Folgeänderung.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine folgerichtige Anpassung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 97 Buchstabe b)

§ 291b Abs. 1a Sätze 13 und 14 – Gesellschaft für Telematik

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Gesellschaft für Telematik wird verpflichtet, den Umfang der Zulassung einschließlich der erforderlichen Spezifikationen, das Zulassungsverfahren sowie die Sicherheitsanforderungen für Verfahren nach § 291a Absatz 5 Satz 9 SGB V 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 SGB V und der Sicherheitszertifizierung nach § 291b Absatz 1a Satz 5 SGB V dar, da eine Sicherheitszertifizierung nicht mehr gesetzlich gefordert wird.

B) Stellungnahme

Um dem Wunsch der Versicherten zur Nutzung mobiler Geräte wie Smartphone oder Tablet Rechnung zu tragen, eröffnet der Gesetzgeber hiermit eine Möglichkeit, diesen den Zugriff über seine eigenen mobilen Endgeräte zu ermöglichen. Da sowohl die Geräte selbst als auch die Entscheidung diese Geräte zu nutzen, in der Hoheit des Versicherten liegen, ist die Abstufung der Sicherheitsanforderungen sachlogisch nachvollziehbar. Um dem Versicherten jedoch über die elektronische Patientenakte hinaus einen einheitlichen Zugang zu seinen Daten zu ermöglichen, sollte die Regelung auch auf seine Protokolldaten nach § 291a Absatz 6 Satz 3 SGB V erweitert werden, sodass zukünftig für den Versicherten ein einheitlicher Zugangspunkt angeboten werden kann.

C) Änderungsvorschlag

„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. Die Festlegungen nach Satz 13 sind von der Gesellschaft für Telematik bis zum 30. April 2019 zu veröffentlichen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 97 Buchstabe c)

§ 291b Abs. 4 Satz 3 – Gesellschaft für Telematik

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung ergänzt die bestehende Regelung, dass Beschlüsse der Gesellschaft für Telematik nach § 291b Absatz 4 Satz 3 für die Leistungserbringer und Krankenkassen sowie ihre Verbände nach diesem Buch verbindlich werden. Dazu gehören nicht die Apothekenkammern der Länder. Damit die Regelungen der Telematikinfrastruktur, die im Apothekenbereich Anwendung finden, für diesen Bereich verbindlich werden, ist die Erweiterung auf die Apothekenkammern der Länder für die Fälle erforderlich, für die es keine landesrechtlichen oder bundesrechtlichen Bestimmungen gibt.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachlogisch korrekte Anpassung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 97 Buchstabe d)

§ 291b Abs. 6 Satz 5 – Gesellschaft für Telematik

A) Beabsichtigte Neuregelung

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.

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Nichtaufnahme des neuen Satzes 5.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 97 Buchstabe e)

§ 291b Abs. 9 – Gesellschaft für Telematik

A) Beabsichtigte Neuregelung

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.

B) Stellungnahme

Gemäß 291b Abs. 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 Abs. 6 Satz 9 (neu) eingeräumten Befugnisse für die zusätzlichen Informations- und Akteneinsichtsrechte sind für die Ausübung der Rechtsaufsicht nicht erforderlich und sind daher abzulehnen.

C) Änderungsvorschlag

§ 291b Abs. 9 SGB V wird nicht übernommen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 310 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 98 Buchstabe

§ 293 Absatz 7 Satz 12

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Neuregelung handelt es sich um eine Folgeregelung zur beabsichtigten Einführung einer einheitlichen sektorübergreifenden Konfliktlösung in § 89a SGB V.

B) Stellungnahme

Es wird verwiesen auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 48 (Einführung eines sektorübergreifenden Schiedsgremiums).

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 99 Buchstabe a)

§ 295 Abs. 1 – Abrechnung ärztlicher Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung für eine erfolgreiche Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins nach § 73 Absatz Satz 2 Nummer 2 ist von dem hausärztlich tätigen Leistungserbringer zusätzlich in den Abrechnungsunterlagen die Arztnummer des Arztes anzugeben, bei dem erfolgreich ein Termin vermittelt wurde. Bereits nach geltendem Recht ist vorgesehen, dass bei Überweisungsfällen, die Arztnummer des überweisenden Arztes bei der Abrechnung anzugeben ist.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist folgerichtig und wird begrüßt

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 312 von 421

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 99 Buchstabe b)

§ 295 Abs. 1a– Abrechnung ärztlicher Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Behebung eines Verweisfehlers.

B) Stellungnahme

Redaktionelle Änderung

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 99 Buchstabe c)

§ 295 Abs. 2 Satz 1 – Abrechnung ärztlicher Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung für eine erfolgreiche Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins nach § 73 Absatz Satz 2 Nummer 2 ist von dem hausärztlich tätigen Leistungserbringer zusätzlich in den Abrechnungsunterlagen die Arztnummer des Arztes anzugeben, bei dem erfolgreich ein Termin vermittelt wurde. Bereits nach geltendem Recht ist vorgesehen, dass bei Überweisungsfällen, die Arztnummer des überweisenden Arztes bei der Abrechnung anzugeben ist.

B) Stellungnahme

Wie bereits unter Nr. 44 a) dargelegt, ist die Prüfung des aus medizinischen Gründen erforderlichen Behandlungstermins, derzeit nur bei Einzelpraxen möglich, da die Diagnosen gemäß § 295 Abs. 2 SGB V je Behandlungsfall, d. h. je Arztpraxis (für alle Ärzte einer Praxis) übermittelt werden. Die alleinige Übermittlung der Arztnummer des Arztes, bei dem der Termin vermittelt wurde, ist nicht ausreichend. Die zusätzliche Übermittlung der Diagnosen je Arzt ist zur Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung zwingend erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

In § 295 Abs. 2 Satz 1 wird das Wort "Behandlungsfall" durch „Arztfall“ ersetzt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 99 Buchstabe d)

§ 295 Abs.4 – Einführung verbindlicher Regelungen zur Vergabe und Übermittlung von Diagnose- und Prozedurschlüsseln

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Buchstabe d) wird neu geregelt, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) im Be- nehmen mit dem GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information erstmals bis zum 30. Juni 2020 mit Wirkung zum 1. Januar 2022 verbindliche Vorgaben zur Vergabe und Übermitt- lung von Diagnosen und Prozeduren einschließlich Prüfmaßstäben bei vertragsärztlichen Leistungen zu erstellen hat. Anschließend ist eine jährliche Aktualisierung vorzunehmen. Die Regelungen gelten ebenfalls für Leistungserbringer nach § 295 Absatz 1b (z. B. HzV, Beson- dere Versorgung, ASV), § 27b Absatz 3, § 76 Absatz 1a § 120 Absatz 1a und § 137f sowie für die Leistungserbringung nach § 115b. Zusätzlich wird geregelt, dass die KBV auch Soft- ware, Softwareteile und Komponenten zertifiziert, die außerhalb der vertragsärztlichen Ver- sorgung zu Anwendung kommen sollen.

B) Stellungnahme

Die Einführung verbindlicher Regelungen zur Vergabe und Übermittlung von Diagnosen und Prozeduren wird grundsätzlich begrüßt. Durch einheitliche und verbindliche Vorgaben soll gewährleistet werden, dass vergleichbare Behandlungsanlässe in allen Regionen, Einrichtun- gen und Praxen gleich kodiert werden. Dazu müssen die Werkzeuge zur Kodierung, die Klas- sifikationen und deren Anwendungsregeln verständlich, anwendbar und eindeutig sein. Diese Ziele können unseres Erachtens nur durch eine Regelung der Kassenärztlichen Bundesverei- nigung im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband erreicht werden.

Es bleibt abzuwarten, wie sich die Abbildung der vorliegenden Morbidität durch die kodierten Diagnosen im Zuge der Einführung und der jährlichen Aktualisierung der verbindlichen Ko- dierregelungen verändert. Grundsätzlich muss sowohl von einer zunehmend vollständigeren und spezifischeren Abbildung der bei einem Patienten vorliegenden Morbidität durch die ko- dierten Diagnosen als auch von einem Entfall bislang erfasster Diagnosen ausgegangen wer- den. Aufgrund der hohen Bedeutung der ambulanten Diagnosen sollte eine regelmäßige Un- tersuchung der Entwicklung dieser Abbildungsqualität durch eine unabhängige Institution oder einen Beirat in Erwägung gezogen werden.

Die verbindliche Vorgabe zur Zertifizierung von Software, Softwareteilen und Komponenten durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist sachgerecht und nachvollziehbar. Allerdings soll die Zertifizierung durch die KBV auch die softwaretechnische Umsetzung der Vorgaben außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung zum Gegenstand haben. Da die Kassenärztlichen Vereinigungen in der Versorgung zum Teil im Wettbewerb zu den selektivvertraglichen Versorgungsformen stehen, wird vorgeschlagen klarzustellen, dass die Zertifizierung der außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung eingesetzten Software, Softwareteilen und Komponenten ausschließlich die Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach Absatz 1 Satz 5 umfasst. Eine erneute Zertifizierung ist nicht erforderlich, wenn bereits einzelne Bestandteile im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zertifiziert wurden und gleichzeitig auch außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung zur Anwendung kommen.

C) Änderungsvorschlag

In § 295 Absatz 4 wird der neue Satz 3 wie folgt gefasst:

„Dies umfasst im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen für die Abrechnung und Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen die Vorgabe von verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach Absatz 1 Satz 5 sowie von Prüfmaßstäben erstmals bis zum 30. Juni 2020 mit Wirkung zum 1. Januar 2022.“

In § 295 Absatz 4 werden nach dem neuen Satz 5 anstelle des neuen Satzes 6 folgende Sätze angefügt:

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 100 Buchstaben a) und b)

§ 295a – Abrechnung der im Rahmen von Verträgen nach § 73b und § 140a sowie vom Krankenhaus im Notfall erbrachten Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die vorgesehene Neuregelung soll es ermöglicht werden, dass die Abrechnung im Rahmen von Verträgen über die Versorgung mit Schutzimpfungen mit geeigneten Ärzten einschließlich Betriebsärzten, deren Gemeinschaften oder Einrichtungen mit geeignetem ärztlichen Personal oder dem öffentlichen Gesundheitsdienst bzw. Leistungen von Betriebsärzten nach § 132f SGB V über die Abrechnungsverfahren für die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V und die besondere Versorgung nach § 140a SGB V durchgeführt werden können. Vor der Abrechnung muss eine schriftliche oder elektronische Einwilligung des Versicherten erfolgt sein.

B) Stellungnahme

Die in der Neuregelung genannten Ärztinnen, Ärzte und Einrichtungen nehmen nicht an der regulären vertragsärztlichen Versorgung teil. Entsprechend verfügen sie im Gegensatz zu den an der Versorgung nach § 73b und 140a SGB V beteiligten Ärztinnen und Ärzten nicht über die notwendige Logistik sowie technische Infrastruktur zur Abrechnung nach § 295a SGB V. Um tatsächlich diese Abrechnung wie durch die gesetzliche Neuregelung intendiert durchführen zu können, entstünde zunächst ein erheblicher Mehraufwand, der mit erheblichen Mehrkosten verbunden wäre.

Dieser Mehraufwand ist nicht mit einem zusätzlichen Nutzen verbunden. Bereits heute bestehen Vereinbarungen nach § 132e SGB V, für die funktionierende Abrechnungswege zwischen den Vertragspartnern vereinbart wurden. Analog muss dies auch für die Versorgung nach § 132f SGB V der Fall sein. Die gesetzliche Neuregelung führt also nicht zu einer Verbesserung der Versorgung.

Vor diesem Hintergrund lehnt der GKV-Spitzenverband die vorgesehene Neuregelung ab.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der in Artikel 1 Nr. 100 vorgesehenen Änderung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 101 Buchstabe a)

§ 299 Abs. 1 Satz 1 – Datenerhebung, –verarbeitung und –nutzung für Zwecke der Qualitätssi- cherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung erfolgt eine Klarstellung, dass in den Richtlinien, Beschlüssen und Ver-
einbarungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht nur die Datenlieferanten (Ärzte und
Krankenhäuser) berechtigt sind, Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, sondern
auch die Empfänger wie das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheits-
wesen.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte, klarstellende Neuregelung ist zu begrüßen, da etwaige Unklarheiten in der
Gestaltung der Datenflüsse und damit verbundener datenschutzrechtlicher Vorgaben durch
den G-BA hierdurch beseitigt werden.

C) Änderungsvorschlag

Entfällt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 101 Buchstabe b) a)

§ 299 Abs. 1 Satz 5 – Datenerhebung, –verarbeitung und –nutzung für Zwecke der Qualitätssi- cherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung erfolgt in Absatz 1 eine redaktionelle Neugliederung, um die Gründe für ein Abweichen von dem Erfordernis der Pseudonymisierung übersichtlich darzustellen. Ein Abweichen ist nur möglich, wenn die in den neu eingeführten Buchstaben a und b alternativ vorgegebenen Voraussetzungen gegeben sind.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung ist für eine fachgerechte Umsetzung der Qualitätssicherung notwendig und sehr zu begrüßen. Für die Qualitätssicherung ist es entscheidend, dass die von den Leistungserbringern übermittelten Daten auch den von den Kassenärztlichen Vereinigungen versichertenbezogen angeforderten Dokumentationen entsprechen. Die explizite Nennung dieses Prüfschrittes als Voraussetzung von der Pseudonymisierungspflicht abweichen zu können, ermöglicht es dem G-BA seine Qualitätsprüfungsrichtlinien entsprechend auszugestalten und entsprechende Prüfregele zu normieren, sodass valide Daten die Grundlage von Prüfungen darstellen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 101 Buchstabe b) b)

§ 299 Abs. 1 Satz 5 – Datenerhebung, –verarbeitung und –nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass eine Ausnahme von der Pseudonymisierungspflicht gegeben sein kann, wenn die Richtigkeit der Behandlungsdokumentation Gegenstand der Qualitätssicherung ist.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung des § 299 Abs. 1 Satz 5 Nr. 2 um die Richtigkeit der Behandlungsdokumentation als ausnahmebegründenden Gegenstand der Qualitätssicherung ist sachgerecht. Durch die Neuregelung wird klargestellt, dass ein wichtiges Ziel der Qualitätssicherung in der Korrektheit der Patientendokumentation liegen kann und eine entsprechende Qualitätsprüfung ermöglicht, welche mit pseudonymisierten Daten nicht umsetzbar wäre. Mit Blick auf die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und die Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen wird befürwortet die Eingrenzung der Regelung auf Qualitätsprüfungen nach § 135b Abs. 2 aufzuheben.

C) Änderungsvorschlag

Streichung des Verweises auf § 135b Abs. 2 in §299 Abs. 1 Satz 5 Nr. 2 Buchstabe b.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 101 Buchstabe c)

§ 299 Abs. 1 – Datenerhebung, –verarbeitung und –nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass die der Qualitätssicherung unterworfenen Leistungserbringer die ihnen zugänglich gemachten Ergebnisdaten, die z. B. erst nach der Entlassung der von ihnen behandelten Patienten von Dritten erhoben wurden, zum Zwecke der Qualitätssicherung bei ihnen versichertenbezogen zusammengeführt werden dürfen, soweit dies die Richtlinien, Beschlüsse und Vereinbarungen des Gemeinsamen Bundesausschusses vorsehen.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte, klarstellende Neuregelung ist für eine fachgerechte Umsetzung der Qualitätssicherung notwendig und sehr zu begrüßen. Die sektorenübergreifende Qualitätssicherung kann nur dann sinnvoll Anwendung finden, wenn die im Nachgang der Behandlung festgestellten Ergebnisse (sogenannte Follow-up) wie Komplikationen oder Todesfälle dem ursprünglichen Behandler mitgeteilt werden können und auf dieser Basis die Verbesserung der Versorgung beim Behandler selbst aber auch über die Sektorengrenzen hinweg initiiert werden kann.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 102 Buchstabe a)

§ 305 Abs. 1 – Auskünfte an Versicherte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung werden die Krankenkassen zur Übermittlung von Sozialdaten – auch in elektronischer Form – an von dem Versicherten benannte Dritte befugt. Damit soll zum einen die Nutzung elektronischer Patientenakten insgesamt dadurch unterstützt werden, dass auf Wunsch der Versicherten 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.

B) Stellungnahme

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. Allerdings sind neben der Stärkung der Souveränität des Versicherten sowohl die Rechtssicherheit für die Krankenkassen als auch die gesetzlich vorgegebenen Aufbewahrungs- respektive Löschfristen der Krankenkassen zu berücksichtigen. In diesem Spannungsfeld bot der bisherige definierte Mindestzeitraum bereits die Möglichkeit, dass die Krankenkassen, im Rahmen ihrer nach Satz 5 bestehenden Befugnis, das Nähere über das Verfahren der Unterrichtung in ihrer Satzung zu regeln, ihre Versicherten auch über zeitlich weiter zurückliegende Leistungsansprüchen informieren können. Die Vorgabe eines Mindestzeitraumes von 18 Monaten gewährleistete aber auch, dass Krankenkassen diesen Zeitraum in ihren Satzungen nicht unterschreiten können. Daher wird die Vorgabe eines gesetzlichen Mindestzeitraums sowohl für die Versicherten als auch für die Krankenkassen als sinnvoll und notwendig angesehen.

Zudem sollte klargestellt werden, dass die Versicherten die Möglichkeit erhalten sollen, ihre Gesundheitsdaten wahlweise einmalig oder regelmäßig von den Krankenkassen auf ihre ePA bzw. eGA übertragen zu bekommen als auch, dass der Versicherte bei einer Übermittlung in die Patientenakte die Daten auch seinem Leistungserbringern offenbaren kann z.B. im Rahmen eines Medikamentenchecks.

C) Änderungsvorschlag

„(1) Die Krankenkassen unterrichten die Versicherten auf deren Antrag über die **in einem Zeitraum von mindestens 18 Monaten vor Antragstellung** in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten. Auf Verlangen der Versicherten und mit deren ausdrücklicher Einwilligung sollen die Krankenkassen an Dritte, die die Versicherten benannt haben, Daten nach Satz 1 auch elektronisch einmalig oder regelmäßig übermitteln. Bei der Übermittlung an Anbieter elektronischer Patientenakten oder anderer persönlicher elektronischer Gesundheitsakten muss sichergestellt werden, dass die Daten nach Satz 1 nicht ohne ausdrückliche Einwilligung der Versicherten von Dritten eingesehen werden können. Zum Schutz vor unbefugter Kenntnisnahme der Daten der Versicherten, insbesondere zur sicheren Identifizierung des Versicherten und des Dritten nach Satz 2 sowie zur sicheren Datenübertragung, ist die Richtlinie nach § 217f Absatz 4b entsprechend anzuwenden. Die für die Unterrichtung nach Satz 1 und für die Übermittlung nach Satz 2 erforderlichen Daten dürfen ausschließlich für diese Zwecke verarbeitet werden. Eine Mitteilung an die Leistungserbringer über die Unterrichtung des Versicherten und die Übermittlung der Daten ist nicht zulässig, eine Kenntnisnahme durch die Bereitstellung der Daten im Rahmen der elektronischen Patientenakte bleibt hiervon unberührt. Die Krankenkassen können in ihrer Satzung das Nähere über das Verfahren der Unterrichtung nach Satz 1 und über die Übermittlung nach Satz 2 regeln.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 102 Buchstabe b)

§ 305 Abs. 2 Satz 5 – Auskünfte an Versicherte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Diese Regelung eröffnet den Krankenhäusern die Möglichkeit, die Versicherten auf deren Verlangen auch auf dem elektronischen Weg über die erbrachten Leistungen und die dafür von den Krankenkassen zu zahlenden Entgelte zu informieren.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 103

§ 323 – Übergangsregelung zur Vergütung der Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der unparteiischen Mitglieder des Beschlussgremiums des Gemeinsamen Bundesausschusses, der Vorstandsmitglieder des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Geschäftsführers des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie von dessen Stellvertreter

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung betrifft die Vergütungen u. a. der Vorstände des GKV-Spitzenverbandes, des Geschäftsführers des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) und dessen Stellvertreters sowie der Unparteiischen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Geregelt werden soll, dass Vergütungsanpassungen bis Ende 2027 unzulässig sind. Zudem werden Übergangsregelungen zu Vergütungserhöhungen bei bereits laufenden Verträgen während der Dauer einer Amtszeit getroffen.

B) Stellungnahme

Es wird auf die Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 84 (§ 217b Abs. 2 SGB V) verwiesen.

Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass bereits mit dem Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 11.12.2018 ein neuer § 323 SGB V eingefügt worden ist. Vor diesem Hintergrund dürfte es sich bei der Nummerierung der vorliegenden Übergangsregelung zur Vergütung der Vorstandsmitglieder um ein redaktionelles Versehen handeln.

C) Änderungsvorschlag

Streichung

Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 49 – Ruhen des Krankengeldes

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift des § 49 Abs. 1 Nr. 5 SGB V, wonach der Anspruch auf Krankengeld ruht, solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet wird, soll um die Regelung ergänzt werden, dass die Ruhensregelung nicht gilt, wenn die Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten im elektronischen Verfahren nach § 295 Abs. 1 Satz 2 SGB V n.F. direkt vom Arzt an die Krankenkasse erfolgt.

B) Stellungnahme

Nach § 49 Abs. 1 Nr. 5 SGB V ist ein Ruhen des Krankengeldanspruchs vorgesehen, solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet wird. Dies gilt nicht, wenn die Meldung innerhalb einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit erfolgt. Die Verpflichtung zur Meldung während des Krankengeldbezuges obliegt daher dem Versicherten.

Im Rahmen des unter Artikel 2 Nr. 3 ab dem 01.01.2021 vorgesehenen Verfahrens der vollständigen elektronischen Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten vom Arzt an die Krankenkasse wird die Obliegenheit zur Meldung der Arbeitsunfähigkeit an die Krankenkasse auf den Arzt übertragen. In diesem Zusammenhang wird durch die vorgesehene Regelung sichergestellt, dass eine etwaige verspätete Übermittlung des Datensatzes nicht zu Rechtsfolgen zulasten des Versicherten führt. Dies ist folgerichtig und sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 Buchstaben a) bis c)

§ 55 – Leistungsanspruch

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die befundorientierten Festzuschüsse werden von bisher 50 Prozent auf 60 Prozent erhöht. Im Zuge dessen erfolgt auch eine Anhebung der Boni, wenn sich der Versicherte während der letzten 5 Jahre bzw. während der letzten 10 Jahre wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen, auf 70 bzw. 75 Prozent. Die Anhebung der befundorientierten Festzuschüsse macht auch eine Änderung der Härtefallregelung bzw. der „gleitenden Härtefallregelung“ erforderlich. Damit der sich aus Festzuschusshöhe und zusätzlichem Betrag ergebende Gesamtzuschuss nicht die Kosten der Zahnersatzversorgung übersteigt, wird der zusätzliche Betrag auf 40 Prozent begrenzt. Die Mehraufwendungen für die GKV werden auf 570 Millionen Euro geschätzt. Die Regelung soll zum 01.01.2021 in Kraft treten.

B) Stellungnahme

Die Besserstellung der Versicherten, die Zahnersatz benötigen, wird begrüßt. Die Erhöhung sollte wie vorgesehen zum 01.01.2021 in Kraft treten, wobei Teile der Selbstverwaltung des GKV-Spitzenverbandes auch ein Inkrafttreten zum 01.01.2020 zu Gunsten der Versicherten als sinnvoll erachten. Ob die vorgesehene Erhöhung der Festzuschüsse allerdings tatsächlich zu einer Entlastung der Versicherten führt, bleibt abzuwarten. Es ist nicht auszuschließen, dass der zusätzliche Zuschuss der Krankenkassen von den Zahnärzten dafür genutzt wird, den Versicherten vermehrt gleich- und andersartige Versorgungsleistungen anzubieten und damit der Anteil privat zu finanzierender Leistungen weiter steigt. Unter dem Strich könnte die Erhöhung der Festzuschüsse somit eher den Zahnärzten zugutekommen und weniger zu einer finanziellen Entlastung der Versicherten führen. Es ist sicherzustellen, dass die höheren Festzuschüsse nach § 55 Abs. 1 und 2 SGB V zu einer tatsächlichen Entlastung des Versicherten führen und nicht durch steigende Mehr- und Zusatzleistungen konterkariert wird. Drei Jahre nach einer Erhöhung der Festzuschüsse sollte daher durch das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert werden, ob die Erhöhung tatsächlich zu einer Entlastung der Versicherten in Höhe der durch die gesetzlichen Krankenkassen zur Verfügung gestellten Mittel geführt hat.

Zur geplanten Änderung des § 55 Abs. 3 sind jedoch alte Gesetzespassagen vollständig zu streichen, da ansonsten die Berechnung fehlerhaft wäre.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 327 von 421

C) Änderungsvorschlag

§ 55 Abs. 3 ist wie folgt redaktionell anzupassen:

(3) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen weiteren Betrag. Die Krankenkasse erstattet den Versicherten den Betrag, um den die Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der zur Gewährung eines Gesamtbetrages aus dem Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und des zusätzlichen Betrags nach Absatz 2 Satz 1 maßgebenden Einnahmegrenze übersteigen. Die Beteiligung an den Kosten umfasst höchstens einen Betrag in Höhe eines Gesamtbetrages bestehend aus dem Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und des zusätzlichen Betrags nach Absatz 2 Satz 1, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 Buchstabe a)

§ 295 – Abrechnung ärztlicher Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

In der Überschrift der Vorschrift soll neben dem Aspekt der Abrechnung ärztlicher Leistungen auch zum Ausdruck gebracht werden, dass die Vorschrift (zukünftig) auch Übermittlungspflichten regelt.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur inhaltlichen Erweiterung der Vorschrift.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 Buchstabe b) Doppelbuchstaben aa) und bb)

§ 295 Abs. 1 – Abrechnung ärztlicher Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sollen ab dem 1. Januar 2021 verpflichtet werden, die von ihnen festgestellten Arbeitsunfähigkeitsdaten unter Nutzung der Telematikinfrastruktur elektronisch an die Krankenkassen zu übermitteln. Für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen soll dies erst ab dem Zeitpunkt gelten, zu dem sie an die Telematikinfrastruktur angeschlossen sind.

B) Stellungnahme

Jährlich werden ca. 77 Mio. Arbeitsunfähigkeits(AU)-Bescheinigungen (308 Millionen Ausfertigungen) erstellt. Die AU-Bescheinigungen sind an 110 Krankenkassen und ca. 3,47 Mio. Arbeitgeber zu übermitteln. Den Versicherten, Ärzten, Krankenkassen und Arbeitgebern entstehen dabei vielfältige, umfangreiche und vermeidbare administrative Belastungen, die durch das vorgesehene Verfahren der elektronischen Datenübermittlung reduziert werden. Zur sicheren Übermittlung der bisher in der AU-Bescheinigung enthaltenen und mit der Unterschrift des behandelnden Arztes bestätigten Daten an die Krankenkasse soll die Übersendung über die Telematikinfrastruktur mit qualifizierter elektronischer Signatur durch den Heilberufsausweis erfolgen. Die vorgesehenen Regelungen werden als sachgerecht eingeschätzt und insoweit unterstützt.

Durch die vorgesehenen gesetzlichen Änderungen wird jedoch nur die Ausfertigung des Teils der AU-Bescheinigung digitalisiert, der an die Krankenkasse zu übermitteln ist. Die AU-Bescheinigung besteht jedoch aufgrund der unterschiedlichen Verwendungszwecke aus vier Ausfertigungen. Zielsetzung sollte sein, den Prozess der AU-Bescheinigung und damit einhergehende Nachweis- und Meldeobliegenheiten so weitgehend zu digitalisieren, dass Parallelverfahren auf Papierbasis auf ein Minimum reduziert werden. So hat insbesondere die Ausfertigung der AU-Bescheinigung für die Arbeitgeber für das gesamte AU-Verfahren große Relevanz und führt bei den aktuellen Verfahren mit Medienbrüchen (Scannung, Nachbearbeitung, Apps) zu hohen administrativen Belastungen der Arbeitgeber. Zudem obliegt den Arbeitnehmern die Nachweisverpflichtung über das Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit gegenüber den Arbeitgebern im Hinblick auf den Entgeltfortzahlungsanspruch im Krankheitsfall. Die mit diesen Verfahren einhergehenden administrativen Aufwände könnten durch eine Digitalisierung auch der AU-Datenmeldung an die Arbeitgeber erheblich reduziert werden. In

diesem Kontext sollte den Krankenkassen die Befugnis eingeräumt werden, den Arbeitgebern die für die Zwecke der Entgeltfortzahlung notwendigen AU-Daten – ohne Angabe der Diagnosen – elektronisch zu übermitteln. Dabei sollte auf bereits bestehende Kommunikationsverfahren zwischen den Krankenkassen und Arbeitgebern zurückgegriffen werden. So könnte der Datenaustausch vergleichbar mit dem Datenaustausch für Entgeltersatzleistungen gemäß § 107 SGB IV ausgestaltet werden, welcher bereits

- für alle Arbeitgeber und Krankenkassen gesetzlich verpflichtend vorgesehen ist,
- die sichere Adressierung der Krankenkassen und Arbeitgeber im Verfahren sicherstellt,
- als Dialogverfahren ausgestaltet ist und die gesetzliche Verpflichtung zur Abholung der von den Sozialversicherungsträgern zur Verfügung gestellten Daten durch die Arbeitgeber vorsieht und
- auch die Agenturen für Arbeit am Verfahren beteiligt.

Das Verfahren zur Übermittlung vonseiten der Krankenkassen an die Arbeitgeber sollte als sogenanntes „Pull“-Verfahren ausgestaltet werden. Dabei würde die unverzügliche Anzeigeverpflichtung des Arbeitnehmers in Bezug auf die bestehende Arbeitsunfähigkeit gegenüber dem Arbeitgeber (§ 5 EntgFG) durch ein elektronisches Verfahren nicht verändert. Der Arbeitgeber würde aufgrund dieser Anzeige Kenntnis über das Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit erlangen und sich daraufhin die AU-Daten elektronisch bei der Krankenkasse aktiv abfordern. Damit würde die bisherige Nachweisverpflichtung des Arbeitnehmers in Bezug auf das Vorliegen der Arbeitsunfähigkeit durch das elektronische Datenübermittlungsverfahren suspendiert.

Hintergrund des favorisierten Pull-Verfahrens sind insbesondere der damit sichergestellte Verbleib der Datenhoheit beim Versicherten und die korrekte und zuverlässige Adressierung der Datenübermittlung im Rahmen eines Abrufverfahrens.

Diese Erweiterung des digitalen Verfahrens erfordert weitergehende gesetzliche Anpassungen insbesondere im § 107 SGB IV und im Entgeltfortzahlungsgesetz. Um die Umstellung für alle Verfahrensbeteiligten möglichst reibungslos zu ermöglichen, erscheint eine ca. zweijährige Einführungsphase sinnvoll, in welcher rechtlich zwar die Grundlage für die Übermittlung der Daten vorliegt, aber noch keine Übermittlungsverpflichtung besteht.

Vor dem Hintergrund des Ziels der vollständigen Digitalisierung der AU-Bescheinigung sollte zusätzlich die elektronische Übermittlung der AU-Bescheinigung auch für die Versicherten (Muster 1c) über bereits bestehende oder zukünftig entstehende Versichertenportale oder die elektronische Patientenakte angestrebt werden. Dies wird sich jedoch kurzfristig nicht vollständig für alle Versicherten realisieren lassen.. Auch müssen zeitliche Verzögerungen, wel-

che durch die Versendung der Arztpraxis an die Krankenkasse und der dortigen Verarbeitung entstehen, beachtet werden. Aktuell erscheint daher eine vollständige Digitalisierung dieser Ausfertigung der AU-Bescheinigung nur mittelfristig umsetzbar. Um dem Informationsbedürfnis der Versicherten weiterhin gerecht zu werden, sollte daher gesetzlich klargestellt werden, dass Versicherte weiterhin einen Anspruch auf einen Ausdruck der AU-Bescheinigung haben, welcher dem Versicherten bei Bedarf beim Verlassen der Arztpraxis mitzugeben ist.

Neben der vorgesehenen Änderung in § 295 Abs. 1 SGB V erscheint auch eine gleichartige gesetzliche Klarstellung in Bezug auf AU-Bescheinigungen, die von Krankenhäusern im Rahmen des Entlassmanagements sowie der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) ausgestellt werden, sinnvoll. Zwar werden diese Einrichtungen im Rahmen des Entlassmanagements wie Vertragsärzte tätig, jedoch könnte die alleinige Regelung in § 295 SGB V zu der Interpretation führen, dass die elektronische Übermittlung und Nutzung des gleichen Kommunikationsweges für diese Versorgungsbereiche nicht intendiert ist.

Aus Gründen der Gesetzestechnik weisen wir darauf hin, dass die vorgesehene gesetzliche Regelung als neuer Satz 2 in § 295 Absatz 1 SGB V nicht zielführend ist, weil das SGB V vielfältige Verweise auf den aktuellen § 295 Absatz 1 Satz 2 SGB V enthält und demnach weitere 19 Folgeänderungen erforderlich wären. Es wird deshalb vorgeschlagen, die Änderung als neuen Satz 6 an den § 295 Absatz 1 SGB V anzufügen.

C) Änderungsvorschläge

Artikel 2 Nr. 3 Buchstabe b) Doppelbuchstabe bb) wird wie folgt gefasst:

Nach Satz 5 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Angaben nach Satz 1 Nummer 1 sind unter Angabe der Diagnosen sowie unter Nutzung der Telematikinfrastruktur nach § 291a unmittelbar elektronisch an die Krankenkasse zu übermitteln; dies gilt nicht für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die nicht an die Telematikinfrastruktur angeschlossen sind. Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen haben den Versicherten auf Verlangen Bescheinigungen über die von ihnen festgestellten Arbeitsunfähigkeitsdaten auszustellen.

Darüber hinaus werden folgende Gesetzesänderungen ergänzt:

§ 107 Absatz 2 SGB IV wird wie folgt geändert:

Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Auf Antrag des Arbeitgebers kann die Krankenkasse dem Arbeitgeber oder bei Leistungsbeziehern nach dem Zweiten und Dritten Buch Sozialgesetzbuch der Agentur für Arbeit den Beginn und das jeweilige voraussichtliche oder tatsächliche Ende der Arbeitsunfähigkeit durch Datenübertragung übermitteln.“

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

§ 5 Abs. 1 Satz 5 EntgFG wird wie folgt gefasst:

„Ist der Arbeitnehmer Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, entfällt die Verpflichtung zur Vorlage der Bescheinigungen nach den Sätzen 2 bis 4, sofern dem Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeitsdaten nach § 107 Absatz 2 Satz 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch elektronisch übermittelt werden.“

In § 7 Abs. 1 Nr. 1 EntgFG werden nach dem Semikolon die Wörter „§ 5 Absatz 1 Satz 5 gilt;“ eingefügt.

In § 311 SGB III wird Satz 4 wie folgt gefasst:

„Besteht eine Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse, entfällt die Verpflichtung zur Vorlage der Bescheinigungen nach Satz 1 Nummer 2 sowie Sätzen 2 bis 3, sofern der Agentur für Arbeit die Arbeitsunfähigkeitsdaten nach § 107 Absatz 2 Satz 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch elektronisch übermittelt werden.“

In § 56 Abs. 1 SGB II wird Satz 5 wie folgt gefasst:

„Besteht eine Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse, entfällt die Verpflichtung zur Vorlage der Bescheinigungen nach den Sätzen 1 Nummer 2 sowie Sätzen 3 und 4, sofern der Agentur für Arbeit die Arbeitsunfähigkeitsdaten nach § 107 Absatz 2 Satz 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch elektronisch übermittelt werden.“

In § 301 Abs. 1 SGB V wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

„§ 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, Satz 2 sowie Sätze 6 und 7 gelten entsprechend.“

In § 116b Abs. 6 SGB V werden in Satz 12 hinter dem Wort „Vordrucke“ die Wörter „und die elektronische Übermittlung der festgestellten Arbeitsunfähigkeitsdaten“ eingefügt.

Artikel 3 (Änderung des Bundesvertriebenengesetzes)

Nr. 1 – 3

§ 11 – Leistungen bei Krankheit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Anspruch auf Krankengeld und Mutterschaftsgeld soll für Spätaussiedler ersatzlos gestrichen werden.

B) Stellungnahme

Spätaussiedler gehören grundsätzlich zum anspruchsberechtigten Personenkreis des SGB II, sodass aufgrund des insoweit bestehenden Anspruchs auf Grundsicherungsleistungen kein Bedarf für die Bereitstellung von Entgeltersatzleistungen in Form von Mutterschaftsgeld nach § 24i SGB V und auf Krankengeld nach § 24b Abs. 2 Satz 2 und §§ 44 bis 51 SGB V nach dem BVFG erforderlich ist. Die beabsichtigte Streichung und die damit zusammenhängenden Folgeänderungen können nachvollzogen werden.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 3 (Änderung des Bundesvertriebenengesetzes)

Nr. 4

§ 11 Abs. 5 – Leistungen bei Krankheit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung können künftig die Berechtigten nach Absatz 1 die Krankenkasse, die die Leistungen erbringt, frei wählen. Insoweit entfällt die bisherige Regelung, wonach die Leistungen durch die für den Wohnort der Berechtigten zuständigen Allgemeinen Ortskrankenkasse gewährt werden.

B) Stellungnahme

Die Einführung eines freien Krankenkassenwahlrechts für die Inanspruchnahme von Leistungen nach § 11 BVFG ist sachgerecht.

Mit Blick auf die Aufwendungen der Krankenkasse, die ihr im Rahmen der auftragsweisen Leistungserbringung entstehen und künftig nicht mehr ersetzt werden, erscheint es sinnvoll, dass die für die auftragsweise Leistungserbringung gewählte Krankenkasse auch die sich zu einem späteren Zeitpunkt anschließende Pflichtmitgliedschaft oder freiwillige Mitgliedschaft durchführt, nicht zuletzt zur Vermeidung von Erstattungsansprüchen der Krankenkassen untereinander. Damit soll jedoch keine Einschränkung des allgemeinen Wahlrechts bei Eintritt einer Versicherungspflicht (z. B. nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V bei Bezug von Arbeitslosengeld II) oder beim Beitritt zur freiwilligen Krankenversicherung nach § 9 Abs. 1 Nr. 7 SGB V verbunden sein. Insofern wäre zu erwägen, die für die auftragsweise Leistungserbringung nach § 11 Abs. 5 BVFG gewählte Krankenkasse bei einem späteren Eintritt einer Versicherungspflicht als Krankenkasse im Sinne des § 175 Abs. 3 Satz 2 zweiter Halbsatz SGB V, „bei der zuletzt eine Versicherung bestand“, zu fingieren.

Das Wahlrecht wird regelmäßig dadurch ausgeübt, indem der Leistungsberechtigte im Falle der Behandlungsbedürftigkeit gegenüber der „gewählten“ Krankenkasse die Ausstellung eines Berechtigungsscheins zur Inanspruchnahme von Leistungen verlangt. Insofern bedarf es des in Satz 3 vorgesehenen Ersatzwahlrechts bei Nichtausübung der Wahl durch den Leistungsberechtigten nicht, vor allem auch deshalb nicht, weil im Rahmen der auftragsweisen Leistungserbringung – anders als bei einer kraft Gesetzes eintretenden Versicherungspflicht – kein Versicherungsverhältnis begründet wird und dementsprechend keine Melde- und Beitragspflichten Dritter zu erfüllen sind.

C) Änderungsvorschlag

„Die nach Satz 1 gewählte Krankenkasse gilt bei anschließendem Eintritt einer Versicherungspflicht als Krankenkasse im Sinne des § 175 Abs. 3 Satz 2 zweiter Halbsatz SGB V, bei der zuletzt eine Versicherung bestand“.

Artikel 3 (Änderung des Bundesvertriebenengesetzes)

Nr. 5 und 6

§ 11 Abs. 6 ff. – Leistungen bei Krankheit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bisher vorgesehene Erstattungen aus Bundesmitteln für Leistungen der Krankenkassen an Spätaussiedler sollen ersatzlos gestrichen werden. Darüber hinaus sollen eine gegenstandslos gewordene Vorschrift bereinigt und redaktionelle Folgeregelungen vorgenommen werden.

B) Stellungnahme

Die Aufhebung des Abs. 7a sowie die Folgeänderung im Abs. 8 sind sachgerecht und nachvollziehbar.

Die vorgesehene Streichung des bestehenden Erstattungsverfahrens wird ausweislich der Gesetzesbegründung mit der Unverhältnismäßigkeit des Verfahrens angesichts der geringen Fallzahlen und geringen Erstattungshöhen begründet. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, die Aufwendungen der Krankenkassen seien als versicherungsfremde Leistungen mit dem Bundeszuschuss nach § 221 SGB V abgegolten. Zudem würde durch die Einführung eines Krankenkassenwahlrechtes erreicht, dass nicht mehr ausschließlich die Allgemeinen Ortskrankenkassen mit den Aufwendungen belastet würden. Es sei zweckmäßig, dass die Aufwendungen für Leistungen bei Krankheit von der Krankenkasse getragen werden, die der Berechtigte nach seiner Aufenthaltsnahme auswählt.

Wenngleich die Argumentation in Teilen nachvollzogen werden kann, werden die vorgesehenen Änderungen aus grundsätzlichen ordnungspolitischen Gründen nicht unterstützt. Sie hätten zur Folge, dass Krankenkassen aus Finanzmitteln der Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten auftragsweise für Nicht-Versicherte Leistungen erbringen müssen, ohne die Aufwendungen für erbrachte Leistungen und den Verwaltungsaufwand erstattet zu bekommen. Der Hinweis, die Aufwendungen seien als versicherungsfremde Leistungen mit dem Bundeszuschuss nach § 221 SGB V abgegolten, trägt aus zweierlei Hinsicht nicht. Zum einen deckt der Bundeszuschuss bereits heute die Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen nicht ab. Zum anderen würden die anteiligen Mittel aus dem Bundeszuschuss nicht den Krankenkassen zufließen, die auftragsweise die Leistungen nach dem Bundesvertriebenengesetz zu erbringen haben, da die Berechtigten nach § 11 BVFG keine Versicherten der betreuenden Krankenkasse sind und somit eine Refinanzierung über den Risikostrukturausgleich nicht erfolgt.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 3 Nr. 5 wird wie folgt gefasst:

In Absatz 6 Satz 2 wird die Zahl „5“ durch die Zahl „3“ ersetzt; Absatz 7a wird aufgehoben.

Artikel 4 (Änderung des Sozialgerichtsgesetzes)

§ 29

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Anpassung von § 29 SGG stellt eine Folgeänderung anlässlich der Neufassung von § 89 SGB V und der Einführung sektorenübergreifender Schiedsgremien nach § 89a SGB V dar. Die gerichtliche Zuständigkeit für Klagen gegen Entscheidungen der Schiedsämter und der sektorenübergreifenden Schiedsgremien soll im ersten Rechtszug bei den Landessozialgerichten konzentriert werden. Dies gilt auch für Klagen gegen Beanstandungen der Aufsichtsbehörden.

B) Stellungnahme

Die Fortführung der in der Praxis bewährten Konzentration der gerichtlichen Zuständigkeit für Klagen gegen Entscheidungen der Schiedsämter in erster Instanz bei den jeweils zuständigen Landessozialgerichten wird befürwortet. Auch die vorgesehene Zuweisung der Zuständigkeit für Klagen gegen Entscheidungen der neuen sektorenübergreifenden Schiedsgremien an die Landessozialgerichte ist sachgerecht und wird unterstützt. Für die Bundesebene stellt die Konzentration der Verfahren beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg eine zweckmäßige Lösung dar. Begrüßt wird auch die Zuständigkeit der Landessozialgerichte für Klagen gegen Beanstandungen der jeweiligen Aufsichtsbehörden.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 340 von 421

Artikel 5 (Änderung des Aufwendungsausgleichsgesetzes)

Nr. 1

§ 11 Abs. 2 – Ausnahmen vom U1- und U2-Verfahren für behinderte Menschen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aus der Anfügung einer neuen Nummer
4.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Aufwendungsausgleichsgesetzes)

Nr. 2

§ 11 Abs. 2 – Ausnahmen vom U1- und U2-Verfahren für behinderte Menschen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die beabsichtigte Neuregelung werden Menschen mit Behinderung im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten, die zu den Werkstätten in einem arbeitnehmerähnlichen Rechtsverhältnis stehen, von der Teilnahme am Ausgleichsverfahren der Arbeitgebераufwendungen bei Arbeitsunfähigkeit (U1-Verfahren) und für Mutterschaftsleistungen (U2-Verfahren) ausgenommen. Für diese Personen sind daher von den Werkstätten keine Umlagen mehr abzuführen; im Gegenzug werden die erbrachten Arbeitgebераufwendungen von den Krankenkassen nicht mehr erstattet.

B) Stellungnahme

Die Bundesregierung hält die Teilnahme der Werkstätten hinsichtlich der Werkstattbeschäftigten unter Hinweis darauf, dass diese Personen in einem besonderen arbeitnehmerähnlichen Rechtsverhältnis stehen und statt eines Arbeitsvertrages einen Werkstattvertrag haben sowie statt eines Arbeitsentgelts ein Werkstattentgelt erhalten, nicht für erforderlich. Dieser Wille wird durch die vorgesehene Ausnahmeregelung erreicht. Schutzwürdige Interessen der Versicherten sind dadurch nicht berührt. Die auf der Grundlage eines Arbeitsvertrages in einer Werkstatt beschäftigten Arbeitnehmer bleiben weiterhin in das Ausgleichsverfahren einbezogen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung der Schiedsamtverordnung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Anpassung der Schiedsamtverordnung stellt im Hinblick auf die vorgesehenen Änderungen von § 89 SGB V und die Neuschaffung von sektorenübergreifenden Schiedsgremien nach § 89a SGB V eine Folgeänderung dar. Sie dient vorrangig der Beseitigung redundanter Regelungen.

Neu aufgenommen wird insbesondere eine Regelung zur Ladung der Aufsichtsbehörde zu den Schiedsverfahren. Daneben erfolgt eine Verdoppelung der Maximalgebühr für das Schiedsverfahren auf künftig 1.200 Euro.

B) Stellungnahme

Die Überarbeitung der Schiedsamtverordnung wird ebenso wie die Neufassung von § 89 SGB V und die Einführung des sektorenübergreifendes Schiedsgremiums nach § 89a SGB V grundsätzlich befürwortet. Die geplante Erhöhung der Maximalgebühr für das Schiedsverfahren von bisher 600 Euro auf künftig 1.200 Euro ist in Anbetracht der anzutreffenden Komplexität der Schiedsverfahren sachgerecht.

Bezüglich der geplanten Regelungen zur Anwesenheit von Vertretern der Aufsichtsbehörde (1.) sowie zur Kostenverteilung (2.) sieht der GKV-Spitzenverband folgenden Änderungsbedarf:

1. Anwesenheit von Vertretern der Aufsichtsbehörde

Hinsichtlich des Anwesenheitsrechts der Aufsichtsbehörden ist eine Klarstellung der vorgesehenen Regelung erforderlich.

§ 89 Abs. 10 Satz 5 SGB V sieht in der Fassung des Gesetzentwurfs das Recht der Aufsichtsbehörde zur Teilnahme an den Sitzungen der Schiedsämtler vor. Der neue § 16 Satz 3 Schiedsamtverordnung bestimmt in diesem Zusammenhang, dass die zuständige Aufsichtsbehörde zu allen Sitzungen einzuladen ist.

Vor dem Hintergrund dieses Teilnahmerechts der Aufsichtsbehörde ist eine Ergänzung von § 18 Schiedsamtverordnung dahingehend erforderlich, dass die Beratung und Beschlussfassung in Abwesenheit der Vertreter der Aufsichtsbehörde erfolgen. § 18 Schiedsamtverordnung sieht bislang nur eine Beratung und Beschlussfassung „in Abwesenheit der Vertreter der Vertragsparteien“ vor und bringt damit im Unterschied zur Parallelregelung für die Schieds-

stellen in § 8 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 Satz 1 Schiedsstellenverordnung nicht hinreichend deutlich zum Ausdruck, dass auch die Vertreter der Aufsichtsbehörde bei der Beratung und Beschlussfassung kein Anwesenheitsrecht haben.

Die Teilnahme von Vertretern der Aufsichtsbehörde an den Beratungen und bei der Beschlussfassung des Schiedsamtes wird vom GKV-Spitzenverband abgelehnt. Ein solches Teilnahmerecht trägt die Gefahr der – wenn auch unbewussten – Beeinflussung der Mitglieder des Schiedsamtes bzw. Schiedsgremiums in sich. Der freie Meinungs austausch und die ungehinderte Kompromissfindung in geheimer Beratung der Schiedsamtsmitglieder stellt einen schützenswerten Verfahrensgrundsatz der gegenwärtigen Regelung dar, welcher auch künftig beibehalten werden muss. Daher muss die Beratung und Beschlussfassung nicht nur in Abwesenheit der Vertreter der Vertragsparteien, sondern auch der Aufsichtsbehörde erfolgen.

Dies gilt umso mehr, wenn – wie es der Gesetzentwurf vorsieht – die unparteiischen Mitglieder nach Nichteinigung der Parteien durch die Aufsichtsbehörde bestellt werden. Hier könnte durch die Anwesenheit eines Vertreters der Aufsichtsbehörde der Eindruck einer Überwachung ihrer Amtsausübung entstehen.

Eine Teilnahme der Aufsichtsbehörde an Beratung und Beschlussfassung ist auch nicht erforderlich, da der Aufsichtsbehörde im Wege der Rechtsaufsicht die nachträgliche Überprüfung der Schiedsentscheidung ermöglicht ist. Das Anwesenheitsrecht der Aufsichtsbehörde bei den Sitzungen ist für eine effektive Ausübung der Rechtsaufsicht ausreichend.

2. Kostenverteilung

§ 12a der Schiedsamtordnung soll die Verteilung der Kosten der sektorenübergreifenden Schiedsgremien regeln. Nach Satz 2 der Vorschrift werden die nach Abzug der Gebühren verbleibenden Kosten für den Vorsitzenden und das weitere unparteiische Mitglied sowie die sonstigen sächlichen und persönlichen Kosten der Geschäftsführung von den beteiligten Organisationen zu je einem Drittel getragen. Dabei verweist § 12a Satz 2 bezüglich der abzugsfähigen Gebühren allein auf § 20.

Im Hinblick darauf, dass die Parallelregelung zu den Schiedsämtern in § 12 Satz 2 neben § 20 zusätzlich auf die §§ 21 und 22 verweist, scheint ein Redaktionsversehen vorzuliegen. Dies wird dadurch bestätigt, dass der vom Gesetzentwurf vorgesehene Wortlaut des § 21 explizit auch das neu eingerichtete sektorenübergreifende Schiedsgremium adressiert. Eine entsprechende Anpassung ist daher geboten.

C) Änderungsvorschlag

1. Artikel 6 Nr. 14 wird wie folgt gefasst:

Nach § 12 wird folgender § 12a eingefügt:

„§ 12a

Die Organisationen, die das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium bilden, tragen die Kosten für die von ihnen bestellten Vertreter selbst. Die nach Abzug der Gebühren nach §§ 20 bis 22 verbleibenden Kosten für den Vorsitzenden und das weitere unparteiische Mitglied sowie die sonstigen sächlichen und persönlichen Kosten der Geschäftsführung tragen die beteiligten Organisationen zu je einem Drittel. Der auf jeden Verband entfallende Kostenanteil bemisst sich nach der Zahl der Versicherten der beteiligten Verbände. Sind mehrere Kassenärztliche Vereinigungen beteiligt, so trägt jede Vereinigung die Kosten anteilig.“

2. Artikel 6 Nr. 21 wird wie folgt gefasst:

§ 18 wird wie folgt gefasst:

„§ 18

Die Beratung und Beschlussfassung erfolgt in Abwesenheit der Vertreter der Vertragsparteien und der Aufsichtsbehörde.“

Artikel 7 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

§ 35a Abs. 6 Satz 2 – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die jährlichen Vergütungen u. a. der Vorstandsmitglieder der Krankenkassen und des GKV-Spitzenverbandes sowie der Unparteiischen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sind jährlich zum 1. März im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. Die Krankenkassen und ihre Verbände sollen die Veröffentlichung gleichzeitig in ihren Mitgliederzeitschriften und auf ihren Internetseiten vornehmen.

B) Stellungnahme

Bereits heute besteht ein Höchstmaß an Transparenz über die Vorstandsvergütung: Die Bezüge der Vorstandsmitglieder von Krankenkassen und ihren Verbänden werden im Bundesanzeiger und in den Mitgliederzeitschriften sowie anschließend auf zahlreichen Internetseiten veröffentlicht. Die vorgesehenen Änderungen haben entsprechend einen klarstellenden Charakter.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 8 (Änderung der Schiedsstellenverordnung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

In dem Gesetzentwurf ist eine Bestellung der unparteiischen Mitglieder durch die zuständige Aufsichtsbehörde anstelle des Losverfahrens vorgesehen. Als Folgeänderung soll die Regelung zu der auf ein Jahr verkürzten Amtsdauer nach einem Losverfahren gestrichen werden.

B) Stellungnahme

Die Benennung der unparteiischen Mitglieder durch das Bundesministerium für Gesundheit im Falle der Nichteinigung der Parteien wird abgelehnt. Da anstelle dessen in § 89 und § 89a SGB V eine modifizierte Version des Losverfahrens vorgeschlagen wird, ist die einjährige Amtszeit bei Bestimmung durch Los beizubehalten. Zu den Einzelheiten wird insoweit auf die Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 48 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 8 wird wie folgt geändert:

In § 2 Satz 1 werden nach dem Wort „Jahre“ ein Komma und die Wörter „unbeschadet der Vorschrift des § 89 Abs. 6 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 347 von 421

Artikel 9 (Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch)

§ 34 Abs. 6 S. 3 – Durchführung der Heilbehandlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Anpassung eines Verweises aufgrund der Neufassung von § 89 SGB V zum Schiedsamt.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachlogische Folgeänderung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 18 – Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder andere von der Pflegekasse beauftragte unabhängige Gutachter können in dem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit die Zustimmung des Versicherten zu konkreten Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung nicht nur schriftlich, sondern nunmehr auch elektronisch dokumentieren.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht, denn sie spiegelt die gelebte Praxis wider. Bereits heute werden die Angaben der Gutachter und Gutachterinnen im Formulargutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit in der Regel in elektronischer Form dokumentiert. Dazu gehört auch die Zustimmung des Versicherten zur empfohlenen Hilfs- bzw. Pflegehilfsmittelversorgung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 18a – Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflichten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung wird die bis zum Geschäftsjahr 2018 befristete Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes über die Anwendung eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens zur Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung und die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung zur medizinischen Rehabilitation durch eine auf Dauer angelegte Berichtspflicht ersetzt.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht. Um auf der Grundlage von gesicherten Daten die Durchsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ nachhaltig zu fördern, ist die Entwicklung des Zugangsweges über die im Rahmen Pflegebegutachtung empfohlenen medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen weiterhin im Blick zu behalten.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 Buchstaben a) und b)

§ 25 – Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen bei der Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung entsprechen den vorgesehenen Änderungen bei der Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. Artikel 1 Nr. 6). Damit werden einmalige Entlassungsentschädigungen als Gesamteinkommen berücksichtigt und einem bestimmten Zeitraum nach der Auszahlung zugeordnet.

Zudem wird der 1. Juli 2011 als Stichtag zur Berücksichtigung von Freiwilligendiensten als Verlängerungstatbestand für die Familienversicherung von Kindern über das 25. Lebensjahr hinaus im Wege der Rechtsbereinigung gestrichen.

Des Weiteren wird nachvollzogen, dass die Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung von Kindern mit Behinderung ohne Altersgrenze auch in den Fällen durchgeführt werden kann, in denen die Behinderung zu einem Zeitpunkt eingetreten ist, in dem die Familienversicherung wegen einer Vorrangversicherung ausgeschlossen war.

B) Stellungnahme

Die Änderungen sind sachgerecht und erforderlich, um dem auch für die Familienversicherung geltenden Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ Rechnung zu tragen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 37 – Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI dürfen nicht von den in § 71 Abs. 1a SGB XI neu vorgesehenen Betreuungsdiensten durchgeführt werden.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung ist sachgerecht. Das Leistungsspektrum der Betreuungsdienste beschränkt sich auf pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung. Es ist daher nicht sichergestellt, dass die in den Betreuungsdiensten tätigen Kräfte über die für die Durchführung der Beratungseinsätze erforderlichen pflegfachlichen Kompetenzen zur Beurteilung von pflegerischen Sachverhalten im Bereich der körperbezogenen Pflegemaßnahmen verfügen.

Zudem ist für eine qualitativ gute Umsetzung der Beratungsbesuche mit der im PpSG vorgesehenen Festlegung der Mindestinhalte an die Beratungsbesuche die Qualifikation als Pflegefachkraft erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 47a – Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einfügung eines neuen § 47a Absatz 3 SGB XI soll klargestellt werden, an welche Befugten und zu welchem Zweck personenbezogene Daten der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Pflegekassen übermittelt werden dürfen und zu welchem Zweck die Befugten die übermittelten Daten verarbeiten dürfen.

B) Stellungnahme

Da es sich um eine Parallelnorm zum der mit diesem Gesetzentwurf ebenfalls geänderten Regelung des § 197a Absatz 3b handelt, welcher die Zuständigkeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei den Krankenkassen und deren Landesverbänden regelt, wird auf die entsprechende Stellungnahme verwiesen (vgl. oben Nr. 83).

C) Änderungsvorschlag

Dem § 47a Absatz 3 wird folgender Satz 4 angefügt:

„Die nach Satz 2 und Absatz 2 Satz 6 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.“

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7 Buchstaben a) und b)

§ 71 – Pflegeeinrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Folge des durchgeführten Modellvorhabens zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste werden mit der Neuregelung Betreuungsdienste dauerhaft als zugelassene Leistungserbringer im Bereich der Pflegeversicherung eingeführt. Die gesonderte Zulassung von Betreuungsdiensten beschränkt sich auf Sachleistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie der Hilfen bei der Haushaltsführung. Für die Betreuungsdienste gelten die Vorschriften für Pflegedienste entsprechend, soweit keine davon abweichenden Regelungen getroffen worden sind.

B) Stellungnahme

Die Anforderungen an die verantwortliche Fachkraft eines Betreuungsdienstes sind zu konkretisieren. Berufsausbildungen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich galten im Rahmen des Modellvorhabens als fachlich geeignet und sind auch in der Gesetzesbegründung als solche aufgeführt.

C) Änderungsvorschlag

§ 71 Abs. 3 Sätze 3 bis 6 SGB XI sind wie folgt zu fassen:

„Bei Betreuungsdiensten im Sinne des Absatzes 1a kann anstelle der verantwortlichen Pflegefachkraft nach Satz 1 eine entsprechend qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Fachkraft mit einer abgeschlossenen mindestens dreijährigen Ausbildung oder einem Fachhochschul-/Hochschulabschluss aus dem Gesundheits- und Sozialbereich mit praktischer Berufserfahrung im erlernten Beruf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre (verantwortliche Fachkraft) eingesetzt werden. Näheres zu der anererkennungsfähigen Fachkraft, insbesondere zu den einschlägigen Ausbildungsberufen sowie Hoch- und Fachhochschulabschlüssen, regeln die Rahmenvertragspartner nach § 75 SGB XI. Die Rahmenfrist nach Satz 1, 2 oder 3 beginnt acht Jahre vor dem Tag, zu dem die verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne des Absatzes 1 oder 2 oder die verantwortliche Fachkraft nach Satz 3 bestellt werden soll.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8 Buchstaben a) und b)

§ 72 – Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

A) Beabsichtigte Neuregelung

Beim Abschluss von Versorgungsverträgen mit Betreuungsdiensten sind die bereits vorliegenden Vereinbarungen der am Modellvorhaben teilgenommenen Betreuungsdienste einzubeziehen.

Für den Bereich der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements bei den Betreuungsdiensten wird ein Verweis auf § 112a SGB XI (neu) aufgenommen.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Neuregelung ist geeignet, dass der Übergang in eine dauerhafte qualitätsgesicherte Leistungserbringung praktikabel und effizient gestaltet werden kann.

Im Übrigen ist der in § 71 Abs. 1a SGB XI neu eingeführte Begriff „Betreuungsdienst“ auch in den nachfolgenden Regelungen konsequent zu verwenden.

C) Änderungsvorschlag

§ 72 Abs. 2 Satz 3 SGB XI ist wie folgt zu fassen:

„Bei ~~ambulanten Diensten~~ Betreuungsdiensten nach § 71 Absatz 1a sind bereits vorliegende Vereinbarungen aus der Durchführung des Modellvorhabens zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste einzubeziehen.“

§ 72 Abs. 3 Satz 2 SGB XI ist wie folgt zu fassen:

„Bei ~~ambulanten~~ Betreuungsdiensten nach § 71 Absatz 1a ist bei der Qualitätssicherung und beim Qualitätsmanagement § 112a zu beachten.“

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9

§ 112a – Qualitätssicherung bei ambulanten Betreuungsdiensten, Übergangsregelung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass der GKV-Spitzenverband Richtlinien zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste beschließt. Ferner wird die Frist für den Entwicklungsprozess der Richtlinien festgelegt. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken bei der Erarbeitung oder bei Beschlussänderungen gemäß § 118 SGB XI mit. Die derzeit geltenden Qualitätsprüfungsrichtlinien sind daraufhin anzupassen. Eine Qualitätsdarstellung für die ambulanten Betreuungsdienste ist für das jetzige Verfahren nicht vorgesehen.

B) Stellungnahme

Mit der geplanten Neuregelung werden ambulante Betreuungsdienste zu einem einrichtungsinternen Qualitätsmanagement verpflichtet, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität ausgerichtet ist. Bei der Entwicklung der Richtlinien sind die erarbeiteten Anforderungen über Inhalt und Umfang der qualitätssichernden Maßnahmen aus dem Modellprojekt nach § 125 SGB XI zu berücksichtigen. Allerdings wurden im Rahmen des Modellprojektes keine Qualitätskriterien und deren Ausfüllanleitungen zur Bewertung der Qualität ambulanter Betreuungsdienste erarbeitet.

Die gesetzliche Neuregelung sollte berücksichtigen, dass die konzeptionellen Prüfgrundlagen für die Qualitätsprüfungs-Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes in der Übergangszeit wissenschaftlich fundiert sein müssen und den methodischen Anforderungen an Qualitätsprüfungen in ambulanten Betreuungsdiensten Rechnung tragen. Daher ist zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit die Entwicklung von Qualitätskriterien und deren Ausfüllanleitungen vorzusehen. Dies erleichtert auch die spätere Einarbeitung entsprechender Regelungen in die gegenwärtig in Vorbereitung befindlichen Qualitätsprüfungsinstrumente in der ambulanten Pflege.

Der in der Gesetzesbegründung genannte Bearbeitungszeitraum von drei Monaten bis zum Beschluss der Richtlinien wird als zu knapp eingeschätzt. Im Rahmen des Entwicklungsprojektes hat der GKV-Spitzenverband Kriterien für die Qualitätsprüfung wissenschaftlich zu erarbeiten und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die

Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

Erfahrungsgemäß ist ein Zeitraum von 4 bis 6 Wochen vorzusehen, um allen Beteiligten ausreichend Gelegenheit zur Stellungnahme geben zu können.

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

C) Änderungsvorschlag

Es sollte sichergestellt werden, dass die Qualitätskriterien zur externen Prüfung wissenschaftlich fundiert erarbeitet werden können, damit diese in das neue Qualitätssystem nach §113b Absatz 4 in der ambulanten Pflege überführt werden können. Deshalb sollte der Bearbeitungszeitraum auf sechs Monate erweitert werden.

Im § 112a Absatz 1 wird der letzte Satz wie folgt zum § 118 SGB XI harmonisiert:

Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 beratend bei der Erarbeitung und der Beschlussfassung mit.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 357 von 421

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 114a –Durchführung der Qualitätsprüfungen

B) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass die mündliche Einwilligung oder Nichteinwilligung eines pflegebedürftigen Menschen zur Inaugenscheinnahme im Rahmen einer Qualitätsprüfung auch elektronisch dokumentiert werden kann.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 358 von 421

Artikel 10 (Änderung des elften Buches Sozialgesetzbuches)

Nr. 11

§ 118 Beteiligung von Interessenvertretungen, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Entwicklung der Richtlinien nach § 112a sind die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen zu beteiligen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 120 – Pflegevertrag bei häuslicher Krankenpflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Dem § 120 Absatz 3 werden folgende Sätze angefügt:

„In dem Pflegevertrag ist die Inanspruchnahme von mehreren Leistungserbringern durch den Pflegebedürftigen zu berücksichtigen. Ebenso zu berücksichtigen ist die Bereitstellung der Informationen für eine Nutzung des Umwandlungsanspruchs nach § 45a Absatz 4.“

B) Stellungnahme

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

Folgender neuer Absatz 1a wird angefügt:

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

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 360 von 421

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13

§ 125 – Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 125 wird aufgehoben.

B) Stellungnahme

Aufgrund der beabsichtigten dauerhaften Einführung der Betreuungsdienste als zugelassene Leistungserbringer in der Regelung des § 71 SGB XI ist die Aufhebung des § 125 sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 11 (Änderung des Arzneimittelgesetzes)

Nr. 1

§ 13 – Herstellungserlaubnis

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber beabsichtigt in die Ausnahmeregelung von der Herstellungserlaubnis nach Absatz 2b explizit auch Zahnärztinnen und Zahnärzte aufzunehmen.

B) Stellungnahme

Die Notwendigkeit einer Herstellungserlaubnis dient der Sicherstellung von Qualitätsstandards im Rahmen der Arzneimittelherstellung und damit schlussendlich der Arzneimittelsicherheit. Der Gesetzgeber führt in der Begründung nicht aus, inwiefern unter der bisherigen Regelung Versorgungsprobleme bestanden, die durch die vorgesehene Änderung behoben werden können. Vor diesem Hintergrund lehnt der GKV-Spitzenverband die vorgesehene Änderung ab.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der in Artikel 9 vorgesehenen Änderung.

Artikel 11 (Änderung des Arzneimittelgesetzes)

Nr. 2

§ 78 – Preise

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber beabsichtigt in die Norm, die berechtigten Interessen der Arzneimittelverbraucher, die eine Grundlage zur Festlegung der Arzneimittelpreise und -preisspannen sind, um die „Bereitstellung von Arzneimitteln nach § 52b“ zu erweitern.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Neuregelung zielt auf eine Fundierung der Vergütung der Apotheken und der pharmazeutischen Großhändler ab. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ergibt die Ergänzung keinen Mehrwert. Natürlich haben Arzneimittelverbraucher Interesse an einer Bereitstellung von Arzneimitteln. Dies muss jedoch nicht im § 78 explizit formuliert werden.

Vielmehr führt eine vermeintlich so detaillierte Beschreibung zu weiteren Problemen. Nicht ausgeführt wird, inwiefern sich die Ergänzung von der bereits durch das Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz ergänzte „Sicherstellung der Versorgung“ unterscheidet. Wird nicht gerade durch die Bereitstellung von Arzneimitteln die Versorgung sichergestellt?

Vor diesem Hintergrund lehnt der GKV-Spitzenverband die vorgesehene Neuregelung ab.

C) Änderungsvorschlag

Aufhebung des Artikel 11 Nr. 2.

Artikel 12 (Änderung der Arzneimittelpreisverordnung)

§ 2 – Großhandelszuschläge für Fertigarzneimittel

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Änderung in § 2 der Arzneimittelpreisverordnung wird beabsichtigt, juristisch eindeutig festzulegen, dass der bisherige Festzuschlag für den Großhandel in Höhe von 0,70 Euro je abgegebener Packung in jedem Fall zu erheben ist. Der rabattierbare Anteil der Großhandelsvergütung soll auf den preisabhängigen Festzuschlag in Höhe von 3,15 % des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers beschränkt werden. Hintergrund der vorgesehenen Änderung ist ein Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 05.10.2017 mit dem Aktenzeichen I ZR 172/16. In diesem Urteil führte der BGH aus, dass beide Bestandteile der Großhandelsvergütung aufgrund der bisherigen Arzneimittelpreisverordnung optional sind.

B) Stellungnahme

Ziel der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) nach § 78 Arzneimittelgesetz ist es, einheitliche Preise für Arzneimittel sicher zu stellen. Die Umsetzung dieses Ziels erfolgt durch die Festsetzung von Vergütungssätzen in der Arzneimittelpreisverordnung. Während die Elemente der Apothekenvergütung für die Abgabe von Fertigarzneimitteln in § 3 der AMPreisV nicht als rabattfähig angesehen werden, gibt es in der Beziehung zwischen Apotheken und pharmazeutischen Großhändlern die Möglichkeit, Rabatte zu verhandeln.

Von diesen Rabatten profitieren jedoch nicht die Arzneimittelverbraucherinnen und -verbraucher oder die Solidargemeinschaft sondern allein die Apotheken. Dies ist ordnungspolitisch nur schwer nachvollziehbar. Sofern substantielle Rabatte auf Ebene der Großhändler gewährt werden können, müsste konsistenterweise auch die Vergütung der Apotheken als Höchstvergütung ausgestaltet werden. Beim politischen Ziel einheitlicher Apothekenpreise müssten auch Rabattelemente des Großhandels beseitigt werden. Die derzeitige Regelung lässt einseitig Apotheken profitieren. Insofern stellt die Festschreibung, dass das preisunabhängige Vergütungselement in Höhe von 0,70 Euro pro Packung einen ersten Schritt zu einer Konsistenzverbesserung dar.

Die Möglichkeit, substantielle Rabatte auf die in der AMPreisV vorgesehene Vergütung zu geben, spricht auch nicht für eine adäquate Höhe dieser Vergütungsbestandteile. Eine empirische Grundlage für eine adäquate Festlegung der Großhandelsvergütung findet sich in dem Gutachten „Ermittlung und Erforderlichkeit des Ausmaßes der in der Arzneimittelpreisverord-

nung (AMPreisV) geregelten Preise“, das vom Ordnungsgeber der AMPreisV, des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie in Auftrag gegeben wurde.

Die Ergebnisse des Gutachtens wurden im Dezember 2017 veröffentlicht. Die Gutachter stellen fest, dass die derzeitige Vergütung nicht leistungsgerecht ist und nicht den tatsächlichen Ressourcenaufwand widerspiegelt. Einige Vergütungsbestandteile liegen deutlich unter einer als leistungsgerecht anzusehenden Vergütungshöhe, während andere Vergütungsbestandteile deutlich zu hoch sind. Die Gutachter sehen einen substantiellen Änderungsbedarf bei der heutigen Form der Vergütung.

Ziel der Arzneimittelpreisverordnung muss es sein, die Höhe der Vergütung leistungsgerecht festzulegen. Der GKV-Spitzenverband spricht sich dafür aus, die im Gutachten nachvollziehbar ermittelten empirischen Ergebnisse tatsächlich in der AMPreisV zu berücksichtigen. Dies gilt sowohl für die Vergütung des Großhandels als auch der Apothekerschaft.

C) Änderungsvorschlag

Der in Artikel 10 geänderte § 2 Absatz 1 Satz 1 AMPreisV wird wie folgt gefasst:

Bei der Abgabe von Fertigarzneimitteln, die zur Anwendung bei Menschen bestimmt sind, durch den Großhandel an Apotheken oder Tierärzte ist ein Festzuschlag von ~~70 Cent~~ 96 Cent sowie die Umsatzsteuer zu erheben; zusätzlich darf auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne die Umsatzsteuer höchstens ein Zuschlag von ~~3,15 Prozent~~ 0,53 Prozent, höchstens jedoch ~~37,80 Euro~~ 6,36 Euro erhoben werden.

Artikel 13 (Änderung des Transfusionsgesetzes)

Nr. 1 Buchstabe a)

§ 12a – Richtlinien zum Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft und Technik zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Überschrift wird angepasst an die im Absatz 3 erfolgte Erweiterung der Richtlinienkompetenzen auf den Bereich Zahnmedizin.

B) Stellungnahme

In Absatz 3 wird der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) die Befugnis eingeräumt, fakultativ in Richtlinien den allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der Wissenschaft und Technik im Bereich der Zahnheilkunde zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen festzustellen. Insofern ist die Anpassung der Überschrift sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 13 (Änderung des Transfusionsgesetzes)

Nr. 1 Buchstabe b)

§ 12a Abs. 3 – Richtlinien zum Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft und Technik zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) wird die Befugnis eingeräumt, fakultativ in Richtlinien den allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der Wissenschaft und Technik im Bereich der Zahnheilkunde zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen festzustellen.

B) Stellungnahme

Da im Einzelfall, wie z. B. bei Knochenaufbauten, auch im zahnärztlichen Bereich mit Blut und Blutbestandteilen gearbeitet wird, ist die vorgesehene Regelung, der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) die Befugnis einzuräumen, fakultativ in Richtlinien den allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der Wissenschaft und Technik im Bereich der Zahnheilkunde zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen festzustellen, sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 13 (Änderung des Transfusionsgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe a)

§ 18 – Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik zur Anwendung von Blutprodukten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung wird die Überschrift an die im Absatz 3 erfolgte Erweiterung der Richtlini-
enkompetenzvorschrift auf den Bereich Zahnmedizin angepasst.

B) Stellungnahme

Die Änderung der Überschrift ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 13 (Änderung des Transfusionsgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe b)

§ 18 Abs. 1 – Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik zur Anwendung von Blutprodukten, Änderung der Überschrift

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1 Satz 1 und 2 werden redaktionell an die Richtlinienkompetenzvorschriften der BÄK nach § 12a Absatz 1 und nach §§ 16 Absatz 2, 16b Absatz 1 des Transplantationsgesetzes (TPG) angepasst.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 13 (Änderung des Transfusionsgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe c)

§ 18 Abs. 3 – Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik zur Anwendung von Blutprodukten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im neu angefügten § 18 Absatz 3 wird die BZÄK verpflichtet, in Richtlinien den allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der Wissenschaft und Technik für den Bereich der Zahnheilkunde nach Absatz 1 Satz 1 Nummern 1 bis 4 festzulegen, insbesondere im Hinblick auf die Anwendung und die Qualitätssicherung der Anwendung von Blutprodukten. Bei der Erarbeitung der Richtlinie ist die angemessene Beteiligung von Sachverständigen der betroffenen Fach- und Verkehrskreise und der zuständigen Behörden von Bund und Ländern sicherzustellen. Die Richtlinien ergehen im Einvernehmen mit der zuständigen Bundesoberbehörde und sind von dieser im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. Die Vermutungsregelung nach Absatz 2 gilt entsprechend.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist zur Qualitätssicherung der Anwendung von Blutprodukten sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 13 (Änderung des Transfusionsgesetzes)

Nr. 3

§ 28 – Ausnahmen vom Anwendungsbereich

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) wird die Befugnis eingeräumt, fakultativ in Richtlinien den allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der Wissenschaft und Technik im Bereich der Zahnheilkunde zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen festzustellen.

B) Stellungnahme

Da im Einzelfall, wie z. B. bei Knochenaufbauten, auch im zahnärztlichen Bereich mit Blut und Blutbestandteilen gearbeitet wird, ist die vorgesehene Regelung, der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) die Befugnis einzuräumen, fakultativ in Richtlinien den allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der Wissenschaft und Technik im Bereich der Zahnheilkunde zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen festzustellen, sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 13 (Änderung des Transfusionsgesetzes)

Nr. 4

§ 35 – Übergangsregelung aus Anlass des Terminservice- und Versorgungsgesetzes

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) wird die Befugnis eingeräumt, fakultativ in Richtlinien den allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der Wissenschaft und Technik im Bereich der Zahnheilkunde zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen festzustellen.

B) Stellungnahme

Da im Einzelfall, wie z. B. bei Knochenaufbauten, auch im zahnärztlichen Bereich mit Blut und Blutbestandteilen gearbeitet wird, ist die vorgesehene Regelung, der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) die Befugnis einzuräumen, fakultativ in Richtlinien den allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der Wissenschaft und Technik im Bereich der Zahnheilkunde zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen festzustellen, sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 14 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe a)

§ 18a Abs. 6 Satz 1 – Schiedsstelle

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Formulierung soll dahingehend erweitert werden, dass die Schiedsstelle in den ihr durch Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes zugewiesenen Aufgaben entscheidet.

B) Stellungnahme

Die Änderung wird befürwortet. Der Schiedsstelle sind inzwischen nicht mehr nur Aufgaben im Krankenhausfinanzierungsgesetz oder der Bundespflegegesetzverordnung zugewiesen, sondern in verschiedenen Gesetzen wie insbesondere auch dem Krankenhausentgeltgesetz und dem SGB V.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 14 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe b)

§ 18a Abs. 6 Satz 5 – Schiedsstelle

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei Nichteinigung der Parteien über die Bestellung der unparteiischen Mitglieder sollen diese durch das Bundesministerium für Gesundheit berufen werden.

B) Stellungnahme

Die im Gesetzentwurf auch für die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG vorgesehene Bestimmung der unparteiischen Mitglieder durch das Bundesministerium für Gesundheit bei Nichteinigung der Parteien wird nicht befürwortet.

Die Benennung der unparteiischen Mitglieder in der Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG sollte nach dem gleichen Verfahren wie die Benennung der Unparteiischen im Schiedsamt nach § 89 SGB V und dem sektorenübergreifenden Schiedsgremium nach § 89a SGB V erfolgen. Im Rahmen des Bundesschiedsamtes nach § 89 SGB V und des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums nach § 89a SGB V wird die Bestellung durch Losverfahren präferiert, wenn sich die Parteien nicht einigen können. Im Losverfahren erfolgt die Entscheidung zugunsten eines durch die Parteien vorgeschlagenen Kandidaten. Für den Fall der Bestimmung der Unparteiischen durch Los wird die Amtszeit auf ein Jahr verkürzt. Das Losverfahren ist damit ein sachgerechter Konfliktlösungsmechanismus, denn es überlässt die Entscheidung zur Bestellung den Selbstverwaltungspartnern.

Ergänzend wird auf die Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 48 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 14 Nr. 2 Buchstabe b) wird wie folgt geändert:

Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Kommt eine Einigung nicht zustande, gilt § 89 Absatz 6 Sätze 3 bis 7 entsprechend.“

Satz 6 wird gestrichen.

Artikel 14 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe c)

§ 18a Abs. 6 Satz 9 – Schiedsstelle

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle sowie die Geschäftsführung, das Verfahren, die Höhe und die Erhebung der Gebühren und die Verteilung der Kosten nach § 18a Abs. 6 Satz 9 KHG durch Rechtsverordnung festsetzen, wenn die existierende Vereinbarung gekündigt wird und eine neue Vereinbarung bis zum Ende der Vertragslaufzeit nicht zustande kommt. Die Bestimmungen der bisherigen Vereinbarung gelten bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung fort.

B) Stellungnahme

Die bisherige Fassung der Vorschrift sieht eine Regelung durch Rechtsverordnung für den Fall vor, dass eine vertragliche Vereinbarung über die Bildung der Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG (BSchV) bis zum 31.08.1997 nicht zustande gekommen ist. Mit der vorgesehenen Änderung wird berücksichtigt, dass eine entsprechende Vereinbarung geschlossen wurde.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 375 von 421

Artikel 15 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Nr. 1

§ 18 Abs. 1 Satz 3 Buchstabe c

A) Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Folgeänderung zur Änderung Artikel 1 Nr. 52.

B) Stellungnahme

Redaktionelle Änderung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 15 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Nr. 2

§ 19 Abs. 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung resultiert aus der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 26. September 2016 (Az. 1 BvR 1326/15), wonach § 19 Absatz 3 gegen Artikel 12 Absatz 1 des Grundgesetzes verstößt und nichtig ist.

B) Stellungnahme

Die Streichung wird befürwortet.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 15 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Nr. 3 Buchstabe a)

§ 19a Abs. 1 Sätze 2, 3, 4 und 5

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vertragsärztliche Zulassung verpflichtet Ärztinnen und Ärzte, die vertragsärztliche Tätigkeit in Vollzeit auszuüben. Welcher zeitliche (Mindest-)Umfang mit vollzeitiger Ausübung gemeint ist, wird jedoch bislang weder im SGB V noch in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) näher festgelegt, sondern als Mindestsprechstundenzeiten von 20 Stunden wöchentlich im Bundesmantelvertrag-Ärzte festgelegt. Die Mindestsprechstundenzeiten sind eine Präsenzpflcht, zu der die Vertragsärztin bzw. der -Arzt am Vertragsarztsitz zur Versorgung der gesetzlich Versicherten zur Verfügung stehen muss.

In § 19 Absatz 1 werden die Mindestsprechstundenzeiten der Vertragsärztinnen und -ärzte für die Versorgung von gesetzlich Versicherten von 20 auf 25 Stunden erhöht. Insoweit wird von der Ermächtigungsgrundlage des § 98 Absatz 2 Nummer 10 SGB V Gebrauch gemacht, nach der die Ärzte-ZV unter anderem Vorschriften zur näheren Bestimmung des zeitlichen Umfangs des sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrages zu enthalten hat.

Um insbesondere solche Ärztinnen und Ärzte, die Patientinnen und Patienten zu Hause oder im Heim aufsuchen, nicht zu benachteiligen, werden Besuchszeiten auf die vorgegebenen Mindestsprechstundenzeiten angerechnet (Satz 5).

Darüber hinaus wird vorgesehen, dass Ärztinnen und Ärzte, die insbesondere Arztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung angehören (z. B. Hausärzte, Kinderärzte, konservativ tätige Augenärzte, Frauenärzte, Orthopäden, HNO-Ärzte), mindestens fünf Stunden in der Woche als offene Sprechstunden anbieten müssen (Satz 3). Welche Arztgruppen konkret offene Sprechstunden anzubieten haben, ist dabei im Bundesmantelvertrag-Ärzte nach § 82 Absatz 1 SGB V zu regeln (vgl. den neuen Satz 6).

Für Ärztinnen und Ärzte, die ihren Versorgungsauftrag nach § 19a Absatz 2 auf die Hälfte reduziert habe, sieht der neue Satz 4 vor, dass die in Satz 2 und 3 festgelegten Sprechstundenzeiten jeweils hälftig gelten.

Die Einzelheiten zu den Arztgruppen, die offene Sprechstunden anzubieten haben sowie zur angemessenen Anrechnung der Besuchszeiten nach Satz 5, sind im Bundesmantelvertrag-Ärzte nach § 82 Absatz 1 SGB V zu regeln. Die Bundesmantelvertragspartner werden insoweit verpflichtet, bis zum 31. März 2019 die entsprechenden Regelungen zu treffen (Satz 6 erster Halbsatz).

Mit der Regelung in Satz 6 zweiter Halbsatz erhalten die Bundesmantelvertragspartner schließlich die Möglichkeit, ergänzend auch Regelungen zur zeitlichen Verteilung der Sprechstunden nach Satz 3 zu treffen.

B) Stellungnahme

Die Regelung im Bundesmantelvertrag-Ärzte zu den offenen Sprechstunden sowie die Möglichkeit, Regelungen zur zeitlichen Verteilung der Sprechstunden im BMV-Ä zu treffen, wird begrüßt. Zur Reduzierung der Wartezeiten von gesetzlich Versicherten und zur kurzfristigen Behandlung insbesondere von Patienten mit akuten Erkrankungen ist die verbindliche Etablierung der auch derzeit i.d.R. angebotenen offenen Sprechstunden für bestimmte Fachgruppen ein sinnvolles Instrument. Für eine Verbesserung der Versorgung und eine Reduzierung der Wartezeiten für gesetzlich Versicherte sind ergänzende Regelungen erforderlich. Es ist klar zu stellen, dass die Sprechstundenzeiten von 25 Stunden für gesetzlich Versicherte und Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung stehen und eine bevorzugte Terminvergabe an Privatversicherte ein Verstoß gegen die vertragsärztlichen Pflichten ist. Es ist auch geboten, einen relevanten Anteil der offenen Sprechstunden für von der Terminservice-stelle nach § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 3 SGB V vermittelte oder vom Hausarzt an einen Facharzt nach § 73 Abs. 1 Satz 2 Nummer 2 SGB V vermittelte Termine für akute Behandlungsanlässe zu öffnen, um sicherzustellen, dass für diese sinnvollen Maßnahmen tatsächlich ein zeitlicher Rahmen in den Arztpraxen zur Verfügung steht.

C) Änderungsvorschlag

Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Ärzte, die insbesondere Arztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung angehören, müssen mindestens fünf Stunden wöchentlich als offene Sprechstunden für die Wahrnehmung von Terminen nach § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 3 SGB V, Terminen nach § 73 Abs. 1 Satz 2 Nummer 2 SGB V sowie für Patienten ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten.“ In Satz 6 wird nach dem Wort „haben“ die Wörter „zur anteiligen Mindestsprechstundenzeit von Vertragsärzten mit einem hälftigen Versorgungsauftrag und zur Verteilung der Sprechstunden bei Ausübung der Tätigkeit an mehreren Tätigkeitsorten“ eingefügt.

Nach Satz 6 werden folgende Sätze eingefügt:

„Der Vertragsarzt muss die Sprechstundenzeiten nach Satz 2 ausschließlich für die Versorgung der gesetzlich Versicherten nach dem Leistungskatalog der GKV zur Verfügung stellen. Eine Benachteiligung von Versicherten, insbesondere bei der Vergabe von Sprechstundenterminen, ist ein Verstoß gegen die vertragsärztlichen Pflichten. Gleiches gilt für die bevorzugte Vergabe von Terminen für privatärztliche Leistungen, auch bei Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 380 von 421

Artikel 15 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Nr. 3 Buchstabe b)

§ 19a Abs. 2 Satz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Folgeänderung zur Änderung Artikel 1 Nr. 52.

B) Stellungnahme

Redaktionelle Änderung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 381 von 421

Artikel 15 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Nr. 4

§ 26 Absatz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Folgeänderung zur Änderung Artikel 1 Nr. 52.

B) Stellungnahme

Redaktionelle Änderung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 382 von 421

Artikel 15 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Nr. 5

§ 27 Satz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Folgeänderung zur Änderung Artikel 1 Nr. 52.

B) Stellungnahme

Redaktionelle Änderung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 16 (Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte)

Nr. 2

§ 45 Abs. 1 – Beitragsberechnung für Altenteiler

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 237 SGB V. Die Ausweitung der Beitragsfreiheit von Waisenrenten bzw. -leistungen in der allgemeinen gesetzlichen Krankenversicherung auf die Hinterbliebenenversorgung nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V wird im Recht der Krankenversicherung der Landwirte inhaltsgleich nachvollzogen.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 16 (Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte)

Nr. 3

§ 50 Abs. 2 – Beitragszahlung aus der Rente und aus Versorgungsbezügen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Streichung von § 256 Abs. 4 SGB V.
Die Ausnahmeregelung, wonach sich kleinere Zahlstellen von Versorgungsbezügen von der
Beitragsabführungspflicht befreien lassen können, entfällt auch in der landwirtschaftlichen
Krankenversicherung.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 17 (Inkrafttreten)

Absatz 1 – Inkrafttreten der Neuregelungen zum Zahlstellenverfahren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung zur Einbindung aller versicherungspflichtigen Versorgungsbezugsempfänger in das Zahlstellenverfahren (Artikel 1 Nr. 90 Buchstabe a) sowie die Aufhebung der Ausnahmeregelung zur Beitragsabführung durch kleinere Zahlstellen (Artikel 1 Nr. 90 Buchstabe b) sollen an dem Tag nach der Verkündung in Kraft treten.

B) Stellungnahme

Die Einbindung von allen versicherungspflichtigen Versorgungsbezugsempfängern in das elektronische Zahlstellenverfahren erfordert eine Anpassung der IT-Systeme der Krankenkassen. Zudem müssen in Bestandsfällen gegenüber selbstzahlenden Mitgliedern erlassene Verwaltungsakte mit Dauerwirkung für die Zukunft aufgehoben und entsprechende Beitragszahlungen beendet werden. Ferner haben Krankenkassen gegenüber Zahlstellen in den zu selektierenden Fällen der versicherungspflichtigen Versorgungsbezieher ohne Rentenbezug Änderungsmeldungen im Zahlstellen-Meldeverfahren vorzunehmen, um die ursprüngliche Feststellung (keine Beitragsabführungspflicht) für die Zukunft zu ändern.

Für die Anpassung der Bestandssysteme sowie die Umsetzung der administrativen Aufgaben benötigen die Krankenkassen eine Vorlaufzeit. Insoweit sollte die Änderung in § 256 Abs. 1 Satz 1 SGB V nicht wie angedacht mit dem Folgetag der Verkündung, sondern zum 1. Juli 2019 in Kraft treten.

Gleiches gilt im Übrigen für die Änderung im § 256 Abs. 4 SGB V. Durch die Aufgabe der Ausnahmeregel müssen in den einschlägigen Bestandsfällen künftig die Zahlstellen und nicht die Mitglieder Beiträge zahlen. Insoweit sind auch gegenüber diesen selbstzahlenden Mitgliedern erlassene Verwaltungsakte mit Dauerwirkung für die Zukunft aufzuheben und entsprechende Beitragszahlungen zu beenden. Um säumige Beitragsforderungen im Rahmen der Umstellung zu vermeiden, muss überdies sichergestellt werden, dass die betroffenen Zahlstellen zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Neuregelung die Beitragsabführungs- und -nachweispflicht erkannt und umgesetzt haben.

C) Änderungsvorschlag

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 386 von 421

In Artikel 17 wird nach Absatz 4 folgender Absatz eingefügt:

„(4a) Artikel 1 Nr. 90 tritt zum 1. Juli 2019 in Kraft.“

III. Ergänzender Änderungsbedarf

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 11 Abs. 4 S. 4 (neu) SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen sollten die Möglichkeit erhalten, neben der Unterstützung der Leistungserbringer im Versorgungsmanagement initiativ darauf hinwirken zu können, dass Maßnahmen im Rahmen des Versorgungsmanagements durch die Versicherten in Anspruch genommen werden. Hierzu können die Versicherten von den Krankenkassen gezielt über für sie geeignete Versorgungsangebote der Krankenkassen informiert und beraten werden.

B) Stellungnahme

Die Krankenkassen haben gem. § 1 SGB V die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder den Gesundheitszustand zu verbessern, wobei dies durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu erfolgen hat. Um die Möglichkeiten zur Wahrnehmung dieses universellen Versorgungsauftrags der Krankenkassen zu verbessern, sollten die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, neben der Unterstützung der Leistungserbringer im Versorgungsmanagement initiativ darauf hinwirken zu können, dass Maßnahmen im Rahmen des Versorgungsmanagements durch die Versicherten in Anspruch genommen werden. Hierzu können die Versicherten von den Krankenkassen gezielt über für sie geeignete Versorgungsangebote der Krankenkassen informiert und beraten werden. Ohne eine entsprechende Regelung können Versicherte nur über allgemeine Publikationen der Krankenkassen oder auf eigene Nachfrage von den kassenspezifischen Versorgungsangeboten erfahren bzw. sind auf Informationen durch die Leistungserbringer angewiesen, die in der Regel nicht über die Infrastruktur für eine umfassende und aktuelle krankenkassenspezifische Information der Versicherten verfügen.

C) Änderungsvorschlag

(4) Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche; dies umfasst auch die fachärztliche Anschlussversorgung. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. Sie sind zur Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu

unterstützen. Die Krankenkassen können Versicherten individuell geeignete Maßnahmen im Rahmen des Versorgungsmanagements anbieten. In das Versorgungsmanagement sind die Pflegeeinrichtungen einzubeziehen; dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen nach § 7a des Elften Buches zu gewährleisten. Das Versorgungsmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Soweit in Verträgen nach § 140a nicht bereits entsprechende Regelungen vereinbart sind, ist das Nähere im Rahmen von Verträgen mit sonstigen Leistungserbringern der gesetzlichen Krankenversicherung und mit Leistungserbringern nach dem Elften Buch sowie mit den Pflegekassen zu regeln.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 16 – Ruhen des Anspruchs

A) Vorgeschlagene Neuregelung

In Absatz 3a soll – wie bereits im Referentenentwurf zu Artikel 1, Nr. 9 Buchstabe a) und b) vorgesehen – klargestellt werden, dass im Zusammenhang mit dem Ruhen der Leistungsansprüche wegen Beitragsschulden die Prüfung der Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II oder SGB XII durch den jeweils zuständigen Träger und nicht durch die Krankenkasse durchzuführen ist.

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 angestrebte gesetzliche Klarstellung, dass eine Feststellung der Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II und SGB XII durch den zuständigen Träger durchzuführen ist, führt insbesondere für die betroffenen Versicherten zu mehr Rechtssicherheit.

B) Änderungsvorschlag

Die im Referentenentwurf unter Artikel 1, Nr. 9 Buchstabe a) und b) vorgesehene Gesetzesänderung soll beibehalten werden.

§ 16 Absatz 3a soll wie folgt geändert werden:

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

b) Der folgende Satz wird angefügt:

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

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 56 – Festsetzung der Regelversorgung

A) Begründung

Die vorgesehene Erhöhung der Festzuschüsse nach § 55 SGB V muss zu einer tatsächlichen finanziellen Entlastung der Versicherten führen. Mit der Erhöhung des Festzuschusses einhergehen und damit auch zu einer nachhaltigen Entlastung der Versicherten führt die Aufnahme der bis dato häufig als gleichartige Leistungen erbrachten Leistung in die Regelversorgung. So wurden nach dem BARMER GEK Zahnreport aus dem Jahr 2013 über 80 Prozent der Kronen und über 60 Prozent der Brückenglieder im Rahmen der gleichartigen Behandlung erbracht und damit nach der GOZ abgerechnet. Es ist davon auszugehen, dass sich in den letzten fünf Jahren an diesen Werten nichts Grundlegendes geändert hat. Die Aufnahme von keramisch vollverblendeten oder vollkeramischen Kronen und Brücken in die Regelversorgung würde somit zu einer Entlastung der Versicherten führen, weil diese Leistungen dann nicht mehr nach der GOZ abgerechnet werden können. Auf diese Weise würde sowohl die Versorgung verbessert als auch die finanzielle Belastung der Versicherten reduziert.

B) Änderungsvorschlag

§ 56 Absatz 2 Satz 8 wird wie folgt geändert:

„Regelversorgungen umfassen im Oberkiefer keramisch vollverblendete sowie vollkeramische Kronen und Brücken bis einschließlich Zahn fünf, im Unterkiefer bis einschließlich Zahn vier.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 87 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Vorgeschlagene Neuregelung

Im Rahmen des Prüfauftrags nach § 87 Abs. 1 Satz 6, bislang papiergebundene Verfahren zur Organisation der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung durch elektronische Kommunikationsverfahren zu ersetzen, haben die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband festgestellt, dass eine Umstellung des bis dato papiergebundenen Antrags- bzw. Genehmigungsverfahrens für Leistungen bei der Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels, für kieferorthopädische Leistungen, für parodontologische Leistungen und für Leistung bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen auf ein elektronisches Verfahren Vorteile für Vertragszahnärzte, Krankenkassen und Versicherte bietet. So können die Behandlungspläne vom Zahnarzt schneller an die Krankenkasse und von der Krankenkasse schneller zurück an den Zahnarzt übermittelt werden. Die Versicherten werden schneller über die Entscheidung der Krankenkasse informiert, sodass die Behandlungen früher begonnen werden können. Hinzu kommt, dass die elektronische Beantragung und Genehmigung vielfältige Medienbrüche beseitigt und die Erstellungs- und Übermittlungskosten reduziert. Der GKV-Spitzenverband und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung beraten schon seit längerem über die Umsetzung eines elektronischen Beantragungsverfahrens. Aufgrund der Tatsache, dass es an einer gesetzlichen Ermächtigung der Bundesmantelvertragspartner für die Einführung eines elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahrens mangelt, ist eine stringente und wirtschaftliche Umsetzung des Verfahrens nicht in allen Fällen möglich, weil z. B. Doppelstrukturen vorgehalten werden müssen. Daher ist es notwendig, die Bundesmantelvertragspartner gesetzlich zur Einführung eines elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahrens zu ermächtigen.

B) Änderungsvorschlag

An § 87 Abs. 1 Satz 7 wird der folgende Satz 8 angefügt:

„Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regeln in dem Bundesmantelvertrag bis zum 31.12.2019 das Nähere zu einem elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahren für bewilligungspflichtige Leistungen.“

Folgeänderung in § 87 Abs. 1a SGB V:

(1a) In dem Bundesmantelvertrag haben die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen festzulegen, dass die Kosten für Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen, soweit die gewählte Versorgung der Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 entspricht, gegenüber den Versicherten nach Absatz 2 abzurechnen sind. Darüber hinaus sind im Bundesmantelvertrag folgende Regelungen zu treffen: Der Vertragszahnarzt hat vor Beginn der Behandlung gegenüber dem Versicherten kostenfrei eine schriftliche Vereinbarung zu erstellen, die den Befund, die Regelversorgung und die tatsächlich geplante Versorgung auch in den Fällen des § 55 Abs. 4 und 5 nach Art, Umfang und Kosten beinhaltet. Für geplante Leistungen nach § 55 Abs. 4 und 5 sind die Gebührennummer, die Leistungsbeschreibung und der voraussichtliche Gebührensatz anzugeben. In der Vereinbarung sind Angaben zum Herstellungsort des Zahnersatzes zu machen. Bei der Wahl von Leistungen nach § 55 Abs. 4 und 5 ist der Versicherte über die in Betracht kommende Regelversorgung einschließlich deren Kosten zu informieren. Vor Beginn der Behandlung hat die Krankenkasse die geplante Versorgung insgesamt zu prüfen. Hierzu übermittelt der Vertragszahnarzt die in der Vereinbarung mit dem Versicherten enthaltenen Angaben sowie zusätzlich die geplanten Befunde elektronisch an die Krankenkasse. Die Krankenkasse kann den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen. Bei bestehender Versorgungsnotwendigkeit bewilligt die Krankenkasse die Festzuschüsse gemäß § 55 Abs. 1 oder 2 entsprechend dem im Datensatz nach Satz 7 ausgewiesenen Befund. Nach Abschluss der Behandlung rechnet der Vertragszahnarzt die von der Krankenkasse bewilligten Festzuschüsse mit Ausnahme der Fälle des § 55 Abs. 5 mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ab. Der Vertragszahnarzt hat dabei auch die abgerechneten zahntechnischen Leistungen und Materialien jeweils für das Eigen- oder Fremdlabor sowie die Erklärung nach Anhang VIII der Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14. Juni 1993 über Medizinprodukte (ABl. EG Nr. L 169 Satz 1) in der jeweils geltenden Fassung zu übermitteln. Der Bundesmantelvertrag regelt das Nähere zur Ausgestaltung der Datenübermittlung von Zahnersatzleistungen, insbesondere muss erkennbar sein, ob die zahntechnischen Leistungen von Zahnärzten erbracht werden oder nicht.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 87 Abs. 2 – Bundesmantelvertrag, Einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Vorgeschlagene Neuregelung

Gemäß der aktuellen Regelung des § 87 Abs. 2 Satz 3, 2. Halbsatz kann der Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 3 Satz 1 die Bewertung der von einer Arztpraxis bzw. einem Medizinischen Versorgungszentrum in einem bestimmten Zeitraum erbrachten Leistungen so festlegen, dass diese ab einem bestimmten Schwellenwert mit zunehmender Menge sinkt. Sofern der Bewertungsausschuss derartige Regelungen, die kassenübergreifend auf Ebene des Leistungserbringers nach § 95 Abs. 1 wirken, beschließt, haben die Kassenärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen im Rahmen der Rechnungslegung ergänzende arztbezogene kassenübergreifende Abrechnungsdaten zur Verfügung zu stellen.

Der Bewertungsausschuss hat für spezifische Leistungsbereiche (z. B. für Dialysewochen- und Dialyseeinzelpauschalen), die von den Krankenkassen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanziert werden, kassenübergreifend konzipierte Vergütungsregelungen vereinbart, die unmittelbare Auswirkungen auf die Bewertung der betreffenden Leistungen auf Ebene des Leistungserbringers nach § 95 Abs. 1 haben. Ein Nachweis der Auswirkungen dieser kassenübergreifend angewandten Regelungen auf Ebene des Leistungserbringers ist in der derzeit gültigen Vereinbarung zum Datenträgeraustausch (Anlage 6 des Bundesmantelvertrages) nicht vorgesehen. Den Krankenkassen wird im Formblatt 3 als zahlungsbegrundete Unterlage lediglich die sich über alle Leistungserbringer für eine bestimmte Leistung bzw. für einen bestimmten Leistungsbereich aggregierte Vergütung ausgewiesen. Auch die sogenannten Einzelfallnachweise gemäß § 295 Abs. 2 geben keinerlei Aufschluss beispielsweise über die Höhe der ermittelten Abstaffelungen eines Leistungserbringers, da nur der sogenannte angeforderte Leistungsbedarf ausgewiesen wird. Aufgrund der zurzeit fehlenden Möglichkeit einer adäquaten kassenübergreifenden Abbildung von Vergütungsregelungen auf Ebene des Leistungserbringers bestehen für die Krankenkassen keine Transparenz und somit auch keine Möglichkeit zur Rechnungsprüfung. Dies ist insbesondere deshalb problematisch, da es sich bei den diesen Regelungen unterliegenden Leistungsbereichen um relevante Ausgabenbereiche handelt. So belaufen sich beispielsweise die jährlichen Ausgaben für Dialysesachkosten, die einer betriebsstättenbezogenen Abstaffelungsregelung unterliegen, allein auf ca. 1,9 Mrd. Euro.

Deshalb ist es nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes zwingend erforderlich, diese Regelungslücke zu schließen und eine gesetzliche Grundlage dafür zu schaffen, dass den Kran-

kenkassen entsprechende (kassenübergreifende) Nachweise zur Verfügung gestellt werden, die Aufschluss über die von den Kassenärztlichen Vereinigungen vorgenommene Berechnung einzelner Vergütungsbestandteile auf Ebene der Leistungserbringer geben. Nur dadurch wird eine Rechnungsprüfung sichergestellt.

B) Änderungsvorschlag

In § 87 Abs. 2 werden die neuen Sätze 4 und 5 aufgenommen: „Soweit die Bewertung bzw. die Abrechnung von Leistungen im Bewertungsmaßstab auf kassenübergreifend zusammengeführten Abrechnungsdaten basiert, haben die Kassenärztlichen Vereinigungen in den Abrechnungen mit den Krankenkassen die entsprechenden Nachweise zu erbringen. Die Vertragsparteien nach § 82 Abs. 1 und § 87 Abs. 1 vereinbaren als Bestandteil dieser Verträge das Nähere zu Format, Inhalt und Umfang der zusätzlich zu übermittelnden Informationen bis zum Ablauf von 6 Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes.“

Der bisherige Satz 4 wird zu Satz 6.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 87 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Begründung

Die Mehrkostenregelung im Füllungsbereich, beim Zahnersatz und, wie jetzt vorgesehen, bei kieferorthopädischen Leistungen und bei weiteren Leistungen, z. B. Wurzelkanalbehandlungen und die sich daraus ergebende Abrechnungsmöglichkeit nach der GOZ führen dazu, dass die Versicherten finanziell stärker belastet werden und die Versorgung der GKV-Versicherten insgesamt intransparenter wird. Dies trägt zu einer zunehmenden Verunsicherung der Versicherten bei, weil nicht klar ist, ob die von der GKV angebotenen Leistungen tatsächlich noch dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Die im BEMA beschriebenen Leistungen dienen immer häufiger der Bezuschussung von Leistungen, die nach der GOZ abgerechnet werden. Der Einfluss der gesetzlichen Krankenkassen auf das Versorgungsgeschehen, die Preisgestaltung, die Qualität und die Abrechnung dieser Leistungen ist damit begrenzt. Zum Schutz der Versicherten vor finanzieller Überforderung und um die Transparenz über das Versorgungsgeschehen wieder herzustellen, sind die Mehrleistungen nach § 28 Abs. 2 Satz 2, nach § 29 Abs. 5 und nach § 55 Abs. 4 daher in einem eigenen BEMA-Abschnitt zu beschreiben und zu bewerten. Die GOZ bildet dann nicht länger als Abrechnungsgrundlage für diese Leistungen. Die Regelung bewirkt, dass die Mehrkosten transparent und für alle Versicherte einheitlich gleich sind. Die Vereinbarung unterschiedlich hoher Mehrkosten aufgrund der Anwendung unterschiedlicher Gebührensätze wird damit beendet. Eine zusätzliche Belastung für die gesetzlichen Krankenkassen findet nicht statt, da als Abrechnungsgrundlage gegenüber den Krankenkassen die übrigen BEMA-Abschnitte gelten und die Versicherten die Mehrkosten für diese Leistungen gegenüber den in den übrigen BEMA-Abschnitten enthaltenen Leistungen selber tragen müssen. Damit bleibt die Anwendung der GOZ lediglich auf andersartige Versorgungsleistungen nach § 55 Abs. 5 beschränkt.

B) Änderungsvorschlag

An § 87 Abs. 2h wird der folgende Satz 4 angefügt:

„In dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen sind in einem eigenen Abschnitt auch die Leistungen nach § 28 Abs. 2 Satz 2, nach § 29 Abs. 5 und nach § 55 Abs. 4, deren Mehrkosten die Versicherten selbst zu tragen haben, zu beschreiben und zu bewerten.“

Folgeänderung in § 87e

§ 87e wird folgendermaßen formuliert:

„Abrechnungsgrundlage für die Mehrkosten nach § 28 Abs. 2 Satz 2, § 29 Abs. 5 und § 55 Abs. 4 ist der Abschnitt des Bewertungsmaßstabs nach § 87 Absatz 2h Satz 4. Die Krankenkasse trägt die Kosten der vergleichbaren in den anderen Abschnitten des Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen abgebildeten Leistungen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 135b – Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen

A) Vorgeschlagene Neuregelung

Die Ergänzungen in § 135b sehen die Veröffentlichung der in § 75 Abs. 1a Satz 2 SGB V genannten Praxismerkmale durch die KBV vor und konkretisieren diese. Um den Versicherten eine Orientierung über die Qualität der Leistungen in einer vertragsärztlichen Einrichtung zu geben, müssen Daten über die erbrachten Leistungen und die erfüllten Qualitätsstandards veröffentlicht werden. Hierzu ist die Veröffentlichung von Informationen zu Art und Anzahl der erbrachten Leistungen und der Anzahl der behandelten Patienten pro Jahr notwendig. Dies sollte zielgruppengerecht in einer Art und Weise geschehen, die für die Allgemeinheit verständlich ist. Die Form der Veröffentlichung muss den Versicherten dabei erlauben, eine Einschätzung der Leistungserbringung über die für den Einzelfall relevanten Leistungen zu erhalten und soll zwischen den Partnern des Bundesmantelvertrags vereinbart werden. Eine mögliche Ausgestaltungsform könnte in der Zusammenführung mehrerer Gebührenordnungspositionen liegen, die den gleichen Themenkomplex beinhalten (Bsp. Zusammenfassung aller Gebührenordnungspositionen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs zu Hausbesuchen). Dies würde den Versicherten ermöglichen, Informationen über das individuell relevante Leistungsspektrum der vertragsärztlichen Einrichtungen zu erhalten und mit anderen Leistungserbringern zu vergleichen. Darüber hinaus spielt die Veröffentlichung von Qualitätsdaten aus den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 und den Qualitätsbeurteilungsrichtlinien nach § 135b eine zentrale Rolle bei der Beurteilung der Qualität einer vertragsärztlichen Einrichtung. Diese Qualitätsdaten liegen bereits vor und könnten – ohne erheblichen Zusatzaufwand für Datenerhebung zu verursachen – direkt veröffentlicht werden. Die Form der Aufbereitung und Veröffentlichung der Daten muss für die verschiedenen Leistungen separat zwischen den Partnern des Bundesmantelvertrags vereinbart und konkretisiert werden.

Die von den Kassenärztlichen Vereinigungen an die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelten Daten müssen auch dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Auswertung in maschinenlesbarer Form zur Verfügung stehen, um die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und -förderung zu ermöglichen. Auch die Möglichkeit zur öffentlichen und wissenschaftlichen Nutzung der Daten sollte gegeben sein, um Erkenntnisse über die Versorgung und Verbesserungspotentiale zu erkennen. Dazu ist es nötig, dass die Daten über Datenbankabfragen in einer wissenschaftlich auswertbaren Form bezogen werden können. Die Datenbankabfragen müssen erlauben, zu definierten Parametern (wie z. B. Zeitraum, Arztgruppe, Region, Leistungen etc.) quer- und längsschnittlich alle im Datensatz verfügbaren

Informationen in einer von gängigen Statistikprogrammen verwertbaren und direkt importierbaren Form (z. B. CSV-Dateiformat) zu erhalten. Die Parameter zur gezielten Auswahl der Daten sind wiederum von den Partnern des Bundesmantelvertrags zu definieren.

B) Änderungsvorschlag

Nach Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt: „Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln für alle vertragsärztlichen Einrichtungen jährlich betriebsstättenbezogen die Art und Anzahl der erbrachten Leistungen, die Anzahl der mit diesen Leistungen behandelten Patienten und die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen nach Absatz 2 und § 135 Abs. 2 an die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt die Daten nach Satz 3 in maschinenlesbarer Form an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht jährlich die Daten zentral in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form im Internet. Die Partner des Bundesmantelvertrags vereinbaren bis zum 30.06.2020 Inhalt, Umfang, Form, Datenformat und Fristen der Übermittlung und Veröffentlichung der Daten. Hierbei soll auch die Möglichkeit der öffentlichen und wissenschaftlichen Nutzung der Daten berücksichtigt werden.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 219b – Datenaustausch im automatisierten Verfahren zwischen den Trägern der sozialen Sicherheit und der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung– Ausland

D) Vorgeschlagene Neuregelung

Für die Übermittlung der nationalen Daten (GKV-Spitzenverband, DVKA <-> Krankenkassen und andere Träger der sozialen Sicherheit) soll dieselbe Infrastruktur genutzt werden, die auch für die Übermittlung internationaler Nachrichten verwendet wird. Damit werden die Verfahren für alle Beteiligten auf eine einheitliche Basis gestellt. Dies setzt – je nach bisherigem Stand der IT-Struktur und Prozesse – erhebliche Anstrengungen seitens der Krankenkassen und der anderen Träger der sozialen Sicherheit voraus. Diese Tatsache unterstreicht die Notwendigkeit einer klaren Rechtsgrundlage, auf deren Basis nationale Standards zum Datenaustausch im automatisierten Verfahren festgelegt werden können, die im Folgenden von allen gesetzlichen Krankenkassen und anderen Trägern der sozialen Sicherheit unmittelbar anzuwenden bzw. umzusetzen sind.

B) Änderungsvorschlag

§ 219b SGB V wird wie folgt ergänzt:

Der Datenaustausch der Krankenkassen und der anderen Träger der sozialen Sicherheit mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, erfolgt im automatisierten Verfahren, soweit hierfür strukturierte Dokumente zur Verfügung stehen, die von der bei der Kommission der Europäischen Gemeinschaft eingesetzten Verwaltungskommission für die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit festgelegt worden sind. ***Der Austausch weiterer Daten zwischen den in Satz 1 genannten Stellen im automatisierten Verfahren zur Erfüllung der in § 219a genannten Aufgaben erfolgt auf der Grundlage Gemeinsamer Grundsätze, die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung Bund und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V. bestimmt werden.***

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 219c – Datenübermittlung an die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland

A) Vorgeschlagene Neuregelung

§ 219c SGB V sieht in seiner derzeitigen Fassung vor, dass die Krankenkassen und die anderen Träger der sozialen Sicherheit, die für die Festlegung der anzuwendenden Rechtsvorschriften zuständig sind, dem GKV-Spitzenverband, DVKA im automatisierten Verfahren diejenigen Daten melden, die in der Bescheinigung über die anzuwendenden Rechtsvorschriften (A1-Bescheinigung) enthalten sind.

Seit der Einführung des § 219c SGB V mit dem Gesetz zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit in Europa und zur Änderung anderer Gesetze vom 22.06.2011 haben sich wesentliche Änderungen in den technischen und rechtlichen Rahmenbedingungen ergeben, die es erforderlich machen, die Regelung zu streichen. Das System zum grenzüberschreitenden elektronischen Austausch von Sozialversicherungsdaten sowie die Empfehlung Nr. A1 der Verwaltungskommission für die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit vom 18.10.2017 zur Ausstellung der sogenannten A1-Bescheinigungen sehen keine zentrale Datenbank der von deutscher Seite ausgestellten A1-Bescheinigungen vor. Zukünftig erhält jeder Beschäftigungsstaat im automatisierten Verfahren Informationen über alle in seinem Hoheitsgebiet erwerbstätigen Personen, für die die Rechtsvorschriften eines anderen Mitgliedstaats gelten. Eine zusätzliche zentrale Datenbank im jeweiligen ausstellenden Staat würde eine Dopplung bedeuten. Hinzu kommt, dass auch dieser Mitgliedstaat alle Änderungen und Stornierungen nachhalten und in den Datenbanken nachpflegen müssten, ohne dass damit ein zusätzlicher Nutzen verbunden wäre. Unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Datenvermeidung bzw. der Datensparsamkeit sollte daher von der Erhebung und Speicherung dieser Daten abgesehen werden.

B) Änderungsvorschlag

219c SGB V zu streichen.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 291b Abs. 1a Sätze 13 und 14 (neu) – Gesellschaft für Telematik

A) Vorgeschlagene Neuregelung

Die elektronische Patientenakte darf nicht als isolierte Anwendung verstanden werden. Der Gesetzgeber hat dafür zu sorgen, dass die elektronische Patientenakte als die zentrale Anwendungs- und Speicherplattform des Versicherten für alle seine Gesundheitsdaten zur Verfügung steht. Daher sind zukünftig alle medizinischen Anwendungen wie bspw. das Notfalldatenmanagement (NFDM) sowie die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) in die elektronische Patientenakte zu migrieren. Auch neue Anwendungen wie z. B. Mutterpass oder Impfausweis sind ausschließlich auf dieser Plattform umzusetzen und anzubieten. Damit werden weitere und unnötige Investitionen durch separat betriebene Anwendungen und damit verbundene unnötige Doppelentwicklungen vermieden. Zudem werden sowohl die Flexibilität als auch die Schnelligkeit in der Umsetzung von neuen Anwendungen gestärkt. Für den Versicherten wird durch den zentralen Zugangspunkt die Handhabung seiner medizinischen Daten extrem vereinfacht. Auch für die Leistungserbringer wird im Rahmen der Versorgung hiermit ein zentraler Punkt für den Zugriff auf die Daten eines Versicherten ermöglicht, sofern dieser die Berechtigung dazu erteilt hat.

B) Änderungsvorschlag

Im § 291a Abs. 5c SGB V sollten nach dem Satz 3 die nachfolgenden Sätze 4 und 5 eingefügt werden: „Sobald entsprechend Satz 1 die Voraussetzungen für eine Bereitstellung von Daten über den Patienten nach § 291a Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 von der gematik festgelegt wurden, sind die dabei festgelegten technischen und organisatorischen Verfahren für die Bereitstellung sowohl der Daten der Anwendungen nach § 291a Abs. 3 als auch weiterer Anwendungen der eGK zu verwenden. Bestehende Festlegungen der gematik für Anwendungen der eGK sind entsprechend Satz 4 anzupassen.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 293 – Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer

A) Vorgeschlagene Neuregelung

Durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz ist die Systematik der Arztnummern neu geordnet worden. Es sind lebenslange Arztnummern sowie Betriebsstättennummern statt der bisherigen Arztabrechnungsnummern (die unabhängig davon, ob es sich um eine Einzel- und Gemeinschaftspraxis handelt, galten) eingeführt worden. Bei einer Einzelpraxis gibt es nur eine lebenslange Arztnummer und eine Betriebsstättennummer, bei einer Gemeinschaftspraxis oder einem MVZ mehrere Arztnummern und eine Betriebsstättennummer sowie ggf. eine oder mehrere Nebenbetriebsstättennummern. Diese sind elementar für die Zuordnung von Leistungen, Ausgaben und Datensätzen. Die Rechtsänderung ist in § 293 Abs. 4 SGB V noch nachzuvollziehen. Die vorgeschlagene Rechtsänderung unterstützt die Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer gesetzlichen Aufgaben durch die sachgerechte Zuordnung von Leistungen und Daten.

B) Änderungsvorschlag

§ 293 Abs. 4 Satz 2 SGB V wird ergänzt um:

15. Nummer der Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und zu Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 293 Abs. 8 (neu) – Einführung eines Verzeichnisses über Pflegedienstbeschäftigte – mit Folgeänderungen in § 302 Abs. 1 SGB V sowie § 103 Abs. 2 und § 105 Abs. 1 SGB XI

A) Beabsichtigte Neuregelung

Entsprechend den Verzeichnissen für Vertragsärzte nach § 293 Absatz 4 SGB V und für Krankenhausärzte nach § 293 Absatz 7 SGB V soll auch ein bundesweites Verzeichnis für alle Beschäftigten von Pflegediensten, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V, ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI, Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI, Leistungen zur Unterstützung im Alltag gemäß § 45a SGB XI und/oder Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI erbringen, geführt werden. Die das Verzeichnis führende Stelle vergibt für diese Beschäftigten personengebundene lebenslang gültige Pseudonyme (Beschäftigtennummern). Die Beschäftigtennummern werden bei der Abrechnung von Pflegeleistungen im Rahmen des Datenaustauschs nach § 302 SGB V und § 105 SGB XI verwendet.

B) Stellungnahme

Die Abrechnung von ambulanten Pflegeleistungen (Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V, ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI, Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI, Leistungen zur Unterstützung im Alltag gemäß § 45a SGB XI sowie Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI) im Rahmen des Datenaustausches zwischen Pflegediensten und Krankenkassen bzw. Pflegekassen erfolgt bislang durch die elektronische Übermittlung festgelegter Abrechnungsdaten und die ergänzende postalische Übersendung papiergebundener Leistungsnachweise. Auf den Leistungsnachweisen wird jede erbrachte und abzurechnende Leistung in der ambulanten Pflege eindeutig einer bestimmten pflegebedürftigen Person und einer bestimmten Pflegekraft bzw. einer bestimmten Mitarbeiterin/ einem bestimmten Mitarbeiter eines Pflegedienstes (nachfolgend Pflegekraft genannt) zugeordnet. Der Leistungsnachweis wird demnach von der pflegebedürftigen Person und der jeweiligen Pflegekraft unterschrieben. Die Pflegekraft verwendet hierbei bislang in der Regel ein ihr zuordenbares Handzeichen/ Unterschriftenkürzel. Dementsprechend hat derzeit jeder Pflegedienst eine stets zu aktualisierende Handzeichenliste zu führen und den Krankenkassen bzw. Pflegekassen zur Verfügung zu stellen. Den Krankenkassen und Pflegekassen ist es bislang nur anhand dieser Handzeichenliste möglich, die für die erbrachte Leistung erforderliche Qualifikation der Pflegekraft zu überprüfen.

GKV-Spitzenverband und die Verbände der ambulanten Pflegeeinrichtungen haben sich – insbesondere vor dem Hintergrund einer zukünftigen Erstellung elektronischer Leistungsnachweise – darauf verständigt, für jede Pflegekraft ein Pseudonym (Beschäftigtennummer) einzuführen und bei der Abrechnung in den Abrechnungsunterlagen zu verwenden. Die Beschäftigtennummer soll zum einen das bislang u. a. auf den Leistungsnachweisen verwendete Handzeichen der Pflegekraft ersetzen. Zum anderen soll sie Bestandteil des entsprechenden an die Krankenkassen bzw. Pflegekassen zu übermittelnden Abrechnungsdatensatzes sein. Mit dem Pseudonym (Beschäftigtennummer) wird es möglich sein, die Pflegekraft mit ihrer jeweiligen Qualifikation zu identifizieren, welche die abzurechnende Leistung erbracht hat. In dieser Funktion muss das Pseudonym eindeutig sein. Es soll personengebunden bundesweit vergeben werden und lebenslang seine Gültigkeit behalten, vergleichbar mit der lebenslangen Arztnummer gemäß § 293 Absatz 4 SGB V bzw. der Arztnummer für Krankenhausärzte nach § 293 Absatz 7 SGB V. Die Vertragsärzte im ambulanten Bereich erhalten seit dem Jahr 2008 von der zuständigen Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung über die Kassen(zahn)ärztliche Bundesvereinigung die lebenslange, personengebundene Arztnummer, kurz LANR. Ab dem 01.01.2019 müssen auch alle in den nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern und ihren Ambulanzen tätigen Ärzte in den gesetzlich bestimmten Fällen eine Arztnummer gemäß § 293 Absatz 7 SGB V verwenden und nutzen. Derzeit läuft das Ausschreibungsverfahren zur Beauftragung einer Stelle, die das bundesweite Verzeichnis aller in den Krankenhäusern und ihren Ambulanzen tätigen Ärzten führen wird.

Dementsprechend soll auch ein Verzeichnis über alle in den Pflegediensten Beschäftigte geführt werden, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V, ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI, Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI, Leistungen zur Unterstützung im Alltag gemäß § 45a SGB XI sowie Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI erbringen. Die das Verzeichnis führende Stelle soll für die Beschäftigten personengebundene lebenslang gültige Pseudonyme (Beschäftigtennummern) vergeben.

C) Änderungsvorschlag

In § 293 SGB V wird folgender Absatz 8 angefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, auch in seiner Eigenschaft als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, führt im Benehmen mit den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten nach diesem Buch maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene sowie mit den Vereinigungen der Träger der nach § 72 des Elften Buches zugelassenen Pflegedienste auf Bundesebene ein bundesweites Verzeichnis aller in Pflegediensten Beschäftigten, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 oder Leistungen nach §§ 36, 39, 45a

oder 37 Absatz 3 Elftes Buch erbringen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann einen Dritten mit der Aufgabe nach Satz 1 beauftragen; für eine das Verzeichnis führende Stelle, die nicht zu den in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen gehört, gilt § 35 des Ersten Buches entsprechend. Das Verzeichnis enthält für alle Beschäftigten nach Satz 1 folgende Angaben:

1. Beschäftigtennummer (unverschlüsselt),
2. Geschlecht der beschäftigten Person,
3. Vorname und Name der beschäftigten Person,
4. Geburtsdatum der beschäftigten Person,
5. Bezeichnung und Datum der abgeschlossenen Ausbildungen,
6. Bezeichnung und Datum der abgeschlossenen Weiterbildungen,
7. Bezeichnung und Datum sonstiger abgeschlossener Qualifizierungsmaßnahmen
8. Kennzeichen des Arbeitgebers (Träger des Pflegedienstes) nach Absatz 1,
9. Kennzeichen des Pflegedienstes, in dem die beschäftigte Person tätig ist (tatsächlicher Einsatzort) nach Absatz 1 oder ersatzweise Anschrift des Pflegedienstes, in dem die beschäftigte Person tätig ist (tatsächlicher Einsatzort),
10. Beginn und Ende der Beschäftigung bei dem Träger des Pflegedienstes nach Nummer 8,
11. Beginn und Ende der Tätigkeit im Pflegedienst (tatsächlicher Einsatzort) nach Nummer 9 und
12. Beginn und Ende der Gültigkeit der Beschäftigtennummer nach Nummer 1.

Die Beschäftigtennummer nach Satz 3 Nummer 1 folgt in ihrer Struktur der Arztnummer nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 1. Die Pflegedienste, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 4 abgeschlossen haben und die nach § 72 des Elften Buches zugelassenen Pflegedienste sind verpflichtet, der das Verzeichnis führenden Stelle auf Anforderung die für den Aufbau und die Durchführung des Verzeichnisses erforderlichen Daten sowie Veränderungen dieser Daten auch ohne Anforderung zu übermitteln. Die Kosten zur Führung des Verzeichnisses trägt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen; die Hälfte der Kosten wird aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung finanziert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt seinen Mitgliedern das Verzeichnis zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben nach diesem Buch und nach dem Elften Buch in aktualisierter Form zur Verfügung; für andere Zwecke darf der Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Verzeichnis nicht verwenden. Die Pflegedienste sowie die Krankenkassen und Pflegekassen verwenden und nutzen die im Verzeichnis enthaltenen Angaben spätestens ab 1. Januar 2022 in den gesetzlich bestimmten Fällen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart im Einvernehmen mit den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten nach diesem

Buch maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene sowie mit den Vereinigungen der Träger der nach § 72 des Elften Buches zugelassenen Pflegedienste auf Bundesebene bis zum 31. Dezember 2019 das Nähere zu dem Verzeichnis nach Satz 1, insbesondere

1. die Art und den Aufbau des Verzeichnisses,
2. die Art, den Abgleich und den Aufbau der im Verzeichnis enthaltenen Angaben,
3. die Voraussetzungen und das Verfahren für die Vergabe der Beschäftigtennummer nach Satz 3 Nummer 1 sowie die Verarbeitung der Einträge nach Satz 3 Nummer 2 bis 12,
4. die geeigneten Abstände einer zeitnahen Aktualisierung und das Verfahren zur Löschung von Einträgen und
5. die Anforderungen an die Verwendung der im Verzeichnis enthaltenen Angaben.

Die Vereinbarung nach Satz 9 ist für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie dessen Mitglieder und für die Pflegedienste, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 4 abgeschlossen haben und die nach § 72 des Elften Buches zugelassenen Pflegedienste verbindlich. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 9 ganz oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales nach Anhörung der Beteiligten festgelegt.“

Als Folgeänderung ist § 302 Absatz 1 Satz 2 SGB V wie folgt zu ergänzen:

„Bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 ist zusätzlich zu den Angaben nach Satz 1 die Zeit der Leistungserbringung und spätestens ab 1. Januar 2022 jeweils die Beschäftigtennummer nach § 293 Absatz 8 Satz 3 Nummer 1 der Person anzugeben, die die Leistung erbracht hat.“

Als Folgeänderung ist § 103 SGB XI Absatz 2 wie folgt zu ändern:

„§ 293 Absatz 2, und 3 und 8 des Fünften Buches gilt entsprechend.“

Als Folgeänderung ist § 105 Absatz 1 Nummer 1 SGB XI wie folgt zu ergänzen:

„1. in den Abrechnungsunterlagen die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis einschließlich des Tages und der Zeit der Leistungserbringung aufzuzeichnen sowie spätestens ab 1. Januar 2022 jeweils die Beschäftigtennummer nach § 293 Absatz 8 Satz 3 Nummer 1 des Fünften Buches der Person anzugeben, die die Leistung erbracht hat,“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 99 (neu)

§ 295 – Übermittlungspflichten und Abrechnung ärztlicher Leistungen

A) Begründung

Um Transparenz über das Versorgungsgeschehen herstellen zu können, müssen die Krankenkassen bei der Abrechnung Kenntnis über die erbrachten außervertraglichen Leistungen erhalten. Nur durch Transparenz über das Versorgungsgeschehen kann die am Bedarf orientierte Versorgung für die Patientinnen und Patienten in der gesetzlichen Krankenversicherung weiterentwickelt werden. Solange für die Leistungen nach § 28 Abs. 2 Satz 2, nach § 29 Abs. 5 und nach § 55 Abs. 4 kein eigener BEMA-Teil existiert und diese nach der GOZ erbracht und abgerechnet werden, bedarf es einer gesetzlichen Ermächtigung, dass diese Leistungen im Rahmen der Abrechnung an die Krankenkasse übermittelt werden. Falls weiterhin eine Abrechnung der Leistungen nach § 28 Abs. 2 Satz 2, § 29 Abs. 5 und § 55 Abs. 4 über die GOZ erfolgt, ist § 295 Abs. 2 wie folgt zu ändern. Sollte zukünftig einer Abrechnung über den BEMA erfolgen, kann auf die Angabe des Gebührensatzes verzichtet werden.

B) Änderungsvorschlag

In Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 werden nach den Wörtern „zahnärztlicher Behandlung“ die Wörter „einschließlich der Leistungen nach § 28 Abs. 2 Satz 2, § 29 Abs. 5 Satz 4 und § 55 Abs. 4 unter Angabe der Gebührennummer, des Betrags und des Gebührensatzes“ eingefügt.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 295 – Abrechnung ärztlicher Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem PsychVVG wurde § 295 Abs. 1 b dahingehend novelliert, dass die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Abs. 2 KHG verpflichtet wurden, das Nähere für die Dokumentation des Leistungsgeschehens in den PIAs zum 01.01.2018 nach Inkrafttreten des Gesetzes zu vereinbaren. Die entsprechende Vereinbarung ist zum 01.07.2018 in Kraft getreten. Der bundeseinheitliche Katalog wurde so ausgestaltet, dass eine Differenzierung nach Art und Umfang der Leistungen sowie der eingesetzten personellen Kapazitäten nach Berufsgruppen erfolgte. Es fehlt jedoch nach wie vor die Verknüpfung des Leistungskatalogs für die PIAs mit den Vergütungsregelungen nach § 120 Abs. 2 SGB V, die darauf aufbauend gestaltet werden sollten.

B) Änderungsvorschlag

In § 120 Abs. 2 SGB V wird folgender Satz 6 angefügt:

„Die Vergütungsvereinbarungen für psychiatrische Institutsambulanzen erfolgen auf Grundlage des bundeseinheitlichen Leistungskatalogs nach § 295 Absatz 1 b.“

Zu Artikel 4 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

§§ 3, 9 und 18 – Psych-PV-Umsetzung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem PsychVVG sollte eine verbesserte Umsetzung der Vorgaben der Psych-Personalverordnung (Psych-PV) bis Ende 2019 erreicht werden. Mit dem PpSG hat der Gesetzgeber zudem eine ergänzende Klarstellung zur Zweckbindung der vereinbarten Mittel umgesetzt. Um das Ziel der verbesserten Umsetzung der Vorgaben der Psych-PV zu erreichen, sind allerdings zeitnah weitere Änderungen an den gesetzlichen Rahmenbedingungen zum Nachweis und der zweckentsprechenden Mittelverwendung notwendig.

Mehr therapeutisches Personal durch zweckentsprechende Mittelverwendung

Mit dem PsychVVG hat der Gesetzgeber eine Nachweispflicht nach § 18 Absatz 2 BPfIV zur Einhaltung der Vorgaben der Psych-PV zur Zahl der Personalstellen eingeführt. Die entsprechende Vereinbarung ist am 01.07.2017 in Kraft getreten.

Um eine verbesserte Umsetzung der Vorgaben der Psych-PV in den Jahren 2017 bis 2019 zu erreichen, wurde eine erneute Nachfinanzierungspflicht für die Krankenkassen eingeführt. Weist der Nachweis im Bezugsjahr 2016 fehlende Stellen aus, sind diese in den Jahren 2017 bis 2019 als zusätzliche Stellen bis zur Höhe der Psych-PV-Vorgaben budgeterhöhend zu finanzieren. Die Nachfinanzierung hat auch dann zu erfolgen, wenn die fehlenden Stellen im Bezugsjahr 2016 bereits im damaligen Gesamtbetrag finanziert waren, aber vom Krankenhaus für andere Zwecke verwendet wurden.

Mit dem PpSG wird klargestellt, dass die für die Nachfinanzierung vor Ort in den Budgetverhandlungen vereinbarten Mittel ab dem Jahr 2019 zweckgebunden für therapeutisches Personal gemäß der Psych-PV zu verwenden sind. Nur dann ist eine Rückzahlung und Absenkung des Gesamtbetrages für 2019 nicht vorzunehmen. Für die Jahre 2017 und 2018 gilt hierfür allerdings weiterhin die Ausnahmeregelung, nach der gemäß der Interpretation der Krankenhäuser auch eine Verwendung für andere Personalbereiche wie beispielsweise Verwaltungskräfte möglich ist. Aktuelle Schiedsstellenentscheidungen bestätigen die vorsätzliche zweckwidrige Mittelverwendung für anderweitige Personalbewirtschaftungszwecke und verpflichten die Krankenkassen die gleichen Stellen nochmals zu finanzieren. Die Zielstellung des Gesetzgebers, eine rückwirkende Sanktionierung für die Jahre 2017 und 2018 für die Nachfinanzierung zu vermeiden, ist zwar nachvollziehbar. Der gleichzeitige Verzicht auf eine Rückzahlung und die Absenkung des Gesamtbetrags führt für die Jahre 2017 und 2018 aber nach wie vor

zur doppelten Finanzierung der zusätzlichen Stellen. Der Ausschluss der Absenkung des Gesamtbetrags für die Jahre 2017 und 2018 ist zu streichen.

Außerdem ist mit einer gesetzlichen Klarstellung in den Budgetbestimmungen sicherzustellen, dass die im Gesamtbetrag vereinbarten Mittel zurückzuzahlen sind, wenn sie nicht zweckentsprechend verwendet wurden. Nur so kann erreicht werden, dass die Krankenhäuser die Personalmittel im Jahr 2019 auch tatsächlich für therapeutisches Personal verwenden.

Fehlende Transparenz zur Umsetzung der Psych-PV

Trotz der neuen Nachweispflicht, haben lediglich 43,7 % der meldepflichtigen Krankenhäuser fristgerecht bis Ende Mai 2018 die tatsächliche Stellenbesetzung und die zweckentsprechende Mittelverwendung für das Jahr 2017 nachgewiesen. Bis Mitte November 2018 haben noch immer 41 Krankenhäuser (8,6 %) den Nachweis unbegründet nicht oder nicht vollständig geliefert. Nicht mitgezählt sind dabei Krankenhäuser, die aufgrund einer fehlenden Budgetvereinbarung noch nicht vollständig übermitteln konnten, aber zumindest den Nachweis über die tatsächliche Stellenbesetzung erbracht haben. Nach den derzeitigen gesetzlichen Regelungen gibt es keine ausreichenden Möglichkeiten gegen Krankenhäuser vorzugehen, die ihrer gesetzlichen Pflicht nicht nachkommen. Ohne wirksame Konsequenzen bei Nichtlieferung wird nicht einmal das Ziel einer hinreichenden Transparenz über den Stand der Umsetzung erreichbar sein. Die DKG hat in der Psych-Personalnachweis-Vereinbarung die Festlegung von Konsequenzen grundsätzlich abgelehnt. Es bedarf daher einer wirksamen gesetzlichen Regelung einer Sanktionierungsmöglichkeit.

B) Änderungsvorschlag

§ 18 Abs. 3 S. 3 und 4 BPfIV ist wie folgt zu fassen:

„... ³Eine Rückzahlung von Mitteln ~~und eine Absenkung des Gesamtbetrags~~ ist sind für die Jahre 2017 und 2018 nicht vorzunehmen, wenn das Krankenhaus nachweist, dass die nach Satz 1 im Gesamtbetrag vereinbarten Mittel für Personal vollständig für die Finanzierung von Personal verwendet wurden; für das Jahr 2019 sind eine Rückzahlung von Mitteln und eine Absenkung des Gesamtbetrags nicht vorzunehmen, wenn das Krankenhaus nachweist, dass die nach Satz 1 vereinbarten Mittel vollständig für die Finanzierung von Personal zur Erreichung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung verwendet wurden. ⁴Wurden Personalmittel abweichend von Satz 3 nicht zweckentsprechend verwendet, ist § 3 Absatz 3 Satz 8 entsprechend anzuwenden.“

§ 3 Abs. 3 S. 8 BpflV ist wie folgt zu fassen:

*„Sofern sich auf Grundlage der Nachweise nach § 18 Absatz 2 ergibt, dass eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde, haben die Vertragsparteien zu vereinbaren, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist; **nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind zurückzuzahlen.**“*

§ 18 Abs. 2 Satz 7 BpflV wird angefügt:

„Übermittelt das Krankenhaus die Nachweise nach den Sätzen 2 und 3 nicht bis spätestens zum 31.05. jeden Jahres für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr, erfolgt ab dem 01.06. bis zum Eingang des Nachweises bei den anderen Vertragsparteien nach § 11 und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, ein Abschlag wegen Nichteinhaltung der Nachweisverpflichtung in Höhe von 150 Euro für jeden Berechnungstag. Näheres zur Umsetzung ist in der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 festzulegen.“

Zu Artikel 8 (Änderung der Schiedsstellenverordnung)

§ 8 – Schiedsstellenverordnung

A) Regelungsvorschlag

Dem Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:

„In der Begründung sind die wesentlichen tatsächlichen Feststellungen und rechtlichen Erwägungen anzugeben, auf denen die Entscheidung beruht.“

B) Begründung

Nach ständiger Rechtsprechung kommt den sozialrechtlichen Schiedsstellen und Schiedsämtern bei ihren Entscheidungen grundsätzlich ein weiter Gestaltungsspielraum zu, wie er auch für die Vertragsparteien bei einer Einigung über den Vertragsinhalt besteht. Das gilt auch für die von der Schiedsstellenverordnung erfassten Schiedsstellen. Für die Schiedsstelle nach § 130b Absatz 5 SGB V wird dies zudem durch § 130b Absatz 4 Satz 2 SGB V verdeutlicht, wonach die Schiedsstelle unter freier Würdigung aller Umstände des Einzelfalls entscheidet und dabei die Besonderheiten des jeweiligen Therapiegebietes berücksichtigt.

In letzter Zeit ist es aber vonseiten beider Vertragsparteien zu zahlreichen rechtlichen Auseinandersetzungen über die Frage gekommen, inwieweit die Schiedsstelle als Behörde im Sinne des SGB X angesichts dieses Gestaltungsspielraums zu einer Begründung ihres konkreten Entscheidungsergebnisses verpflichtet ist.

Eine tragfähige Begründung des Schiedsspruchs ist eine wichtige Voraussetzung für dessen Akzeptanz durch alle Beteiligten. Die vorgeschlagene Neuregelung sieht daher klarstellend vor, dass – wie es § 35 SGB X bestimmt – die für den Schiedsspruch ausschlaggebenden tatsächlichen und rechtlichen Gründe mitgeteilt werden müssen, die notwendig sind, um das Ergebnis – bei der Festsetzung eines genauen Eurobetrages auch rechnerisch – nachvollziehen zu können (vgl. BSG, Urteil vom 14.12.2000, B 3 P 19/00 R, Rdnr. 34).

Die Vertragsparteien und die Gerichte müssen jedenfalls Aufschluss darüber erlangen können, von welchen tatsächlichen Feststellungen, etwa hinsichtlich der Besonderheiten des Therapiegebiets, und rechtlichen Annahmen die Schiedsstelle bei ihrer Entscheidung unter Abwägung aller Umstände des Einzelfalls ausgegangen ist. Ansonsten wäre eine Artikel 19 Abs. 4 GG entsprechende Überprüfung, ob der von der Schiedsstelle zugrunde gelegte Sachverhalt

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
Seite 414 von 421

zutrifft und die Schiedsstelle die maßgeblichen rechtlichen Vorgaben und den ihm zustehen-
den Gestaltungsspielraum eingehalten hat, nicht möglich (vgl. BSG, Urteil vom 13.8.2014, B 6
KA 6/14 R, Rdnr. 60).“

Zu Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 105 – Abrechnung pflegerischer Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für die Abrechnung von pflegerischen Leistungen nach § 105 SGB XI ist gesetzlich zu regeln, dass in den Abrechnungsunterlagen für den Bereich der ambulanten Pflegesachleistungen der Beginn und das Ende der Leistungserbringung in Echtzeit anzugeben ist, unabhängig davon, ob eine Zeitvergütung vorliegt oder nicht.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung hat bereits der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) gefordert (vgl. BT-Drs. 18/6182, Seite 9) und in seiner Stellungnahme zum Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG II) bekräftigt (vgl. BT-Drs. 18/9959, Seite 16). Dabei ist zur Vermeidung von Missverständnissen darauf hinzuweisen, dass bei Erbringung unterschiedlicher Leistungen innerhalb eines Pflegeeinsatzes die Anfangs- und Beendigungszeit des Pflegeeinsatzes und nicht die jeder einzelnen Leistung innerhalb des Pflegeeinsatzes anzugeben ist.

Die „Einvernehmliche Festlegung über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen sowie Einzelheiten des Datenaustausches gemäß § 105 Absatz 2 SGB XI“ regelt bereits, dass bei der Abrechnung von Zeitvergütungen die Uhrzeit von Beginn und Beendigung der Leistungserbringung anzugeben ist. Zur Abrechnung von Leistungskomplexvergütungen ist mit den Leistungserbringern die Angabe der Uhrzeit des Beginns der Leistungserbringung vereinbart. Technisch ist zwar im Datenaustauschverfahren hinterlegt, dass auch bei der Abrechnung von Leistungskomplexvergütungen die Uhrzeit von Beginn und Beendigung der Leistungserbringung eingegeben werden kann, aber nur, sofern die entsprechenden Vereinbarungen auf Landesebene getroffen worden sind. Aufgrund der Weigerung von Leistungserbringerorganisationen, im Rahmen der Abrechnung die Angabe einsatzbezogener Anfangs- und Beendigungszeiten zu vereinbaren, ist ein gesetzlicher Klarstellungsbedarf unumgänglich, um Falschabrechnungen kassenseitig identifizieren zu können.

Die einsatzbezogene Aufzeichnung der Anfangs- und Endzeiten ist in der ambulanten Pflege die unabdingbare Grundlage, um nachzuvollziehen, in welchem Umfang tatsächlich Pflege- und Betreuungsleistungen von einer Pflegekraft erbracht wurden. Nur wenn Beginn und Ende

der Leistungserbringung in Echtzeit fixiert werden, kann Leistungsmissbrauch oder Abrechnungsbetrug überhaupt gerichtsfest nachgewiesen werden. Diese Aufzeichnungspflicht ist zudem für die gezielte Überprüfung von Vertragsverstößen unabdingbar.

C) Änderungsvorschlag

§ 105 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB XI wird wie folgt ergänzt:

„1. in den Abrechnungsunterlagen die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis einschließlich des Tages und der Zeit der Leistungserbringung, im Bereich der ambulanten Pflegesachleistungen einschließlich des Beginns und der Beendigung der Leistungserbringung in Echtzeit, aufzuzeichnen,“

Zu Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 113a – Expertenstandard zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die gesetzlich vorgesehene Finanzierungszuordnung der Kosten, die im Zusammenhang mit der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards entstehen, ist an die Finanzierungsregelung der Kosten für die wissenschaftlichen Aufträge, die der Qualitätsausschuss nach § 113b SGB XI zu vergeben hat, anzupassen.

B) Stellungnahme

Mit Umsetzung des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes ist die Zuständigkeit für die Entscheidungen bei der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards auf den Qualitätsausschuss nach § 113b SGB XI übergegangen. Auch die Aufgaben der Geschäftsstelle „Expertenstandards“ wurden von der Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses übernommen; zuvor wurden diese Aufgaben durch den GKV-Spitzenverband wahrgenommen.

Der Qualitätsausschuss entscheidet neben den Expertenstandards auch über die weiteren gesetzlich vorgesehenen Vereinbarungen im Bereich der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung in der ambulanten und stationären Pflege. Die Kosten für die wissenschaftlichen Aufträge, die der Qualitätsausschuss hierfür zu vergeben hat, werden aus den Mitteln des Ausgleichfonds der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 4 SGB XI finanziert. Lediglich die Kosten, die im Zusammenhang mit der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards, z. B. durch zu beauftragende Expertisen entstehen, gehen unverändert – ungeachtet des Zuständigkeitswechsels – vor allem zulasten des GKV-Spitzenverbandes.

Die gesetzliche Grundlage hierfür bildet § 113a Abs. 4 SGB XI, nach der die Kosten für die Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards weiterhin als Verwaltungskosten gelten, die vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen und anteilig von den privaten Versicherungsunternehmen zu tragen sind. Inkonsequent ist hierbei jedoch nicht nur, dass alle weiteren Aufträge, die durch den Qualitätsausschuss vergeben werden, wie oben erwähnt aus den Mitteln des Ausgleichfonds finanziert werden. Sachlich nicht nachvollziehbar ist auch, dass einzelne Kostenbestandteile, die in Verbindung mit der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards stehen, wiederum doch durch Mittel des Ausgleichfonds finanziert werden. Dies betrifft zum einen die Kosten, die der Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses bei der Unterstützung des Qualitätsausschusses, z. B. bei der Durchführung von Vergabeverfahren, entstehen (§ 113a Abs. 4 Satz 1 SGB XI). Zum anderen werden auch die Kosten für eine

modellhafte Implementierung aus den Mitteln des Ausgleichsfonds beglichen. Dies regelt die Vorgabe der vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigten Verfahrensordnung zur Entwicklung von Expertenstandards nach § 113a Abs. 2 Satz 2 SGB XI unter 5.5: „Die modellhafte Implementierung wird aus Mitteln der Modellvorhaben zur Entwicklung qualitätsgesicherter Versorgungsformen für Pflegebedürftige nach § 8 Abs. 3 SGB XI finanziert.“

Da die Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards – wie auch die wissenschaftlichen Aufträge nach § 113b Abs. 4 SGB XI – zu den Aufgaben des Qualitätsausschusses und seiner Geschäftsstelle gehören, wäre es fachlich geboten und sachlich konsequent, sämtliche Kosten, die im Zusammenhang mit der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards entstehen, auch aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 4 SGB XI zu finanzieren.

C) Änderungsvorschlag

§ 113a Abs. 4 Satz 1 SGB XI ist wie folgt zu fassen:

„Die Finanzierung der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards einschließlich der modellhaften Implementierung erfolgt aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 8 Absatz 4“.

Als Folgeänderung ist § 8 Abs. 4 Satz 1 SGB XI wie folgt zu ergänzen:

„Aus den Mitteln nach Absatz 3 ist ebenfalls die Finanzierung der qualifizierten Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6 und der wissenschaftlichen Aufträge nach § 113b Absatz 4 sowie der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards nach § 113a einschließlich deren modellhaften Implementierung sicherzustellen.“

Zu Artikel 16 (Änderung des Gesetzes über die Kostenstrukturstatistik (KoStrukStatG))

§ 7 Satz 2

A) Vorgeschlagene Neuregelung

Analog zu der Stellungnahme zu § 87 Absatz 2 Satz 3 SGB V, in der vorgeschlagen wird, dass die konkrete Ausgestaltung zukünftiger Erhebungen der Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten durch das Statistische Bundesamt in enger Abstimmung mit dem Bewertungsausschuss und dem Institut des Bewertungsausschusses (InBA) zu erfolgen hat (insbesondere die Fragebogenerstellung, die Abgrenzung von Arztgruppen etc.), sollte auch im Gesetz über die Kostenstrukturstatistik eine entsprechende Regelung aufgenommen werden.

B) Änderungsvorschlag

In § 7 wird folgender Satz eingefügt:

„Bei der Fragebogenerstellung des Statistischen Bundesamtes für die Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten ist der Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 3 SGB V und das Institut nach Absatz § 87 Abs. 3b SGB V zu beteiligen.“

IV. Weiterer Änderungsbedarf

Änderung des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch

§ 37 Abs. 2a SGB X – Bekanntgabe des Verwaltungsaktes

A) Problemdarstellung

Der § 37 Abs. 2a SGB X eröffnet den Krankenkassen die Möglichkeit, Verwaltungsakte in öffentlichen Netzen für ihre Versicherten oder deren Bevollmächtigte elektronisch bereitzustellen. Voraussetzung dafür ist die vorherige Einwilligung des Versicherten. Ferner hat die Krankenkasse sicherzustellen, dass der Abruf des Verwaltungsaktes nur nach Authentifizierung des Versicherten möglich ist und dieser auch gespeichert werden kann. Die Krankenkasse hat den Versicherten über die Bereitstellung zu benachrichtigen. Wird der Verwaltungsakt nicht innerhalb von zehn Tagen abgerufen, wird die Bereitstellung beendet und die Bekanntgabe ist nicht bewirkt. Bei einem fristgerechten Abruf gilt der Verwaltungsakt am Tag danach als bekannt gegeben.

Derzeit machen die Krankenkassen von der Möglichkeit der Bekanntgabe elektronischer Verwaltungsakte nach § 37 Abs. 2a SGB X in der Regel keinen Gebrauch, da die rechtswirksame Bekanntgabe des Verwaltungsaktes von der Abrufung durch den Versicherten abhängig ist. Wird die Bekanntgabe nicht bewirkt, besteht für die Krankenkassen die Gefahr der Überschreitung gesetzlicher Entscheidungsfristen und in der Konsequenz ggf. des Eintretens der Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V. Vor diesem Hintergrund sollte die Regelung des § 37 Abs. 2a SGB X mit einer der Postzustellung vergleichbaren Bekanntgabefiktion versehen werden.

B) Änderungsvorschlag

§ 37 Absatz 2a SGB X wird wie folgt geändert:

Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Der Beteiligte ist durch das Absenden einer elektronischen Benachrichtigung über die Bereitstellung des Verwaltungsaktes über öffentlich zugängliche Netze zu informieren.“

Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Der Verwaltungsakt gilt am dritten Tag nach dem Versand der elektronischen Benachrichtigung nach Satz 3 als bekannt gegeben“.

Satz 5 wird gestrichen.

C) Begründung

Die Versicherten können gemäß § 37 Abs. 2a SGB X einwilligen, dass Ihnen elektronische Verwaltungsakte bekannt gegeben werden, indem diese von ihnen oder ihren Bevollmächtigten über öffentlich zugängliche Netze abgerufen werden.

Die elektronische Bekanntgabe des Verwaltungsaktes dürfte überwiegend von den Versicherten akzeptiert und nach deren Einwilligung genutzt werden, die im Umgang mit den digitalen Medien per se geübt sind, so dass auch nicht zu befürchten ist, dass deren Schutzbedürftigkeit in irgendeiner Form eingeschränkt wäre. Diese Versicherten dürften eine unmittelbare und störungsfreie elektronische Übermittlung von Informationen bevorzugen und gewohnt sein. Diese Form der Bereitstellung schafft zudem die Voraussetzung für eine schnelle Reaktionsmöglichkeit für die Versicherten selbst, z. B. in Form eines Widerspruches und ermöglicht beiden Seiten (Krankenkassen und Versicherten) zudem eine problemlose Archivierung der Informationen durch Speichermöglichkeit.

Durch die elektronische Bereitstellung kann die von der Krankenkasse getroffene Entscheidung (Verwaltungsakt) jederzeit und an allen Orten abgerufen werden und es fallen Risiken in der Form weg, dass z. B. lange Postlaufzeiten eine schnelle Zustellung verhindern oder eine Zustellung bei Adresswechsel nicht erfolgen kann.

Durch die Ergänzung einer Bekanntgabefiktion in § 37 Abs. 2a SGB X wird für die Krankenkassen insbesondere im Rahmen des Bewilligungsverfahrens von Leistungsanträgen eine zusätzliche Sicherheit in der Umsetzung geschaffen, so dass die Versicherten bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen im Endeffekt in kurzer Zeit ihre Leistungsentscheidung im Sinne des Patientenrechtegesetzes erhalten bzw. die Leistung beanspruchen können.

Mit der Nutzung der Bekanntgabe von Verwaltungsakten durch die Krankenkassen in öffentlichen Netzen wird darüber hinaus sichergestellt, dass Verwaltungsprozesse wirtschaftlicher ablaufen und die Verwaltung vereinfacht wird.