

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**19(14)0058(14)**  
gel. VB zur öAnh am 13.2.2019 -  
TSVG II  
7.2.2019



## Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zu den Änderungsanträgen der Ausschussdruck-  
sache 19(14)51.5

zum

Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und  
bessere Versorgung (Terminservice- und Versor-  
gungsgesetz – TSVG)

Stand: 7.2.2019

## Inhaltsverzeichnis

<b>Vorbemerkung .....</b>	<b>3</b>
<b>1. Allgemeiner Teil .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Kommentierung .....</b>	<b>9</b>
<b>2.1 fachfremde Änderungsanträge von CDU/CSU und SPD .....</b>	<b>9</b>
• Änderungsantrag 10 Förderung der Notdienststrukturen.....	9
• Änderungsantrag 11 Verkürzung der Frist für Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen sowie Abbau von Regressrisiken bei arztbezogenen Prüfungen .....	10
• Änderungsantrag 17 Ausstattung der elektronischen Gesundheitskarte mit kontaktloser Schnittstelle .....	12
• Änderungsantrag 25 Hebammen und Entbindungspfleger .....	13

## **Vorbemerkung**

Die vorliegende Stellungnahme des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) befasst sich mit den Änderungsanträgen zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG), die zur zweiten öffentlichen Anhörung des Gesetzentwurfs im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages eingebracht wurden.

Unter 1. werden die wesentlichen Inhalte der fachfremden Änderungsanträge der Ausschussdrucksache 19(14)51.5 aufgegriffen und kurz kommentiert. An den Stellen, wo der vdek konkrete Änderungen vorschlägt, finden sich entsprechende Hinweise.

Unter 2. finden sich diese konkreten Änderungsvorschläge sowie detailliertere Erläuterungen zu ausgewählten Regelungen.

## 1. Allgemeiner Teil

Am 16.1.2019 fand im Gesundheitsausschuss des Bundestags eine erste öffentliche Anhörung zum TSVG Entwurf und ersten (fachfremden) Änderungsanträgen statt. In einer zweiten öffentlichen Anhörung am 13.2.2019 sollen weitere (fachfremde) Änderungsanträge beraten werden. Aus diesem Grund hat der vdek auf Basis der Ausschussdrucksache 19(14)51.5 die vorliegende Stellungnahme angefertigt und dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestags übermittelt.

### Hilfsmittelversorgung

Von besonderer Bedeutung aus Sicht der Ersatzkassen sind die geplanten Änderungen zur Hilfsmittelversorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch den Änderungsantrag von CDU/CSU und SPD. Mit dem Antrag wird die Möglichkeit der Ausschreibung zur Vertragsanbahnung in der Hilfsmittelversorgung abgeschafft. Dies lehnt der vdek ab. Die gewollte Verbesserung der Versorgungsqualität wird durch die Abschaffung des Instruments der Ausschreibung jedoch nicht erreicht. Um die Versorgungsqualität zu verbessern, sollten die Versicherten verpflichtend vom Leistungserbringer ein individuelles, mehrkostenfreies Versorgungsangebot erhalten und nicht, wie bisher in der Praxis, für jeden Versicherten ein mehr oder minder gleiches „Kassenmodell“ vorhalten.

Ferner soll die Beitrittsmöglichkeit zu bestehenden Beitrittsverträgen um eine Verhandlungsoption erweitert werden. Die Formulierung des Änderungsantrags an sich ist an dieser Stelle widersprüchlich. In Satz 1 ist ein Beitritt ausschließlich zu gleichen Bedingungen möglich, dagegen soll nach Satz 2 eine Verhandlungsoption bestehen. In der Praxis würde dieses Verfahren den Vertragsbeitritt ad absurdum führen, denn sofern es zu einer Veränderung des bestehenden Vertrages kommt, würde ein erneutes Beitrittsrecht für andere Leistungserbringer entstehen. Dies führt zu einer unendlichen Verhandlungsspirale. Im Ergebnis führt dies zu einem völlig intransparenten Vertragsmarkt, der sowohl für die Leistungserbringer als auch für die Versicherten nicht mehr überschaubar wäre.

### Selbsthilfeförderung

Durch die vorgesehene Änderung wird die Möglichkeit der krankenkassenindividuellen Projektförderung in der Selbsthilfe abgeschafft. Die bisherige Förderpraxis ermöglicht eine enge Zusammenarbeit der Krankenkassen und der Selbsthilfegruppen sowie die Einbeziehung der Selbsthilfe bei innovativen Projekten zur Weiterentwicklung der Versorgung, das alles orientiert an den Versorgungsbedarfen der Versicherten. Damit entfallen wesentliche Gestaltungsmöglichkeiten. Mit der angestrebten Regelung werden die bisherige Flexibilität und die Vielfalt von innovativen Projektansätzen zur Selbsthilfe erheblich eingeschränkt. Der direkte Kontakt zwischen Selbsthilfe und Krankenkasse geht

verloren. Die Zusammenführung der Finanzmittel in der Gemeinschaftsförderung führt zu einem stark formalisierten Antrags-, Prüfungs- und Bewilligungsverfahren, das gerade auch für kleine Selbsthilfegruppen eine Barriere für die Antragstellung darstellen kann. Der vdek bewertet die geplante Neuregelung daher sehr kritisch und plädiert für eine Beibehaltung der bisherigen Selbsthilfeförderpraxis.

#### Antragsrechte der Länder im G-BA

Der vorliegende Änderungsantrag regelt, dass die Ländervertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in Fragen zur Bedarfsplanung und bei Themen der Qualitätssicherung im Krankenhausbereich zukünftig neben dem Mitberatungsrecht auch ein Antragsrecht erhalten sollen. Aus Sicht der Ersatzkassen sollte die Umsetzung der Bedarfsplanung grundsätzlich den bisherigen Parteien überlassen bleiben. Dabei sollte die Bewertung der Versorgungserfordernisse im Einklang mit den vertraglichen Strukturen erfolgen. Antragstellungen außerhalb dieser gewachsenen Strukturen bergen die Gefahr, dass aus bloßen politischen Opportunitäten heraus Versorgungskapazitäten geschaffen und finanziert werden müssen.

Gleiches gilt für die geplanten Änderungen im Bereich Qualitätssicherung im Krankenhaus. Das Beschließen von Richtlinien über die Qualitätssicherung ist zentrale Aufgabe der gemeinsamen Selbstverwaltung. Den Ländern steht bereits heute ein Mitberatungsrecht bei Fragen der Qualitätssicherung zu, so können sie etwa Themen auf die Tagesordnung setzen lassen. Ein eigenes Antragsrecht der Länder wäre ein erheblicher Eingriff in die gemeinsame Selbstverwaltung.

#### Förderung der Notdienststrukturen

Die Änderung sieht vor, dass die Gesamtvertragspartner neben den Mitteln des Strukturfonds zusätzliche Mittel für die Sicherstellung der Bereitschaftsdienststruktur zur Verfügung stellen können. Bereits heute besteht auf regionaler Ebene die Möglichkeit, die konkrete Inanspruchnahme mittels entsprechender Punktwertzuschläge auf EBM-Ziffern zum Bereitschaftsdienst zu fördern. Außerdem stehen für strukturelle Maßnahmen die Mittel der Strukturfonds zur Verfügung.

Gerade vor dem Hintergrund der vom Gesetzgeber geplanten flächendeckenden Schaffung der Strukturfonds in allen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und der Erhöhung der dafür zur Verfügung stehenden Mittel ist die Schaffung eines zusätzlichen Finanztopfes aus Sicht der Ersatzkassen nicht sachgerecht. Dies gilt umso mehr, als dass hier – anders als den Strukturfonds – keine verpflichtende finanzielle Beteiligung der KVen vorgesehen ist. Letzteres müsste wenigstens gegeben sein.

- **Siehe hierzu unter 2. Vorschlag zu Änderungsantrag 10**

### Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen und Abbau von Regressrisiken

Mit den Änderungen ist beabsichtigt, dass die Festsetzung einer Nachforderung bzw. Kürzung eines Honorarbescheides gegenüber dem Vertragsarzt innerhalb von zwei Jahren nach Erlass bzw. nach Verordnung erfolgen muss. Gleichzeitig werden die Regelungen für Zufälligkeitsprüfung der ärztlichen Leistungen vereinfacht. Die geplanten Änderungen sind für den Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung grundsätzlich nachvollziehbar. Für eine Zielerreichung müssten hier aber Details der Regelungen angepasst werden. Für die ebenfalls im Änderungsantrag 11 adressierten Abrechnungsprüfungen ist eine Frist von zwei Jahren aber deutlich zu kurz, da die Abrechnungsdaten erst Monate nach Quartalsende zur Verfügung stehen. Eine wirksame Abrechnungsprüfung, die zu den gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen gehört, könnte dann nicht mehr sichergestellt werden.

- **Siehe hierzu unter 2. Vorschlag zu Änderungsantrag 11**

### Integration digitaler medizinischer Anwendungen in DMP

Die geplante Erweiterung der DMP-Programme um geeignete digitale medizinische Anwendungen wird als nicht notwendig erachtet. Die in der DMP-Richtlinie enthaltenen Vorgaben für die Behandlung im Rahmen der Programme unterliegen dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder der jeweils besten, verfügbaren Evidenz. Sofern es sich bei den digitalen medizinischen Anwendungen um neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden handelt, wäre deren Nutzen zunächst zu belegen. Sofern es sich bei den digitalen medizinischen Anwendungen um reine Unterstützungsangebote, beispielsweise zur Förderung des Selbstmanagements, handelt, so werden diese den Versicherten bereits jetzt durch die Krankenkassen angeboten. Es besteht daher für die Anwendung digitaler Unterstützungsangebote für am DMP teilnehmende Versicherte kein spezifischer Bedarf nach einer gesetzlichen Regelung.

### Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung

Zur Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der Krankenkassen, sollen die mit der Prüfung befassten Stellen bei fachlich komplexen Sachverhalten die Möglichkeit erhalten, den Prüfauftrag an externe Wirtschaftsprüfer bzw. spezialisierte Rechtsanwaltskanzleien zu vergeben. Die Ersatzkassen lehnen diese Regelung ab. Es fehlt an einer Einbeziehung der zu prüfenden Stellen, um die Absicht und die Gründe für eine Beauftragung externen Prüfer transparent zu machen. Es bleibt darüber hinaus unklar, aus welchem Anlass derartige Prüfungen durchgeführt werden sollen, welche Reichweite sie haben, wie die zu prüfende Krankenkasse in den Prozess einbezogen werden soll und welche Rechte sie dabei hat.

### Ausstattung der eGK mit kontaktloser Schnittstelle

Die geplante Regelung verpflichtet die Krankenkassen an ihre Versicherten ab dem 1.12.2019 ausschließlich elektronische Gesundheitskarten (eGK) mit kontaktloser Schnittstelle auszugeben. Die Regelung wird von den Ersatzkassen grundsätzlich begrüßt, insbesondere weil der Versicherte die eGK mit einem mobilen Endgerät benutzen kann und zur Authentisierung kein Kartenlesegerät mehr verwenden muss. Jedoch ist der Zeitrahmen sehr eng bemessen. Insbesondere, da zur Umsetzung der gesamte Zyklus von der Kartenproduktion bis zur Zulassung durchlaufen werden muss. Darüber hinaus sollte auf die unverzüglich Ausgabe neuer Karten verzichtet werden, um Kosten zu reduzieren. Die Aktualisierung aller im Umlauf befindlichen Karten erfolgt nach Ablauf ihrer Gültigkeit grundsätzlich unaufgefordert.

- **Siehe hierzu unter 2. Vorschlag zu Änderungsantrag 17**

### Gematik

Der Gesetzgeber sieht weitreichende Änderungen an der Gesellschafterstruktur der gematik vor. Die Bundesrepublik soll Mehrheitsgesellschafter werden, Entscheidungen künftig mit einfacher Mehrheit getroffen werden. Ziel ist es, die Entscheidungsprozesse in der gematik effektiver zu gestalten. Die vorliegenden Vorschläge der Änderungsanträge 27a bis 27d gehen allerdings zu weit. Durch den geplanten Umbau und die Änderung der Entscheidungsstrukturen wird die gemeinsame Selbstverwaltung faktisch ausgeschaltet. Ein Alleinbestimmungsrecht des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) in der gematik wird abgelehnt. Dagegen spricht allein schon der Umstand, dass das BMG auch die Rechtsaufsicht über die gematik hat. Der vdek unterstützt die Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) vollumfänglich.

Die Änderungsanträge sehen auch Sanktionsregelungen für den Fall vor, dass es Krankenkassen nicht gelingt, bis zum 1.1.2021 ihren Versicherten eine zugelassene Patientenakte anzubieten. Der vdek macht eindringlich darauf aufmerksam, dass die Krankenkassen keinen Einfluss auf das relevante Marktgeschehen haben (z. B. Verfügbarkeit von geeigneten Konnektoren) und gegebenenfalls für Fremdverschulden sanktioniert werden sollen. Der gewählte Mechanismus über den Risikostrukturausgleich ist völlig ungeeignet und führt dazu, gleiche Verstöße der Höhe nach unterschiedlich zu sanktionieren. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass der gesetzte Termin auch unter günstigsten Bedingungen mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht zu halten ist. Deshalb sind zwingend Übergangs- und Migrationsregelungen notwendig.

Es ist darüber hinaus unverständlich, dass bei den weiteren Festlegungen für Inhalt und Struktur der elektronischen Patientenakte die Erfahrungen und die Kompetenz der Krankenkassen keine Berücksichtigung finden sollen. Hier ist zwingend der GKV-SV einzubeziehen.

### Hebammen und Entbindungspfleger

Die geplante Veröffentlichungspflicht einer Vertragspartnerliste aller Hebammen und Entbindungspfleger wird vom vdek grundsätzlich begrüßt. Nicht nachvollziehbar ist jedoch, dass diese Pflicht dem GKV-SV zufallen soll. Die Information auf Verlangen eines Versicherten ist vielmehr Aufgabe der Krankenkassen und sollte auch in diesem Fall beibehalten werden.

- **Siehe hierzu unter 2. Vorschlag zu Änderungsantrag 25**



## 2. Kommentierung

### 2.1 fachfremde Änderungsanträge von CDU/CSU und SPD

Änderungsantrag 10  
Förderung der Notdienststrukturen

#### **Sachverhalt**

Die Gesamtvertragspartner können vereinbaren, dass – neben den Mitteln des Strukturfonds –zusätzliche Gelder für die Sicherstellung der Bereitschaftsdienststruktur zur Verfügung gestellt werden.

#### **Bewertung**

Die Anpassung der Strukturen im Bereitschaftsdienst wird mittlerweile in allen KV-Regionen vorangetrieben, um den Zugang für den Versicherten einfacher und einheitlicher zu gestalten und unnötige Inanspruchnahmen von Notaufnahmen in Krankenhäusern zu vermeiden. Da es sich hierbei um einen Teil des Sicherstellungsauftrages handelt, sind entsprechende Strukturanpassungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zu finanzieren. Diese profitieren bei einer verstärkten Inanspruchnahme des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes, da Honorarmittel stärker der Vertragsärzteschaft zugutekommen und in geringerem Maße an Krankenhäuser abfließen. Bereits heute besteht die Möglichkeit für die regionalen Gesamtvertragspartner, die konkrete Inanspruchnahme mittels entsprechender Punktwertzuschläge auf EBM-Ziffern zum Bereitschaftsdienst zu fördern. Außerdem stehen für strukturelle Maßnahmen die Mittel des Strukturfonds zur Verfügung. Gerade vor dem Hintergrund der vom Gesetzgeber vorgesehenen obligatorischen Festlegung des Strukturfonds und der Erhöhung der dafür zur Verfügung stehenden Mittel ist die Schaffung eines zusätzlichen Finanztopfes nicht sachgerecht. Dies gilt umso mehr, als dass hier – anders als im Strukturfonds – keine finanzielle Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtend vorgegeben wird.

#### **Änderungsvorschlag**

Streichung der Neuregelung.

Für den Fall, dass an der Regelung grundsätzlich festgehalten wird, sollte der Änderungsantrag § 105 Absatz 1b (neu) SGB V um folgenden Satz ergänzt werden: *„Die Kassenärztlichen Vereinigungen tragen die Hälfte der gemäß Satz 1 vereinbarten Finanzmittel.“*

## Änderungsantrag 11

Verkürzung der Frist für Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen sowie Abbau von Regressrisiken bei arztbezogenen Prüfungen

### Zu Nr. 1 b)

#### Sachverhalt

Die Festsetzung einer Nachforderung bzw. Kürzung des Honorarbescheides muss innerhalb von zwei Jahren nach Erlass bzw. nach Verordnung erfolgen.

#### Bewertung

Grundsätzlich ist die Straffung im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu akzeptieren, jedoch sollte verhindert werden, dass es durch langandauernde Datenlieferung und -verarbeitung zu Verzögerungen und damit zur Fristverstreichung kommt.

#### Änderungsvorschlag

In § 106 Absatz 3 Satz 2 n. F. werden die Worte „*die Leistung verordnet worden ist,*“ durch die Worte „*der Prüfbescheid erlassen wurde,*“ ersetzt.

### Zu Nr. 2

#### Sachverhalt

Die Regelungen zur Zufälligkeitsprüfung ärztlicher Leistungen werden vereinfacht. Sie sind zukünftig nur noch auf begründeten Antrag möglich, die Größe der Stichprobe der Ärzte wird auf maximal zwei Prozent begrenzt (bisher mindestens zwei Prozent). Weiterhin wird die arztbezogene Prüfung der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit gestrichen. Die konkreten Regelungen zur Umsetzung der Prüfungen werden zukünftig weitgehend auf regionaler Ebene getroffen; auf Bundesebene erfolgt nur noch die Vereinbarung einer Rahmenempfehlung.

Vertragsärzte in Regionen mit bestehender oder drohender Unterversorgung bzw. lokalem Versorgungsbedarf werden von der Prüfung nach Durchschnittswerten ausgenommen.

#### Bewertung

Die Intention des Gesetzgebers, die Zufälligkeitsprüfung zu vereinfachen, ist grundsätzlich positiv zu sehen. Vor dem Hintergrund, dass die Inhalte der Prüfungen bereits heute weitgehend auf regionaler Ebene festgelegt werden, ist eine diesbezügliche Kompetenzverlagerung sachgerecht. Entsprechendes gilt für die Anpassung der Stichprobengröße.

Zur Vermeidung von Rechtsunsicherheit sollten jedoch die Anforderungen an die Antragsbegründung, die Grundlage für die Zufälligkeitsprüfung sind, geringer angesetzt werden. Aus Sicht der Ersatzkassen sollte ein einfacher Antrag für die Durchführung ausreichen. Auf diese Weise können unterschiedliche Prüfgebiete in verschiedenen Zeiträumen aufgegriffen werden. Prüfungen der

Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit sollten weiterhin möglich bleiben, damit hier auch weiterhin Kontrollmechanismen zur Verfügung stehen.

Ein Ausschluss von Vertragsärzten in bestimmten Regionen von der Durchschnittsprüfung erscheint nicht notwendig. Auch diese Ärzte unterliegen dem Wirtschaftlichkeitsgebot. Hier sollte die Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten, die ebenfalls in dem Gesetz geregelt ist, greifen.

#### **Änderungsvorschlag**

1. In § 106a Absatz 1 n. F. werden in Satz 3 nach dem Wort „*Überweisungen*“ die Worte „*Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit*“ eingefügt.

2. In Absatz 4 n. F. wird Satz 2 gestrichen.

3. Absatz 5 a. F. bleibt erhalten.

#### **Zu Nr. 4**

##### **Sachverhalt**

Die Ergänzung sieht vor, dass die Maßnahmen zu Inhalt und Durchführung der Abrechnungsprüfungen innerhalb von zwei Jahren nach Abschluss des Abrechnungszeitraums festgesetzt werden.

##### **Bewertung**

Die vorgesehene Änderung ist – anders als im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfungen – im Rahmen von Abrechnungsprüfungen nicht sachgerecht. Die Krankenkassen erhalten die Abrechnungsdaten in der vertragsärztlichen Versorgung erst etwa fünf Monate nach Ende des Abrechnungsquartals. Eine Ausschlussfrist von zwei Jahren führt dazu, dass aufgrund der komplexen Prozessschritte eine wirksame Abrechnungsprüfung, die zu den gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen gehört, nicht mehr sichergestellt werden kann. Die Verringerung der Frist läuft den Bemühungen der gemeinsamen Selbstverwaltung, die die entsprechenden Abläufe zum 1.4.2018 neu aufgestellt hat, zuwider. Kürzungen und Nachforderungen von zu Unrecht abgerechneten Leistungen wären damit nicht mehr realisierbar.

#### **Änderungsvorschlag**

Die Regelung wird gestrichen.

## Änderungsantrag 17

### Ausstattung der elektronischen Gesundheitskarte mit kontaktloser Schnittstelle

#### **Sachverhalt**

Mit der geplanten Neuregelung werden die Krankenkassen verpflichtet, ab dem 1.12.2019 ausschließlich elektronische Gesundheitskarten mit kontaktloser Schnittstelle auszugeben.

#### **Bewertung**

Die Regelung wird begrüßt, insbesondere weil der Versicherte die elektronische Gesundheitskarte mit einem mobilen Endgerät benutzen kann und zur Authentisierung kein Kartenlesegerät verwenden muss. Der vorgesehene Zeitrahmen ist sehr eng bemessen, da der komplette Zyklus von der Spezifikation über die Kartenproduktion bis zur Zulassung durchlaufen werden muss. Darüber hinaus sollte auf die unverzüglich Ausgabe neuer Karten verzichtet werden, um Kosten zu reduzieren. Die Aktualisierung aller im Umlauf befindlichen Karten erfolgt nach Ablauf ihrer Gültigkeit grundsätzlich unaufgefordert.

#### **Änderungsvorschlag**

In § 291 Absatz 2a n. F. werden die Angaben „1. Dezember 2019“ durch die Angaben „1. Januar 2021“ ersetzt.

### **Sachverhalt**

zu a)

Der Gesetzgeber verpflichtet nunmehr den GKV-SV im neuen Absatz 2a, eine Vertragspartnerliste aller Hebammen, die Leistungen nach dem Vertrag nach § 134a SGB V erbringen und abrechnen wollen, zu führen. Zudem gibt er den Inhalt der Vertragspartnerliste vor.

Im neuen Absatz 2b wird ausgeführt, wozu diese Vertragspartnerliste zu nutzen ist. Zum einen überträgt der Gesetzgeber dem GKV-SV die Aufgabe, zukünftig Versicherte auf Nachfrage über Hebammen und ihre Tätigkeiten zu informieren und zum anderen verpflichtet er den GKV-SV, ein geeignetes Programm auf seiner Internetseite zur Verfügung zu stellen, damit die Suche nach einer Hebamme von den Versicherten selbst durchgeführt werden kann.

zu b)

Der Gesetzgeber konkretisiert das Vorgehen zur Bestimmung der unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreter, wenn keine Einigung zustande gekommen ist. Bisher wurde lediglich auf den § 89 Absatz 3 Satz 5 und 129 Absatz 9 und 10 SGB V verwiesen.

### **Bewertung**

zu a)

Die in Absatz 2a genannte Vertragspartnerliste, einschließlich der nunmehr geforderten Angaben zur Erreichbarkeit und Umfang der Leistungsausübung, ist bereits Bestandteil des Hebammenhilfevertrag nach § 134a SGB V. Eine gesetzliche Verankerung wird begrüßt.

Die in Absatz 2b geforderte Veröffentlichung der Hebammendaten zur Erleichterung der Suche für Versicherte wird ebenfalls begrüßt. Kritisch bewertet der vdek hingegen die Übertragung der Information von Versicherten auf Nachfrage zu einzelnen Hebammen und deren Tätigkeiten auf den GKV-SV. Die Information auf Verlangen eines Versicherten ist in § 305 Abs. 3 SGB V den Krankenkassen zugewiesen. Zudem sollte der GKV-SV selbst kein Interesse daran haben, diese Aufgabe zu übernehmen.

Zu b)

Die Ergänzungen aus den §§ 89 und 129 SGB V werden hinsichtlich der besseren Lesbarkeit des Absatz 4 Satz 5 begrüßt.

### **Änderungsvorschlag**

Der Absatz 2b wird folgendermaßen geändert: *„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen leitet die Vertragspartnerliste nach § 134a Abs. 2a an die Krankenkassen weiter. Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten auf Verlangen über die zur Leistungserbringung zugelassenen Hebammen und teilen*

*ihnen die Angaben nach Absatz 2 Nummer 3 und Nummer 5 bis 7 sowie gegebenenfalls weitere freiwillig gemeldete Informationen mit. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Krankenkasse stellen auf ihren Internetseiten ein elektronisches Programm zur Verfügung, mit dem die Versicherten selbst Suchläufe durchführen können, um zugelassene Hebammen zu finden.“*

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)  
Askanischer Platz 1  
10963 Berlin  
Tel.: 030/2 69 31 – 0  
Fax: 030/2 69 31 – 2900  
Politik@vdek.com