

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

19(14)0058(16)

gel. VB zur öAnh am 13.2.2019 -
TSVG II
8.2.2019

AOK
Die Gesundheitskasse.

BUNDESVERBAND

**Stellungnahme des
AOK-Bundesverbandes zur Anhörung des
Gesundheitsausschusses am 13.02.2019**

**Zu den Änderungsanträgen 2 - 27 zum Entwurfs eines
Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung
(Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG)
Ausschuss-Drucksache 19 (14) 51.5 vom 29.01.2019**

sowie

**zum Änderungsantrag 1 der Fraktion der FDP
Ausschuss-Drucksache 19 (14) 51.6 vom 31.01.2019**

Stand 07.02.2019

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

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

Inhaltsverzeichnis:

I. Zusammenfassung	4 -
II. Stellungnahme zu einzelnen Änderungsanträgen	7 -
Änderungsantrag 2 zu Art. 1 Nr. 14 § 33 SGB V Hilfsmittel: Schutz vor Nadelstichverletzungen	7 -
Änderungsantrag 2 Hilfsmittel zu Art. 1 Nr. 68 § 127 SGB V Verträge: Aufhebung der Möglichkeit zu Hilfsmittel-Ausschreibungen.....	8 -
Änderungsantrag 2 Hilfsmittel zu Art. 1 Nr. 68 § 127 SGB V Verträge: Verbot von Open-House-Verträgen	11 -
Änderungsantrag 2 Hilfsmittel zu Art. 1 Nr. 68 § 127 SGB V Verträge: Schaffung eines Verhandlungsrechts für Leistungserbringer im Rahmen des Vertragsbeitritts	12 -
Änderungsantrag 4 zu Art. 1 Nr. 9 § 20h SGB V: Förderung der Selbsthilfe..	13 -
Änderungsantrag 5 Nr. 15a § 35a SGB V: Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	15 -
Änderungsantrag 5 Art. 1 Nr. 40 § 79 SGB V: Organe	17 -
Änderungsantrag 6 Art. 1 Nr. 34, 41a, 80 §§ 73b, 83, 140a SGB V: Entkopplung der Vergütung von Diagnosen	18 -
Änderungsantrag 7 zu Art. 1 Nr. 41, 83 und Art. 10 Nr. 6 §§ 81a, 197a SGB V und 47a SGB XI: Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten	21 -
Änderungsantrag 8 Art. 1 Nr. 51 c) § 92 Abs. 7e SGB V: Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	22 -
Änderungsantrag 9 Art. 1 Nr. 55 d) § 103 SGB V: Zulassungsbeschränkungen.....	23 -
ÄA 10 Art. 1 Nr. 56 § 105 SGB V Förderung Notdienststrukturen.....	24 -
Änderungsantrag 11 Art. 1 Nr. 56a § 106 SGB V: Wirtschaftlichkeitsprüfung	26 -
Änderungsantrag 11 Art. 1 Nr. 57 § 106a SGB V: Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen	27 -
Änderungsantrag 11 Art. 1 Nr. 58 § 106b SGB V: Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen	28 -
Änderungsantrag 11 Art. 1 Nr. 59 §106d SGB V: Abrechnungsprüfung der vertragsärztlichen Versorgung.....	29 -
Änderungsantrag 11 Art. 1 Nr. 92 § 275 SGB V: Begutachtung und Beratung-	30 -
Änderungsantrag 11 Art 1 Nr. 100 § 297 SGB V: Weitere Regelungen zur Datenübermittlung für Wirtschaftlichkeitsprüfungen.....	31 -
Änderungsantrag 12 Art. 1 Nr. 79a § 137i SGB V: Pflegepersonaluntergrenzen	32 -
Änderungsantrag 13 Art 1 Nr. 78a § 137f SGB V: Integration digitaler medizinischer Anwendungen in strukturierten Behandlungsprogrammen – DMP	33 -
Änderungsantrag 14 zu Art. 1 Nr. 85a § 219b SGB V: Deutsche Verbindungsstelle KV Ausland	34 -
Änderungsantrag 15 zu Art. 1 Nummer 91 § 274 SGB V: Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung	35 -

Änderungsantrag 17 Art. 1 Nr. 18 § 291 SGB V: Elektronische Gesundheitskarte - 36 -

Änderungsantrag 18 zu Art. 3 § 11 des Bundesvertriebenengesetzes: Spätaussiedler - 38 -

Änderungsantrag 19 Art. 14a § 21 KHEntgG: Übermittlung und Nutzung von Daten - 39 -

Änderungsantrag 24 Art. 1 Nr. 40 und Art. 7 § 79 SGB V §§ 35a, 121 SGB IV: Ehrenamtlichkeit VV-Mitglieder K(B)Ven und Vorstandsverträge..... - 40 -

Änderungsantrag 25 Art. 1 Nr. 75 § 134a SGB V und Artikel 14a § 4 Krankenhausentgeltgesetz: Hebammen..... - 42 -

Änderungsantrag 26 Artikel 12a ApoG §§ 19, 20a, 20b: DAV - 44 -

ÄÄ 27a Art. 1 Nr. 96, 97, 97a §§ 291a, 291b, 291c SGB V: Änderung der Gesellschafterstruktur der Gesellschaft für Telematik..... - 47 -

ÄÄ 27b Art. 1 Nr. 90a und 96 §§ 270 und 291a SGB V: Sanktionsregelung für die Krankenkassen bei der Einführung der elektronischen Patientenakte - 49 -

ÄÄ 27d Art. 1 Nr. 97 Buchstabe a) § 291b SGB V: Festlegungen zur semantischen Interoperabilität der elektronischen Patientenakte durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung..... - 50 -

Änderungsantrag 1 der Fraktion der FDP zu Art. 1 Nr. 10a und b, 33 und 67a §§ 27b (neu), 73 und 121a SGB V - 51 -

I. Zusammenfassung

Mit einigen der vorliegenden Entwurfsfassungen von Änderungsanträgen zum TSVG wird der Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit weiter signifikant beschränkt. Dies hat zur Konsequenz, dass das bewährte System der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen immer weniger Gestaltungsräume erhält, um die medizinische und pflegerische Versorgung der Patientinnen und Patienten in Deutschland, vor allem aber in ländlichen und strukturschwachen Regionen, sachgerecht weiterzuentwickeln. Diesen inzwischen ausgeprägten Trend zu Zentralismus und staatlicher Regulierung begründet die Politik mit einem angeblichen Versagen der Akteure der Selbstverwaltung. Allerdings übersieht sie dabei, dass das Handeln von Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung nur so gut sein kann, wie es der Gesetzgeber ihnen gestattet. Rechtliche Vorgaben, die nicht mehr den Handlungsrahmen ausgestalten, sondern einzelfallbezogene, kleinteilige und teils operative Vorschriften machen, verhindern sachgerechte und auf Patientensicherheit sowie Wirtschaftlichkeit ausgerichtete Entscheidungen. Die Vorstellung, dass eine bundeseinheitliche Lösung auf alle differenzierten Bedingungen die angemessene Lösung bietet, führt zu schlechteren Versorgungsstrukturen und damit zu schlechterer Versorgung, die zudem auch nicht wirtschaftlich ist. So sind z.B. die Änderungsanträge zum Wegfall von Ausschreibungsoptionen bei der Hilfsmittelversorgung, zur Aufgabe kassenindividuell geförderter Selbsthilfe sowie die bereits angehörten Änderungsanträge zur Zentralisierung der Heilmittelversorgung und zur Preisgestaltung hierfür negative Beispiele.

Die jüngsten Gesetzesinitiativen bieten offenkundig mehr Geld für die unterschiedlichsten Leistungserbringergruppen (Krankenhäuser, Ärzte, hier vor allem Fachärzte, Zahnärzte, Heilmittelerbringer, Medizinproduktehersteller etc). In vermeintlich guten Zeiten scheint es verlockend zu sein, Probleme mit Geld allein lösen zu wollen. Wenn dieses Geld allerdings nahezu ausschließlich konsumiert wird, d.h. den Leistungserbringern mehr Geld beschert ohne dass sich dadurch die Menge und Qualität der Leistung verändert und die Strukturen zur Leistungserbringung produktiver werden, sondern ganz im Gegenteil althergebrachte und überkommene Strukturen gestützt werden, führt dieser Mitteleinsatz spätestens dann zu Spargesetzen, wenn die konjunkturelle Entwicklung ins Stocken geraten. Zu berücksichtigen ist, dass die Beitragssätze von Kranken- und Pflegeversicherung eine Höhe erreicht haben, die in Deutschland niemals höher war. Um die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) auch in Zeiten einer schlechteren wirtschaftlichen Lage leistungsfähig zu halten, wäre es dagegen dringend erforderlich, die finanzielle Mittel jetzt so einzusetzen, das wirtschaftliches und qualitätsorientiertes Handeln gefördert wird und hierfür strukturelle Weichenstellungen erfolgen. Bis 2022 wird das Gesamtausgabenvolumen der in dieser Legislaturperiode beschlossenen gesundheitspolitischen Gesetze knapp 23,5 Mrd. € betragen.

Der GKV-Wettbewerb wurde vor ca. 25 Jahren ordnungspolitisch mit dem Ziel eingeführt, Wirtschaftlichkeit, Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung zu erhöhen. Dieses Ziel wird nun sukzessiv durch Überregulierung massiv gefährdet. Es ist nicht mehr erkennbar, ob die politischen Entscheidungsträger im Deutschen Bundestag einer

pluralen, wettbewerbsorientierten GKV-Landschaft zur Herstellung einer guten, effektiven und effizienten Versorgung den Vorrang geben wollen oder ob diese Grundausrichtung durch eine zentralistische Politik der Staatsnähe und eine Ausgestaltung kraft Ministerkompetenz ersetzt wird.

Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft dürfen Reformen, die Patienten und Versicherten dienen sollen, nicht nur möglichst viel Geld im Gesundheitswesen verteilen. Vielmehr müssen gleichzeitig spürbare Verbesserung für die Versicherten erfolgen. Statt zentralistischer Vorgaben und einfach nur zusätzlicher Finanzmitteln sollten die Potentiale regionaler Gestaltungsmöglichkeiten genutzt werden, die unter Einhaltung der solidarischen Grundprinzipien der GKV die Versorgungsqualität, Innovation und Wirtschaftlichkeit voranbringen.

Deutliche Ausgabensteigerung bei Hilfsmitteln

Mit dem Änderungsantrag wird die Wettbewerbsorientierung der Hilfsmittelversorgung massiv zurückgefahren und der Wegfall der Ausschreibungsoption wird zu höheren Preisen und deutlich steigenden Ausgaben zu Lasten der Versichertengemeinschaft führen. Konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität oder zur Einschränkung der Versorgung nur gegen Aufzahlung durch den Versicherten fehlen.

Selbsthilfe vor Ort wird geschwächt

Ohne nachvollziehbaren Grund soll in der Selbsthilfe ein seit Jahren bewährtes Verfahren der krankenkassenindividuellen Projektförderung in eine einheitliche und kassenartenübergreifende Projektförderung umgewandelt werden. Das führt zu einem Rückschritt der bisherigen produktiven und die Belange der chronisch Kranken stärkenden Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und der Selbsthilfe unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Versichertenstrukturen und sozialen Rahmenbedingungen vor Ort. Eine kassenartenübergreifende Projektförderung der Selbsthilfe stellt weder eine Vereinfachung des Verfahrens dar, noch schafft sie mehr Transparenz.

Regelungen zur Diagnosevergütung sind heute schon geltendes Recht

Die vom Gesetzgeber verfolgte Intention des Verbots der Diagnosevergütung wurde und wird grundsätzlich von der AOK-Gemeinschaft begrüßt. Allerdings ist die Begründung des Änderungsantrags nicht zielführend, weil sie insbesondere die im Rahmen von Verträgen speziell auf bestimmte Patientengruppen zugeschnittene Versorgungsformen gefährdet, da eine medizinisch sinnvolle Versorgungssteuerung nicht mehr möglich wäre (praktische Beispiele siehe Änderungsantrag Nr. 6).

Maßnahmen zur digitalen Vernetzung und gematik nicht ausreichend

Die AOK-Gemeinschaft begrüßt, dass der Gesetzgeber den dringenden Reformbedarf der Gesellschaft für Telematik (gematik) erkannt hat, die vorgeschlagenen Maßnahmen treffen jedoch nicht den Kern des Problems und sind abzulehnen. Die digitale Vernetzung zur Herstellung von Transparenz und besserer Kommunikation für die Versicherten

und Leistungserbringer kann damit allein nicht vorangetrieben werden. Mit den Änderungen der Gesellschafterstruktur der Gesellschaft für Telematik, den Sanktionsregelungen für die Krankenkassen bei der Einführung der elektronischen Patientenakten (ePA) und den Festlegungen zur semantischen Interoperabilität der ePA werden nur die sehr kurzfristigen Zielsetzungen einer flächendeckenden Einführung der ePA in den Fokus genommen. Es gilt jedoch, die zentralen strukturellen Gegebenheiten und elementaren Fragen zur Governance der Digitalisierung im Gesundheitswesen zu analysieren und ein tragfähiges Modell zur Steuerung dieser komplexen Prozesse zu entwickeln. Die AOK-Gemeinschaft erwartet, dass das geplante E-Health-II-Gesetz ein adäquates Governance-Modell beinhaltet.

II. Stellungnahme zu einzelnen Änderungsanträgen

Änderungsantrag 2 zu Art. 1 Nr. 14 § 33 SGB V Hilfsmittel: Schutz vor Nadelstichverletzungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Versicherte erhalten einen Anspruch auf Hilfsmittel, die eine dritte Person durch einen Sicherheitsmechanismus vor Nadelstichverletzungen schützen, wenn der Versicherte auf Grund seines körperlichen Zustandes bei Blutentnahmen und Injektionen auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und von ihm ein erhöhtes Infektionsrisiko ausgeht.

B Stellungnahme

Die Präzisierung, dass der Leistungsumfang der GKV auch Hilfsmittel mit einem Sicherheitsmechanismus umfasst, welcher nicht dem Versicherten selbst, sondern dritten Personen wie z.B. pflegenden Angehörigen dient, ist nachvollziehbar. Im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots sowie des Subsidiaritätsprinzips ist es sachgerecht, diesen Anspruch auf Versicherte, von denen eine erhöhte Infektionsgefährdung ausgeht, sowie auf Angehörige und Laien-Helfer, für deren Schutz kein anderer Träger zuständig ist, zu beschränken. In stationären Einrichtungen etc. müssen derartige Arbeitsschutzmaßnahmen aber auch weiterhin im Verantwortungsbereich des Arbeitgebers verbleiben. Eine deutliche Abgrenzung des begünstigten Personenkreises ist nötig, um den bei Verlagerung der Kosten auf die Versichertengemeinschaft zu erwartenden inflationären Einsatz dieser Produkte auszuschließen.

C Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Ergänzung von § 33 Absatz 1 Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Ein Anspruch besteht auch auf solche Hilfsmittel, die eine dritte Person durch einen Sicherheitsmechanismus vor Nadelstichverletzungen schützen, wenn der Versicherte selbst nicht zur Anwendung des Hilfsmittels in der Lage ist und hierfür der Hilfe der dritten Person bedarf und von dem Versicherten eine erhöhte Infektionsgefährdung ausgeht. Ausgeschlossen hiervon sind Arbeitsschutzmaßnahmen im stationären und ambulanten Bereich, die in den Verantwortungsbereich des Arbeitgebers fallen. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seiner Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum 31. Oktober 2019 die Diagnosen und Tätigkeiten, bei denen von einer erhöhten Infektionsgefährdung auszugehen ist.“

Änderungsantrag 2 Hilfsmittel zu Art. 1 Nr. 68 § 127 SGB V Verträge: Aufhebung der Möglichkeit zu Hilfsmittel-Ausschreibungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Ausschreibungsoption des § 127 Absatz 1 wird aufgehoben, auch die Absätze 1a und 1b werden gestrichen. Die Krankenkassen haben künftig die Hilfsmittelversorgung ihrer Versicherten ausschließlich im Wege von Rahmenverträgen oder Einzelverträgen sicherzustellen.

B Stellungnahme

Mit Streichung der Ausschreibungsoption würden die Möglichkeiten der Vertragsanbahnung massiv eingeschränkt. Dies wird die Wettbewerbsintensität zwischen den Leistungserbringern verringern; die ursprünglich mit dem GKV-WSG angestrebte Stärkung des Wettbewerbs wird zurückgebaut. Mit Wegfall von Ausschreibungen wird der Preiswettbewerb zwischen den Leistungserbringern zum Erliegen kommen, deutliche Ausgabesteigerungen werden die Folge sein.

Warum sich die Qualität der Versorgung allein durch den Verzicht auf Ausschreibungen verbessern soll, ist zudem nicht nachvollziehbar. Konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität oder zur Einschränkung der Versorgung nur gegen Aufzahlung des Versicherten werden nicht ergriffen.

Ob die angestrebte gesetzliche Regelung im Sinne eines Ausschreibungsverbotes mit nationalem und europäischem Vergaberecht vereinbar ist, erscheint zudem höchst fragwürdig. Mit der vorgesehenen Streichung der Absätze 1, 1a und 1b des § 127 SGB V würden zudem gerade die Regelungen gestrichen, die aus sozialpolitischen Erwägungen die ansonsten allgemein verpflichtende Anwendung des Vergaberechts im Rahmen der öffentlichen Auftragsvergabe für den Hilfsmittelbereich limitieren. Bei Einhaltung der Bedingungen des Vergaberechts werden Hilfsmittel-Ausschreibungen, auch bei Nicht-Nennung dieser Vertragsanbahnungsoption im SGB V, vergaberechtlich kaum beanstandet werden. Einen Ausschreibungsvertrag allein aus formalen Gründen sozialrechtlich pauschal zu untersagen, auch wenn z.B. die vorherige Bekanntmachung der Vertragsabsicht keinen Widerhall gefunden hat oder die Vertragsverhandlungen gescheitert sind, erscheint wenig plausibel. Das Spannungsfeld zwischen Vergabe- und Sozialrecht wird durch die Nicht-Nennung nicht befriedigend aufgelöst werden können.

In diversen Hilfsmittelbereichen (z.B. TENS und Elektrostimulation) helfen Ausschreibungen seit vielen Jahren, eine qualitativ hochwertige Versorgung zu wirtschaftlichen Konditionen zu sichern, ohne dass es dabei zu Qualitätsproblemen oder vermehrten Aufzahlungen der Versicherten kommt. Die Möglichkeit, Ausschreibungen durchzuführen, wird von den meisten Krankenkassen mit Augenmaß eingesetzt. Derzeit sind im AOK-System insgesamt deutlich weniger als 10 % der Hilfsmittelausgaben durch Ausschreibungsverträge geregelt.

Die Möglichkeit, die Hilfsmittelversorgung auch durch Ausschreibungsverträge zu regeln, sollte daher nicht grundsätzlich abgeschafft, wohl aber präzisiert werden. Eine Reaktion auf die öffentlich diskutierten Fehlentwicklungen insbesondere in der Inkontinenzversorgung, bei der von Leistungserbringern auf der einen Seite Niedrigpreise angeboten wurden, auf der anderen Seite dem Versicherten suggeriert wurde, dass eine qualitativ und quantitativ ausreichende Versorgung nur noch gegen Aufzahlung möglich sei,

erscheint grundsätzlich nachvollziehbar. Zwar wird der erste Bericht zum Umfang der Mehrkostenvereinbarungen erst im Sommer 2019 vorliegen und Aufschluss über die tatsächliche Situation in den Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses bringen, angesichts der von den Betroffenen beklagten hohen Mehrkostenforderungen erscheint aber schon jetzt eine Ergänzung des § 127 SGB V angezeigt, um die weitere Umdeutung der Vertragspreise in „Festzuschüsse“ zu verhindern. Den Krankenkassen sollte die Möglichkeit eingeräumt werden, in geeigneten Fällen Verträge abzuschließen, die die Generierung von Mehrkosten im Sinne des § 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V ausschließen. Ergänzend zur bereits erfolgten Aktualisierung der Qualitätsanforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses wäre dies ein weiterer Schritt zur Sicherstellung einer hochwertigen und für den Betroffenen mehrkostenfreien Sachleistung.

Um Fehlentwicklungen gerade bei Ausschreibungsverträgen frühzeitig erkennen zu können, sollte zudem dem Vertragscontrolling als Instrument der Qualitätssicherung für diesen Vertragstyp ein besonderer Stellenwert eingeräumt werden.

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass mit der im Änderungsantrag beabsichtigten Streichung des Absatzes 1 die Regelung des bisherigen Satzes 3 „Den Verträgen sind mindestens die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 2 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und Produkte zugrunde zu legen.“ entfallen würde, eine Übertragung in den neuen Absatz 1 ist nicht vorgesehen. Die Möglichkeit, weitergehende Anforderungen zu vereinbaren, galt durch einen Verweis im bisherigen Absatz 2 auch für Rahmenverträge und wäre damit insgesamt obsolet. Im Sinne des gewünschten Qualitätswettbewerbs sollte die vom Gesetzgeber in Reaktion auf das „Stomatherapeuten-Urteil“ des BSG vom 21.07.2011 - AZ: B 3 KR 14/10 R geschaffene Möglichkeit, in den Verträgen über den Mindeststandard des Hilfsmittelverzeichnisses hinauszugehen, aber unbedingt erhalten bleiben.

C Änderungsvorschlag

Die § 127 Abs. 1, 1a und 1b bleiben bestehen, Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

(1) Soweit dies zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen und in der Qualität gesicherten Versorgung zweckmäßig ist, können die Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften auf dem Wege der Ausschreibung Verträge mit Leistungserbringern oder zu diesem Zweck gebildeten Zusammenschlüssen der Leistungserbringer über die Lieferung einer bestimmten Menge von Hilfsmitteln, die Durchführung einer bestimmten Anzahl von Versorgungungen oder die Versorgung für einen bestimmten Zeitraum schließen. Dabei haben sie durch die Leistungsbeschreibung eine hinreichende Auswahl an mehrkostenfreien Hilfsmitteln, die Qualität der Hilfsmittel, die notwendige Beratung der Versicherten und die sonstigen, zusätzlichen Leistungen im Sinne des § 33 Absatz 1 Satz 5 sicherzustellen sowie für eine wohnortnahe Versorgung der Versicherten zu sorgen. Verträge, die ausschließlich die Versorgung mit mehrkostenfreien Hilfsmitteln zum Inhalt haben, sind möglich; § 33 Absatz 1 Satz 6 findet dann keine Anwendung. Den Verträgen sind mindestens die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 2 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und Produkte zugrunde zu legen. Die Versorgungsqualität ist regelmäßig durch geeignete Maßnahmen (z.B. Versichertenbefragungen, Stichprobenprüfungen) im Sinne des § 127 Abs. 5a zu überprüfen. Werden nach Abschluss des Vertrages die Anforderungen an die Qualität der Versorgung und Produkte nach § 139 Absatz 2 durch Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses verändert, liegt darin eine wesentliche Änderung der Verhältnisse, die die Vertragsparteien zur Vertragsanpassung oder Kündigung berechtigt. Verträge nach Satz 1 können mit mehreren Leistungserbringern abgeschlossen werden. Für Hilfsmittel, die für einen bestimmten Versicherten individuell angefertigt werden, oder Versorgungungen mit hohem Dienstleistungsanteil sind Ausschreibungen nicht zweckmäßig. Öffentliche Aufträge im

Sinne des § 103 Absatz 1 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen, deren geschätzter Auftragswert ohne Umsatzsteuer den maßgeblichen Schwellenwert gemäß § 106 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen erreicht oder überschreitet, sind nach Maßgabe des Teils 4 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen zu vergeben.

Änderungsantrag 2 Hilfsmittel zu Art. 1 Nr. 68 § 127 SGB V Verträge: Verbot von Open-House-Verträgen

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass die für die Hilfsmittelversorgung maßgeblichen Rahmenverträgen durch Vertragsverhandlungen zustandekommen müssen und bei dieser Vertragsform das Open-House-Modell, bei dem die Vertragsbedingungen einseitig durch die Krankenkasse festgesetzt werden, nicht zulässig ist.

B Stellungnahme

Die Klarstellung, dass Verträge im Rahmen von Vertragsverhandlungen zwischen den Vertragsparteien zustande kommen, entspricht der gelebten Praxis bei den AOKs.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Änderungsantrag 2 Hilfsmittel zu Art. 1 Nr. 68 § 127 SGB V Verträge: Schaffung eines Verhandlungsrechts für Leistungserbringer im Rahmen des Vertragsbeitritts

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass dem Leistungserbringer auch beim Beitritt zu einem Rahmenvertrag Vertragsverhandlungen ermöglicht werden müssen.

B Stellungnahme

Die Änderung ist bereits aus definitorischen Gründen abzulehnen. Denn ein Beitritt zu einem bestehenden Vertrag setzt immer den Eintritt in das Vertragsverhältnis zu den gleichen Konditionen und mit gleichen Rechten und Pflichten voraus.

Die Notwendigkeit, eine derartige Verhandlungspflicht einzuführen ist zudem nicht ersichtlich, da Leistungserbringern, die nur ein bestimmtes Produktspektrum eines umfassenden Beitrittsvertrages anbieten, der Teilbeitritt für diesen Produktbereich ermöglicht wird.

Nachverhandlungen zum Beitrittsvertrag und damit zu im Markt konsentierten Konditionen würden demgegenüber zu einer ständigen Dynamik der Vertragsbedingungen führen; gleichlautende Konditionen für alle Vertragspartner und diskriminierungsfreie Behandlung von Vertragspartnern/Interessenten wären so nicht sicherzustellen. Andererseits haben alle Versicherten einer Krankenkasse, losgelöst von der Wahl des einzelnen Vertragspartners, den gleichen Anspruch auf eine qualitativ hochwertige Versorgung, um auch hier den Grundsatz der Gleichbehandlung zu wahren.

Sollte ein Leistungserbringer wesentliche Abweichungen der Vertragsbedingungen anbieten, so stünde hingegen ein neuer Vertrag im Raum. Hier ist die Möglichkeit zur Verhandlung unbestritten. Sollte ein Leistungserbringer das im Beitrittsvertrag geregelte Sortiment zu günstigeren Preisen anbieten, sind die Aufnahme von Verhandlungen und der Abschluss dieses Angebots als eigenständiger Vertrag selbstredend. Prospektiv löst ein solches Angebot insoweit den ursprünglichen Beitrittsvertrag ab. Wird das gleiche Leistungsspektrum jedoch zu höheren Preisen angeboten, wird auf dieser Basis und im Einklang mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot kein Vertrag zustande kommen können, auch wenn Vertragsverhandlungen aufgenommen werden. Höhere Preise kommen demnach nur bei signifikanten Qualitätssteigerungen und/oder Leistungserweiterungen in Betracht.

C Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Änderung wird gestrichen.

Änderungsantrag 4 zu Art. 1 Nr. 9 § 20h SGB V: Förderung der Selbsthilfe

A Beabsichtigte Neuregelung

Die gesamten Fördermittel der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung (Pauschalförderung) und der krankenkassenindividuellen Förderung (Projektförderung) sollen künftig auf allen Förderebenen (Bundesebene, Landesebene und regionalen Ebenen) für die Förderung der Selbsthilfebundes- und Selbsthilfelandesverbänden sowie Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfegruppen einheitlich und gemeinschaftlich kassenartenübergreifend verausgabt werden. Ziel soll eine vereinfachte und transparente Förderung sein. Im Absatz 3 wird der Förderbegriff „kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung“ unter dem Begriff „Pauschalförderung“ vereinheitlicht. Neben der schon bestehenden einheitlichen und gemeinschaftlichen Pauschalförderung, in die mindestens 50 v. H. der nach Absatz 3 Satz 1 bestimmten Fördermittel fließen müssen, soll die Förderung von zeitlich und inhaltlichen begrenzten Maßnahmen („Projekten“) zwar weiterhin erfolgen, diese Fördermittel (ca. 50 v. H. der nach Absatz 3 Satz 1 bestimmten Mittel) sollen aber zukünftig ebenfalls einheitlich und gemeinschaftlich kassenartenübergreifend von den Krankenkassen und ihren Verbänden verausgabt werden. Die Ausgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 Satz 1 werden aktualisiert auf der Basis eines Betrags von 1,13 Euro je Versicherten im Jahr 2019 und sollen in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV angepasst werden.

Unter Berücksichtigung einer Umstellungsphase soll das Verfahren zum 01.01.2020 in Kraft treten.

B Stellungnahme

Ohne ersichtlichen Grund soll ein seit Jahren bewährtes Verfahren der Förderung der Selbsthilfe über zwei unterschiedliche Förderstränge, auf verschiedenen Förderebenen und für verschiedene Selbsthilfeunterstützungsformen und Selbsthilfeorganisationen, umgewandelt werden. In der Gemeinschaftsförderung ist eine kassenartenübergreifende, einheitliche und gemeinschaftliche Vergabe der Fördermittel ein gelebtes und seit Jahren positiv umgesetztes Verfahren. Hier sind die Fördervoraussetzungen so klar definiert und auf alle Antragssteller anwendbar. Eine Umwandlung der krankenkassenindividuellen Projektförderung in eine einheitliche, gemeinschaftliche und kassenartenübergreifende von den Krankenkassen und ihren Verbänden durchgeführte Projektförderung würde zu einem Rückschritt in der gerade seit 2016 sich entwickelnden, produktiven und die Belange der chronisch Kranken stärkenden Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und der Selbsthilfe führen. Durch die teilweise unterschiedlichen Versicherungsstrukturen und sozialen Rahmenbedingungen können die Krankenkassen unterschiedliche Schwerpunkte in der Selbsthilfeförderung setzen und damit die Belange der chronisch erkrankten und behinderten Menschen öffentlich wirksam unterstützen. Durch krankenkassenindividuelle Projektförderung ist es den Kassen möglich, die innovativen und individuellen Ideen und Maßnahmen der Selbsthilfe zu unterstützen. Selbsthilfearbeit ist ein aktiver Beitrag, um Krankheiten besser zu verstehen, mit ihnen leben zu lernen und sie trägt auch dazu bei, zielgenauer im Gesundheitswesen unterwegs zu sein. Gerade das Verfahren der krankenkassenindividuellen Projektförderung und damit einhergehend der oft sehr persönliche Kontakt und Austausch zwischen Förderern (Krankenkasse bzw. Krankenkassenverband) und Antragstellern (Bundes- und Landesverbände der Selbsthilfe, Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfegruppen) seit Jahren bewirkt, dass sich die Unterstützung von chronisch kranken und behinderten Versicherten in das

Versorgungskonzept jeder Krankenkasse immer stärker einbettet. Es ist davon auszugehen, dass über 100 Krankenkassen in Deutschland mehr Fördervielfalt, -nähe und eine schnelle Unterstützung gewährleisten können, als das über zentrale Vergabeverfahren aller Kassen möglich wäre.

Eine einheitliche und gemeinschaftliche kassenartenübergreifende Projektförderung der Selbsthilfe stellt weder eine Vereinfachung des Verfahrens dar, noch schafft sie mehr Transparenz. Vielmehr wird durch die Nivellierung von unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen der Krankenkassen und der langjährigen bestehenden engen Kooperationen zwischen den Selbsthilfeorganisationen, -kontaktstellen sowie Selbsthilfegruppen und den Krankenkassen und ihren Verbänden nicht nur mehr Aufwand entstehen, um kassenartenübergreifend die Bedarfe zu analysieren, sondern eine gemeinschaftliche Projektförderung würde auch nicht mehr auf sehr spezielle und individuelle Anforderungen der Selbsthilfe eingehen können. So bestünde u. a. die Gefahr, dass kleine oder speziellere Gruppen und Organisationen sowie besondere, innovative Projektideen, die durch einzelne Kassen heute krankenkassenindividuell gefördert werden können, künftig aus dem Pool herausfallen könnten.

Das bisher zwischen Krankenkassen und Selbsthilfe gewachsene Vertrauen würde durch die größere Distanz zum Selbsthilfegeschehen leiden. Die Prozesse, die Umsetzung des Förderverfahrens und die Förderzusagen würden eher länger dauern. Zudem wäre eine Umstellung des aktuellen Förderverfahrens auf allen Ebenen – auf der Bundes- und den Landesebenen sowie auf den regionalen Ebenen - bis zum 01.01.2020 nicht umsetzbar. Dazu bedarf es längerer Vorbereitungszeiten. Zumal die Umstellung parallel zu den jährlich laufenden Förderverfahren geplant und umgesetzt werden müsste. Auch zu berücksichtigen sind die verwaltungstechnischen Mehrkosten für die Krankenkassen und ihre Verbände, um eine reibungslose Umstellung und ein reibungsloses Förderverfahren zu gewähren.

C Änderungsvorschlag

§ 20 h SGB V sollte in der aktuell gültigen Fassung beibehalten werden.

Änderungsantrag 5 Nr. 15a § 35a SGB V: Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

A Beabsichtigte Neuregelung

Das Bundesministerium für Gesundheit soll ermächtigt werden, durch Rechtsverordnung - ohne Zustimmung des Bundesrates - weitere Vorgaben zur Veröffentlichung der Beschlüsse zur Abbildung in elektronischen Programmen nach § 73 Absatz 9 zu regeln.

Zudem soll durch Rechtsverordnung des BMG die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses verpflichtet werden, in elektronischen Programmen Angaben zu den Jahrestherapiekosten des Arzneimittels und zu den Kosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie regelmäßig zu aktualisieren.

B Stellungnahme

Die Rechtsverordnung zur Konkretisierung der rechtlichen Grundlagen einer Abbildung der Beschlüsse zur Nutzenbewertung nach § 35a Absatz 3a soll aus systematischen Gründen nunmehr an gleicher Stelle geregelt werden, entsprechende Teile der Rechtsverordnung nach § 73 Absatz 9 werden damit abgelöst. Dabei sind der Regelungskreis und das Zusammenwirken der beiden Rechtsverordnungen nicht hinreichend klar. Zudem erschließt sich nicht, warum es zweier getrennter Rechtsverordnungen bedarf.

Stattdessen wird eine Klarstellung angeregt, dass es sich bei § 35a Absatz 3a Satz 1 (neu) i.d.F. des Änderungsantrages 5 um einen Regelungsauftrag im Rahmen der Rechtsverordnung nach § 73 Absatz 9 Satz 2 SGB V handelt.

Es wäre zudem sinnvoll, einen klaren Regelungsauftrag für den Gemeinsame Bundesausschuss zu formulieren, nach dem dieser einen eigenen Zertifizierungskatalog für die Umsetzung der Beschlüsse in der Arztsoftware zu erstellen hat, dessen Einhaltung entsprechend nach § 73 Absatz 9 mit zu prüfen wäre. Dies ist bislang nicht konkret formuliert, jedoch inhaltlich sachgerecht, denn es führt zu einer Umsetzung der Nutzenbewertungsbeschlüsse aus einer Hand, reduziert Konfliktpotenzial auch durch Sicherung der Anhörungsrechte und vermeidet Bruchstellen. Hierzu wäre § 35a Absatz 3a entsprechend zu ergänzen. Dabei wäre zudem der ursprüngliche Gesetzeswortlaut beizubehalten: Durch den Begriff „das Nähere“ wird dabei im Gegensatz zum Begriff „weitere Vorgaben“ gleichzeitig der Achtung des Gesetzesvorbehaltes für „das Allgemeine“ betreffende Regelungen Ausdruck verliehen.

Die regelmäßige Aktualisierung der Angaben der Jahrestherapiekosten durch den Gemeinsamen Bundesausschuss fördern die Validität der angebotenen Informationen im Arztinformationssystem. Sie leisten damit einen wichtigen Beitrag, die Ärzte zu informieren und die Wirtschaftlichkeit von Verordnungen mit zu unterstützen.

C Änderungsvorschlag

§ 35a Absatz 3a Satz 2 SGB V wird wie folgt geändert:

„Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, in der Rechtsverordnung nach § 73 Absatz 9 Satz 2 ohne Zustimmung des Bundesrates weitere Vorgaben das Nähere zur Veröffentlichung der Beschlüsse nach Absatz 3a zu regeln.“

§ 35a Absatz 3a Satz 3 SGB V wird wie folgt geändert:

„Das Nähere, auch zur Schnittstelle, deren Anforderungs- bzw. Funktionskatalog sowie zu den Regelungen zur Konformitätsüberprüfung im Rahmen des § 73 Absatz 9, regelt der Gemeinsame Bundesausschuss erstmals innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach § 73 Absatz 9 Satz 2 in seiner Verfahrensordnung.“

§ 35a Absatz 3b SGB V wird wie folgt geändert:

„(3b) Durch die Rechtsverordnung nach ~~Absatz 3a~~ § 73 Absatz 9 Satz 2 kann das Bundesministerium für Gesundheit die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses verpflichten, zum Zweck der Verwendung in elektronischen Programmen nach § 73 Absatz 9 die Angaben zu den Jahrestherapiekosten des Arzneimittels und zu den Kosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie in der maschinenlesbaren Fassung regelmäßig zu aktualisieren.“

Änderungsantrag 5 Art. 1 Nr. 40 § 79 SGB V: Organe

(korrekt: § 73 Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung)

A Beabsichtigte Neuregelung

Es werden in § 73 Absatz 9 Satz 2 SGB V lediglich die Wörter „und zur Veröffentlichung der Beschlüsse nach § 35a Absatz 3a“ gestrichen.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung der Änderungen in § 35a SGB V.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Änderungsantrag 6 Art. 1 Nr. 34, 41a, 80 §§ 73b, 83, 140a SGB V: Entkoppelung der Vergütung von Diagnosen

A Beabsichtigte Neuregelung

Neben der redaktionellen Anpassung eines Verweisfehlers bezüglich §§ 20d / 20i in den §§ 73b und 140a wird das bisherige Verbot der Diagnosevergütung in den §§ 73b, 83, 140a SGB V neu formuliert. Ziel ist es, mögliche Umgehungsstrategien zu eliminieren. Unzulässig sollen sowohl Vergütungen als Gegenleistung für die Vergabe, Dokumentation und Übermittlung von Diagnosen sein sowie auch die Vergütung ärztlicher Leistungen, deren Zahlung oder Höhe an bestimmte Diagnosen bzw. deren Anzahl geknüpft sind.

B Stellungnahme

Die Neuformulierung des Gesetzestextes des Änderungsantrags bezüglich des Verbots der Diagnosevergütung entspricht bereits geltendem Recht. Der Änderungsantrag sieht dabei vor, dass die Pflicht nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, Satz 2, Absatz 1b Satz 1 unberührt bleibt. Dies beinhaltet auch die Übermittlung von Diagnosen in der Abrechnung.

Die vom Gesetzgeber verfolgte Intention des Verbots der Diagnosevergütung wurde und wird grundsätzlich von der AOK-Gemeinschaft begrüßt. Allerdings ist die Begründung des Änderungsantrags, dass Vergütungen für Leistungen, die aus medizinischen Gründen nur Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten angeboten werden, weiterhin möglich sind, sofern sie an einen „allgemeinen Krankheitsbegriff“ anknüpfen, abzulehnen. Sie gefährdet insbesondere die im Rahmen von Verträgen speziell auf bestimmte Patientengruppen zugeschnittene Versorgungsformen, da eine medizinisch sinnvolle Versorgungssteuerung nicht mehr möglich wäre.

Welche Implikationen dies auf patientenorientierte Angebote hat, zeigen folgende Beispiele:

- Durch Verträge zur besonderen Versorgung von Patienten mit nichtkleinzelligem Lungenkrebs kann das Überleben dieser Patienten maßgeblich verbessert werden. Eine Verbesserung des Überlebens von 1-2 Jahren ist bei Patienten mit Treibermutationen im Tumor möglich, wenn diese richtig molekularpathologisch diagnostiziert und wenn auf dem Boden der molekularen Diagnostik und der aktuellen Studienlage die richtige Therapieentscheidung getroffen wird. Dies soll mittels vertraglicher Vereinbarungen mit einem Netzwerk aus behandelnden Ärzten und Kliniken mit onkologischen Spitzenzentren erreicht werden. Die vertraglichen Vereinbarungen müssen zwingend auf Patienten mit nichtkleinzelligem Lungenkrebs eingeschränkt werden können, da die verbundenen Leistungen, die hierfür gesondert vergütet werden, nur für Patienten medizinisch sinnvoll sind, bei denen histologisch ein nichtkleinzelliger Lungenkrebs diagnostiziert wurde.
- Auch besondere Versorgungsverträge zur Behandlung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom mit dem dann vorhandenen Risiko einer Amputation führen mit Blick auf die verbindliche Verwendung eines „allgemeinen Krankheitsbegriffes“ und dem Verzicht der Definition über ICDs E10 zu einer unzureichenden Präzisierung der Patientengruppen. Eine zielgerichtete Patientensteuerung und eine qualitativ hochwertige und effektive Gesundheitsversorgung werden somit erschwert.

- Mit der Einführung des DMP Herzinsuffizienz soll eine telemedizinische Betreuung sowie eine leitliniengerechte ambulante Betreuung durch Haus- und Facharzt erzielt werden. Die häufigste Komplikation im Krankheitsverlauf einer chronischen Herzinsuffizienz ist die kardiale Dekompensation mit Wassereinlagerungen in der Lunge und/oder in den Extremitäten. Sie führt zu schwerer Atemnot. Die Rationale einer telemedizinischen Mitbetreuung liegt in der Früherkennung einer beginnenden kardialen Dekompensation durch tägliche Übersendung von Vitaldaten (insbes. Gewicht) durch den Patienten. Zur Auswahl entsprechender Patienten ist die Erfassung der gesicherten Diagnose chronische Herzinsuffizienz (I50.- G) unverzichtbar, ansonsten würden die Patienten nicht zielgerichtet für das Telemedizinverfahren ausgewählt und damit versorgt werden können.
- Verträge zur Versorgung bestimmter Patienten mit psychischen Erkrankungen (Ziel: home treatment) zielen auf eine besondere Form der Betreuung, die nur bei bestimmten Erkrankungen Wirksamkeit entfaltet. Die Einschlusskriterien für die Teilnahme werden bspw. an teilstationäre oder stationäre Diagnosen nach ICD-10 geknüpft.

Weitere Beispiele für die Wichtigkeit der ICD-gebundenen Vertragsregelungen, um im Interesse der Patientinnen und Patienten medizinische Behandlungserfolge erzielen zu können, sind

- Versorgungsangebote zur Identifizierung von Kindern und Jugendlichen mit einem Verdacht auf eine Essstörung (Fokus Magersucht, Bulimie, Binge Eating), medizinisch definiert über ICD F50 als zielgerichtetes Programm für Kinder und Jugendliche mit dieser Erkrankung.
- Versorgungsangebote zur Vermeidung chronischer allergischer Rhinitis bei Kindern und Jugendlichen (ICDs J30.1, J30.2, J30.3 oder J30.4).
- Programm zur Identifikation von Schwangeren mit Risikofaktoren für Frühgeburten, Risiken sind definierte Erkrankungen (z.B. Gestationsdiabetes, Vaginose), die über entsprechende ICDs O24, N76.0 medizinisch definiert werden. Hier erfolgte bereits nachweislich eine Senkung der Frühgeburtenrate um mehr als 30 %.
- Zweitmeinungsprogramme zur Vermeidung unnötiger Bandscheibe-/Wirbelsäulenoperationen. Risikopatienten bzw. vorliegende (Grund-)Erkrankungen werden über die ICDs F45.4, F45.40, F45.41, M40*, M41.1, M41.2, M41.3, M41.4, M41.5, M41.8, M41.9, M42.0, M42.1, M42.9, M43.0, M43.1, M43.2, M43.3, M43.4, M43.5, M43.6, M43.8, M43.9, M45*, M46*, M47.0, M47.1, M47.2, M47.8, M47.9, M48*, M49*, M50*, M51*, M53*, M54*, M79.9, M99*, R52.1, R52.2, R52.9. medizinisch definiert. Auch mit diesem Angebot ist nachweislich eine Reduktion von nach Erstindikation geplanten Operationen bei den Programmteilnehmern von etwa 80 % belegt.
- Programme zur telemedizinischen Mitbetreuung von Versicherten mit einer vorliegenden Herzinsuffizienz. Die Herzinsuffizienz wird hier über ICDs medizinisch definiert. Die Programme führen nachweislich zu einer Reduktion der Rehospitalisierungsquoten und zur Reduktion der Mortalität.
- Interdisziplinäre, multimodale Therapieprogramm für Menschen mit chronischen Kopfschmerzen. Die betroffenen Patienten/-gruppen werden medizinisch über die ICDs G43.- G44.- G50.0 G50.1. sowie bei überwiegender Kopfschmerzcharakter über F45.40, F45.41 definiert. Aktuell bildet ein derartiger Vertrag zusätzlich die Basis für ein gefördertes Innovationsfondsvorhaben (Smartphonegestützte Migränetherapie) gemeinsam mit Charité und Universitätsmedizin Rostock und dem Universitätsklinikum Halle).
- Programme zur Früherkennung und Sekundärprävention der chronischen Niereninsuffizienz, in denen die medizinisch definierte Teilnahmevoraussetzung für Versi-

cherten mit hohem medizinischen Risiko = Diabetes (ICDs E11.-, E12.-, E14.-) und Bluthochdruck (ICD I10.- bis I13.- und I15.-) gebildet wird.

- Verträge zur konservativen Behandlung der Adipositas bei Erwachsenen. Die Patientengruppen werden in diesen Verträgen medizinisch definiert über die ICD E66.- und für Teilnehmer mit BMI unter 28 zusätzlich definiert über das Vorliegen von Nebenerkrankungen (Diabetes mellitus E11.-, E12.-, E14.-; arterielle Hypertonie I10.-, Arthrose der großen Gelenke M16.-, M17.-, M19.- Obstruktive Schlafapnoe G47.3).

Diagnosen und Diagnosecodes sind eine Fachsprache der Medizin. Es ist nicht sachgerecht, in Versorgungsverträgen auf die Nutzung dieser „Fachsprache“ verzichten zu müssen.

C Änderungsvorschlag

Änderung in der Begründung der Regelung:

Der Satz:

„Vergütungen für Leistungen, die aus medizinischen Gründen nur Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten angeboten werden, sind weiterhin möglich, sofern sie an einen allgemeinen Krankheitsbegriff anknüpfen. Hierbei ist allerdings ausgeschlossen, dass die Vertragspartner diesen allgemeinen Krankheitsbegriff anhand bestimmter Krankheiten definieren und andere Krankheiten, die diesen Krankheitsbegriff auch erfüllen, dabei unberücksichtigt lassen.“

wird ersetzt durch:

„Vergütungen für Leistungen, die aus medizinischen Gründen nur Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten und Krankheitsausprägungen angeboten werden, sind weiterhin möglich, sofern sie an eine medizinische Bezeichnung des Krankheitszustands anknüpfen, die die Zielgruppe für den Versorgungsvertrag eindeutig beschreibt. Hierbei ist allerdings ausgeschlossen, dass die Vertragspartner die medizinische Bezeichnung nicht am Versorgungsziel des Vertrags ausrichten, sondern in der Absicht wählen, Kodieranreize zu setzen.“

Änderungsantrag 7 zu Art. 1 Nr. 41, 83 und Art. 10 Nr. 6 §§ 81a, 197a SGB V und 47a SGB XI: Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten

A Beabsichtigte Neuregelung

Vorgesehen sind erweiterte Übermittlungsbefugnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten.

B Stellungnahme

Die AOK-Gemeinschaft befürwortet diese Ergänzungen, denn sie können dafür Sorge tragen, dass die Stellen, die für die Erteilung, die Rücknahme oder den Widerruf des Ruhens der Approbation bzw. der Berufsausübung zuständig sind, von den Kranken- und Pflegekassen sowie KVen davon in Kenntnis gesetzt werden können, ob Leistungserbringer bereits wegen Fehlverhalten i. S. d. §§ 81a, 197a SGB V bzw. § 47a SGB XI auffällig waren und somit eine erteilte Approbation bzw. Berufszulassung widerrufen bzw. entzogen werden kann.

Das gesetzgeberische Ziel, Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu verringern (bekämpfen), wird damit noch etwas besser erreicht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Änderungsantrag 8 Art. 1 Nr. 51 c) § 92 Abs. 7e SGB V: Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

A Beabsichtigte Neuregelung

Das Mitberatungsrecht der Länder bei Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Bedarfsplanung wird um ein Antragsrecht erweitert.

Es wird konkretisiert, dass der Gemeinsame Bundesausschuss über Anträge der Länder in der nächsten Sitzung des jeweiligen Gremiums zu beraten hat. Wenn über einen Antrag nicht entschieden werden kann, soll in der Sitzung das Verfahren hinsichtlich der weiteren Beratung und Entscheidung festgelegt werden. Entscheidungen über die Einrichtung einer Arbeitsgruppe und die Bestellung von Sachverständigen durch den zuständigen Unterausschuss sind nur im Einvernehmen mit den Ländern zu treffen.

B Stellungnahme

Die Ausweitung der Rechte der Länder bei Beratungen zur Bedarfsplanung auf Bundesebene wird abgelehnt. Die Bedarfsplanungs-Richtlinie sollte weiter von den für die Finanzierung verantwortlichen Krankenkassen sowie den für die Sicherstellung zuständigen Leistungserbringern erarbeitet werden. Die Länder können bereits beratend mitwirken und damit ihre Expertise einbringen. Darüber hinaus wirken die Länder auf Landesebene in den Landesausschüssen mit und haben damit Einfluss auf den regionalen Bedarfsplan. Ein Mehrwert durch die Möglichkeit der Antragsstellung in den Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses ist nicht ersichtlich. Stattdessen besteht die Gefahr, den Prozess unnötig zu verlangsamen. Dies gilt vor allem für die Einvernehmenserfordernis für die Einrichtung von Arbeitsgruppen und die Bestellung von Sachverständigen.

C Änderungsvorschlag

Keine Ausweitung der Beteiligung der Länder.

Änderungsantrag 9 Art. 1 Nr. 55 d) § 103 SGB V: Zulassungsbeschränkungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß § 103 Absatz 4 Satz 5 Nummer 7 hat der Zulassungsausschuss bei der Auswahl der Bewerber im Falle eines Nachbesetzungsverfahrens u. a. zu berücksichtigen, ob der Bewerber bereit ist, die in der Ausschreibung definierten besonderen Versorgungsbedürfnisse zu erfüllen. Der Änderungsantrag sieht vor, dass der Zulassungsausschuss die Zulassung unter der Voraussetzung erteilen kann, dass sich der Arzt zur Erfüllung dieser Versorgungsbedürfnisse verpflichtet.

B Stellungnahme

Diesem Vorschlag wird ausdrücklich zugestimmt. Damit kann – sollte die Versorgung in einem Planungsbereich Defizite aufweisen – gezielt gegengesteuert werden.

C Änderungsvorschlag

Keiner

ÄA 10 Art. 1 Nr. 56 § 105 SGB V Förderung Notdienststrukturen

A Beabsichtigte Neuregelung

- 1b) Für die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen wird die fakultative Möglichkeit geschaffen, einen zusätzlichen zweckgebundenen Betrag über die Mittel des Strukturfonds hinaus zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Kassenärztlichen Notdienstes zu vereinbaren.
- 1c) Folgeänderung aufgrund der Einfügung des neuen Absatzes 1b
- 1d) Folgeänderung aufgrund der Einfügung des neuen Absatzes 1b

B Stellungnahme

- 1b) Die Regelung zur Schaffung rechtlicher Grundlagen für fakultative Vereinbarungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zur zusätzlichen zweckgebundenen Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes wird grundsätzlich begrüßt. Regional unterschiedliche Voraussetzungen und Gegebenheiten führten und führen gleichfalls zu regional heterogenen kassenärztlichen Notdienststrukturen. Insofern ist es folgerichtig, den Gestaltungsrahmen für die regionalen Gesamtvertragspartner fakultativ zu öffnen.
Die restriktive Vorgabe zur Bereitstellung zusätzlicher Beträge über die Mittel des Strukturfonds hinaus sollte dahingehend angepasst werden, dass gleichwohl auch Mittel aus dem Strukturfonds zur zweckgebundenen Förderung der Sicherstellung der kassenärztlichen Notdienststrukturen eingesetzt werden können. Aufgrund der fakultativen Vereinbarungsmöglichkeit besteht damit eine zusätzliche Option für die regionalen Gesamtvertragspartner, die verpflichtend bereitzustellenden Mittel des Strukturfonds sinnvoll zu nutzen. Trotzdem sollte die Möglichkeit bestehen, nicht verwendete Gelder des Strukturfonds an die Krankenkassen bzw. in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zurückzuführen.
- 1c) Mit Nr. 56 c) des Kabinettsentwurfs des Terminservice- und Versorgungsgesetz werden die Absätze 1b und 1c eingefügt, die nun aufgrund des neu hinzugekommenen Absatzes 1b jeweils um eine Position verschoben werden. Wie bereits in der Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zum Kabinettsentwurf ausgeführt, ist die Erweiterung und Flexibilisierung der Eigeneinrichtungen zu begrüßen. Abzulehnen ist jedoch, dass die Krankenkassen, sofern es sich um die verpflichtende Sicherstellung handelt, nicht eingebunden werden.
- 1d) Die beratende Einbindung der für die Sicherstellung zuständigen KVen an der Vergabe von Medizinstudienplätzen erscheint sinnvoll, muss jedoch nicht zusätzlich im SGB V geregelt werden.

C Änderungsvorschlag

Der Absatz 1b wird wie folgt eingefügt:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich können vereinbaren, dass zur Förderung

der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes ein Betrag zweckgebunden zusätzlich zu oder aus Mitteln nach Absatz 1a bereitgestellt werden kann.“

Der Absatz 1c wird um folgenden Satz ergänzt:

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

Keine Aufnahme des Absatzes 1d.

Änderungsantrag 11 Art. 1 Nr. 56a § 106 SGB V: Wirtschaftlichkeitsprüfung

A Beabsichtigte Neuregelung

- a) Streichung einer Absatzangabe zum § 297 SGB V, wonach nur nach Absatz 1 bis 3 geprüft werden soll.
- b) Für die Nachforderungen oder Kürzungen im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Ärzte soll die ursprünglich bestehende Frist von bis zu vier Jahren auf zwei Jahre kraft Gesetzes reduziert werden. Dies wird mit einer Erhöhung der Planungssicherheit der vertragsärztlichen Leistungserbringer begründet.

B Stellungnahme

- a) Durch die Streichung ist zukünftig auch der § 297 Abs. 4 SGB V zu berücksichtigen.
- b) Die Fristverkürzung wird abgelehnt. Es ist nicht erkennbar, warum die bisherige Praxis von vier Jahren nicht weitergeführt werden sollte, um den Krankenkassen bzw. den Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit einer ordentlichen Prüfung mit begründeten Anträgen zu geben. Bei der Fristverkürzung müssten zumindest in einer Übergangsphase die Prüfungsgeschäftsstellen personell aufgestockt werden, damit sie Fristen in der Abarbeitung einhalten können. Kosten müssten von den Kostenträgern getragen werden. Zukünftig müssten die Krankenkassen zeitnaher die Anträge stellen, was zumindest bei ihnen ggf. dauerhaft zu einem erhöhten Personaleinsatz führen könnte. Es besteht die Gefahr, dass der gesetzliche Prüfauftrag nicht ordentlich erfüllt werden kann. Bereits heute werden die Anträge möglichst zeitnah gestellt.

C Änderungsvorschlag

- a) Keiner
- b) Streichung

Änderungsantrag 11 Art. 1 Nr. 57 § 106a SGB V: Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Zufälligkeitsprüfung ärztlicher Leistungen gem. § 106a SGB V soll gestrichen werden. Es soll zukünftig ein Antragserfordernis eingeführt werden. Außerdem wird die Höchstzahl der geprüften Ärzte auf 2% festgesetzt.

Weiterhin können Prüfungen ärztlicher Leistungen nach Durchschnittswerten oder andere arztbezogene Prüfungsarten durch die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen sowie die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen vereinbart werden. Prüfungen nach Durchschnittswerten für Planungsbereiche und Arztgruppen bei denen Unterversorgung drohen oder Versorgungsbedarfe festgestellt werden, sollen ausgeschlossen werden.

B Stellungnahme

Mit diesem Änderungsantrag entfällt der Prüfauftrag von Amts wegen. Dies widerspricht dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach §12 SGB V und der gesetzlichen Verpflichtung, dass die Abrechnungen zu prüfen sind.

Die Kürzung der bisherigen Regelung von mindestens 2% auf höchstens 2% (also auch 0% wäre möglich) je Quartal ist nicht nachvollziehbar und wirft auch Fragen zur Praktikabilität auf, z.B. bei welchem Prüfauftrag (welcher Krankenkasse) die Grenze gezogen wird, wenn noch mehrere Anträge offen sind. Ein Arzt könnte somit rechnerisch nur ca. alle 12 Jahre einer Prüfung unterzogen werden. Dies wäre eine starke Einschränkung des Prüfgeschäfts zum Status Quo.

In der Prüfungsrealität spielen Prüfungen auf Antrag und nach Auffälligkeiten (Durchschnittswerten) eine größere Rolle als die Zufälligkeitsprüfung. Zumindest die Prüfung nach Durchschnittswerten sollte verbindlich vorgegeben werden. Daher sollte die vorgesehene „Kann“-Regelung zumindest bezüglich der Durchschnittswertprüfung in eine „Soll“-Regelung umgewandelt werden, damit die Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung diese Prüfung nicht grundsätzlich verhindern kann.

Die Ausgestaltung der Durchschnittswertprüfung ist jetzt schon in den Ländern sehr unterschiedlich und sollte weiterhin den Vertragspartnern auf Landesebene, die die regionalen Besonderheiten kennen, vorbehalten bleiben. Gesetzliche Vorgaben bedarf es hierzu nicht.

Der Wegfall der Prüfung in unterversorgten Bereichen ist nicht sachgerecht. In einer Durchschnittsprüfung wird der Einzelfall geprüft und nicht die Grundgesamtheit aller Fälle einer Praxis. Hier gelten in unterversorgten Gebieten die gleichen Regelungen wie in „normal“ versorgten Gebieten. Eine Abweichung würde eine nicht begründbare Willkürlichkeit bedeuten. Es besteht die Möglichkeit, Praxisbesonderheiten festzulegen, wenn besondere Auffälligkeiten einer Praxis toleriert werden sollen. Sofern dies nicht geschieht, sollte auch in unterversorgten Gebieten unwirtschaftliches Verhalten überprüft und nicht von vornherein ausgeschlossen werden.

C Änderungsvorschlag

Streichung

Änderungsantrag 11 Art. 1 Nr. 58 § 106b SGB V: Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Höhe der Nachforderungen wegen unwirtschaftlicher Ordnungsweisen werden auf eine Differenzberechnung beschränkt.

B Stellungnahme

Der Vorschlag sieht eine Teilberechnung des Schadens vor. Diese wird schwierig durchführbar und voraussichtlich auch angreifbar sein. Damit würde es nicht zu einer schnellen Klarstellung, sondern wahrscheinlich in einer hohen Anzahl zu langwierigen Auseinandersetzungen kommen. Hinzu käme für alle Beteiligten ein hoher Verwaltungsaufwand.

C Änderungsvorschlag

Streichung

Änderungsantrag 11 Art. 1 Nr. 59 §106d SGB V: Abrechnungsprüfung der vertragsärztlichen Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Ausschlussfrist der Prüfungen auf Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnungen wird auf zwei Jahre nach dem Abrechnungszeitraum gesetzlich festgelegt.

B Stellungnahme

Die Änderungen sind abzulehnen.

Die Verkürzung der Frist auf zwei Jahre nach dem Abrechnungszeitraum ist sachfremd und verringert die Durchsetzung möglicher Ansprüche. Gerade im ärztlichen Bereich liegen den Krankenkassen die Abrechnungsdaten erst nach weiteren zwei Quartalen vor. Daher ist es zwingend erforderlich, bei Beibehaltung der geplanten, knappen Frist, diese zumindest genau zu definieren. Die Frist sollte frühestens nach Eingang der Abrechnungsdaten bei den Krankenkassen beginnen.

C Änderungsvorschlag

Streichung

Änderungsantrag 11 Art. 1 Nr. 92 § 275 SGB V: Begutachtung und Beratung

A Beabsichtigte Neuregelung

- a) Wie im bisherigen Gesetzesentwurf bleiben die Regelungen des §87 Absatz 1c zum zahnärztlichen Gutachterverfahren SGB V unberührt.
- b) Durch die vorgesehenen Änderungen zu der Zufälligkeitsprüfung bedarf es keiner Regelung mehr zu Prüfung der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit. Daher Streichung des § 275 Abs. 1b SGB V.

B Stellungnahme

- a) Übergeordnetes Ziel des Gesetzgebers ist es, eine gesetzliche Gleichrangigkeit zwischen MDK Gutachten und Vertragsgutachten im Rahmen des aktuellen TSVG herzustellen. Diesem Regelungsentwurf hat die AOK-Gemeinschaft bereits zugestimmt. Da die Details der MDK-Gutachten und der Vertragsgutachten im Rahmen des BMV-Z bereits hinsichtlich der Finanzierung sehr unterschiedlich geregelt sind, wird mit der Folgeregelung die Autonomie der bisherigen bundesmantelvertraglichen Regelungen gesetzlich legitimiert und damit ein Vermischen von Regelungsdetails aus den MDK-Gutachten mit den Vertragsgutachten ausgeschlossen.
- b) Weil die Änderung des § 106a Abs. 1 SGB V abgelehnt wird, kann es auch nicht zur Streichung dieses Paragraphen kommen. Der MDK sollte weiterhin Prüfungen der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit vornehmen.

C Änderungsvorschlag

- a) Keiner
- b) Streichung

Änderungsantrag 11 Art 1 Nr. 100 § 297 SGB V: Weitere Regelungen zur Datenübermittlung für Wirtschaftlichkeitsprüfungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu Buchstabe a bis d)

Folgeänderungen der Streichung der Zufälligkeitsprüfungen von Amts wegen.

B Stellungnahme

Zu Buchstabe a bis d)

Weil die Änderungen der §§ 106ff. SGB V abgelehnt werden, kann es auch nicht zu den Änderungen dieses Paragraphen kommen.

C Änderungsvorschlag

Streichung

Änderungsantrag 12 Art. 1 Nr. 79a § 137i SGB V: Pflegepersonaluntergrenzen

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu 1. Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu 2. Mit dem neuen Satz 2 werden die Regelungen zur Übermittlung von Daten, die zur Herstellung einer Datengrundlage im Rahmen der Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen benötigt werden, an die Vorgaben zur Übermittlung von Daten im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung des DRG-Systems angepasst. Danach ist nunmehr die Nichtlieferung, die nicht vollständige Lieferung oder die nicht fristgerechte Übermittlung der Daten, die nach dem vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach Absatz 3a entwickelten Konzept für die Herstellung einer tragfähigen Datengrundlage zur Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen an das Institut zu übermitteln sind, mit der Erhebung von Vergütungsabschlägen auf Krankenhausebene sanktioniert.

Zu 3. Der bisherige Absatz 6 sah den Abschluss einer Rahmenvereinbarung durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene über die Mehrkosten vor, die bei der Finanzierung der Pflegepersonaluntergrenzen entstehen. Vor dem Hintergrund der im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz zur finanziellen Stärkung der Pflege getroffenen Maßnahmen – insbesondere die vollständige Finanzierung von zusätzlichen und aufgestockten Pflegestellen in der unmittelbaren Patientenversorgung – ist die Notwendigkeit einer solchen Vereinbarung obsolet.

B Stellungnahme

Zu 1. Der Änderung wird zugestimmt.

Zu 2. Die Änderung ist sachgerecht. Wie auch schon bei der Sicherstellung der Repräsentativität der Stichproben zur Weiterentwicklung der Entgeltsysteme im Krankenhaus, sollten auch bei der Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen, die Krankenhäuser sich nicht sanktionsfrei ihren Datenlieferungsverpflichtungen entziehen können.

Zu 3. Die Änderung ist sachgerecht. Da nicht ersichtlich ist, welche Mehrkosten den Krankenhäusern durch die Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen entstehen können, bedarf es auch keiner Regelung dazu. Durch die Einführung eines Pflegebudgets nach § 17b Abs. 4 KHG (neu) wäre diese Regelung sowieso nur auf das Jahr 2019 begrenzt.

C Änderungsvorschlag

Zu 1. und 2. Keiner

Zu 3. Da der Absatz 6 aufgehoben wird, ist der alte Absatz 7 der neue Absatz 6.

Änderungsantrag 13 Art 1 Nr. 78a § 137f SGB V: Integration digitaler medizinischer Anwendungen in strukturierten Behandlungsprogrammen – DMP

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung des Absatz 8 im § 137f SGB V wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bei der Erstellung und Überarbeitung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) verpflichtet, die Aufnahme geeigneter digitaler medizinischer Anwendungen zu prüfen. Den Spitzenorganisationen der Anbieter soll Recht auf Stellungnahme im Entscheidungsprozess des G-BA eingeräumt werden. Unabhängig von einer bestehenden Regelung in der DMP-A-RL) sollen die Kassen die Möglichkeit erhalten, den Einsatz digitaler medizinischer Anwendungen bereits nach Inkrafttreten des Gesetzes in ihren DMPs vorzusehen.

B Stellungnahme

Die Ermöglichung der Verwendung geeigneter digitaler medizinischer Anwendungen im DMP - mit und ohne G-BA-Richtlinie - durch eine gesetzliche Änderung des § 137f SGB V ist zu begrüßen. Ein hier vorgesehene explizites Recht zur Stellungnahme der Bundesverbände der Anbieter digitaler medizinischer Anwendungen ist jedoch abzulehnen. Die Klarstellung, dass die Kassen auch ohne entsprechende Vorgaben des G-BA die Freiheit haben, in den DMP diese Anwendungen gezielt und ggf. im begrenzten Maße zu integrieren, ist ebenfalls zu begrüßen.

Die in Satz 1 vorgesehene Pflicht zur Prüfung der Aufnahme in die DMP-A-RL unterstreicht den Anspruch, die Digitalisierung in der Versorgung voranzubringen. Eine verbindliche Einführung ist damit an den Grundsatz der strukturierten Behandlungsprogramme geknüpft: digitale medizinische Anwendungen werden nur dann in den DMP-Leitlinien berücksichtigt, wenn der Nutzen für die medizinische Versorgung nachgewiesen ist.

Die mit dem Vorschlag herausgehobene Berechtigung der Spitzenorganisationen der Anbieter zur Stellungnahme ist abzulehnen, da dies die Autonomie des G-BA zur Auswahl der medizinisch relevanten - möglichst neutralen - Fachverbände einschränkt und der Einflussnahme der Herstellerseite unangemessen Raum gibt.

Die Möglichkeit der Kassen zum Einsatz digitaler medizinischer Anwendungen im DMP auch ohne entsprechende G-BA-Richtlinien bietet die Chance, der rasanten Entwicklung in diesem Bereich gerecht zu werden und die Innovationen z.B. in einem Testfeld zu erproben. Die evidenzbasierte Bewertung von Innovationen und die Definition von verbindlichen Qualitätsstandards muss allerdings im DMP weiterhin im institutionellen Rahmen des G-BA erfolgen.

C Änderungsvorschlag

Der vorgeschlagene Absatz 8, Satz 2 wird ersatzlos gestrichen.

Änderungsantrag 14 zu Art. 1 Nr. 85a § 219b SGB V: Deutsche Verbindungsstelle KV Ausland

A Beabsichtigte Neuregelung

§ 219b SGB V in der heutigen Form regelt den automatisierten Datenaustausch der Krankenkassen und anderer Träger der sozialen Sicherheit mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Ausland, auf Basis von durch die EU vorgegebener strukturierter Dokumente.

Durch die vorgeschlagene Neuregelung soll auch ein Austausch weiterer Daten ermöglicht werden. Um die Kompatibilität zwischen den europäischen und nationalen Verfahren für den Datenaustausch einheitlich für alle gesetzlichen Krankenkassen und betroffenen Sozialversicherungsträgern sicherzustellen, sollen hierzu zwischen Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung Bund und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V. Gemeinsame Grundsätze zum Austausch weiterer Daten bestimmt werden.

B Stellungnahme

Die Schaffung einer Rechtsgrundlage für den Austausch weiterer Daten wird begrüßt. Auch die Herstellung der Kompatibilität zwischen den europäischen und nationalen Verfahren ist ein wichtiger Aspekt. Allerdings erschwert das Erfordernis der Abstimmung einheitlicher Grundsätze zwischen den benannten Organisationen die Abstimmungsprozesse an den Stellen, an denen ein Teil der genannten Organisationen gar nicht betroffen ist (wenn es also bspw. ausschließlich um den Datenaustausch zwischen den Krankenkassen und dem GKV-Spitzenverband, DVKA geht). Andererseits fehlt die Abstimmung der Gemeinsamen Grundsätze mit den Krankenkassen.

C Änderungsvorschlag

Dem § 219b wird folgender Satz angefügt:

„Der Austausch weiterer Daten zwischen den in Satz 1 genannten Stellen im automatisierten Verfahren zur Erfüllung der in § 219a genannten Aufgaben erfolgt auf Grundlage Gemeinsamer Grundsätze, die zwischen den jeweils an den Datenaustauschverfahren Beteiligten abgestimmt werden.“

Änderungsantrag 15 zu Art. 1 Nummer 91 § 274 SGB V: Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird den verschiedenen Prüfdiensten ermöglicht, externe Sachverständige, z. B. für Prüfungen mit technischen Aspekten, nach eigenem Ermessen uneingeschränkt hinzuziehen zu können. Im Wesentlichen werden dafür begründend die Themen Datenschutz und Informationssicherheit angeführt.

B Stellungnahme

Die vorgeschlagene Ergänzung der Befugnisse der Aufsichtsbehörden wird abgelehnt. Die Neuregelung würde zu Mehrfachprüfungen der in der Gesetzesbegründung angesprochenen Themen führen und zudem zusätzliche Kosten (vgl. § 274 Abs. 2 SGB V) verursachen, die den Versicherten gemeinschaftlich auferlegt werden müssten. Da bereits Prüfungsverfahren etabliert sind, ist dies nicht begründbar und unwirtschaftlich.

Hinsichtlich der Prüfungen zum Datenschutz legt die EU-Datenschutzgrundverordnung die Zuständigkeit bei den Datenschutzaufsichten grundsätzlich fest (Art. 57 Abs. 1 EU-DSGVO) und beschreibt deren Aufgaben und deren Rolle hinsichtlich der Akkreditierung von Zertifizierungsverfahren. Aus dieser Regelung wird deutlich, dass es die Aufgabe der Aufsichtsbehörden ist, Zertifizierungsstellen zuzulassen, mit deren Hilfe die Verantwortlichen dann wiederum ggü. den Aufsichten Nachweise über die Einhaltung gesetzlicher Bestimmungen erbringen können. Es ist nicht Aufgabe der Aufsichtsbehörden, selbständig Auditierungen bei Verantwortlichen zu beauftragen. Auch bei den Untersuchungs-, Abhilfe- und Genehmigungsbefugnissen (Art. 58 Abs. 1-3 EU-DSGVO) findet sich kein Hinweis darauf, dass es Aufgabe der Aufsichtsbehörden sei, selbst Auditierungen durch externe Stellen bei Verantwortlichen zu veranlassen. Es findet sich auch keine Öffnungsklausel, welche nationale gesetzliche Regelungen zulassen.

Ergänzend bestehen umfangreiche spezialgesetzliche Regelungen, die bereits sachverständige Auditierungen nach sich ziehen und so den Beteiligten ausreichende Sicherheit hinsichtlich technischer und prozessualer Umsetzungen bieten. Dieses sind z. B. die Nachweispflichten gem. Nr. A9 Umsetzungsleitfaden zur Richtlinie nach § 217f Abs. 4 b SGB V oder aber auch die Prüfungen zentral entwickelter EDV-Software der Kranken- und Pflegekassen bei den Herstellern. Letzteres deckt nicht nur Anforderungen des Datenschutzes sondern umfassend auch die Themen Fehlerfreiheit, Qualität, Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Revisionssicherheit ab. Für die Überprüfung der Einhaltung des Standes der Technik hinsichtlich der Sicherheit in der Verarbeitung (Art. 32 EU-DSGVO) sind ebenso definierte Verfahren bereits durch das europäische Recht (Art. 40 bis 42 i. v. m. § 57 Abs. 1 lit. m –q EU-DSGVO) geregelt, es bedarf keiner Sonderregelung für die gesetzliche Krankenversicherung.

Gleichermaßen verhält es sich mit der Überprüfung des Standes der Technik in Bezug auf die Informationssicherheit. Das BSI-Gesetz und die daraus abgeleitete Kritis-Verordnung erfassen auch den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung: In diesem Zusammenhang erfolgen bereits regelmäßige Nachweise ggü. dem BSI, insbesondere durch von der Krankenkasse beizubringende Zertifizierungen.

C Änderungsvorschlag

Streichung

Änderungsantrag 17 Art. 1 Nr. 18 § 291 SGB V: Elektronische Gesundheitskarte

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen werden durch die Neuregelung verpflichtet, ab dem 01.12.2019 ausschließlich elektronische Gesundheitskarten auszugeben, die mit einer kontaktlosen Schnittstelle ausgestattet sind, sowie diese auf Verlangen ab diesem Zeitpunkt neu auszugeben.

B Stellungnahme

Die AOK-Gemeinschaft unterstützt die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbands. Die Zielstellung des Gesetzes, den Versicherten die Authentifizierung gegenüber der Telematikinfrastruktur und damit den Zugriff auf ihre Daten zu erleichtern, wird begrüßt. Fraglich ist, ob dies durch eine kontaktlose Schnittstelle auf der elektronischen Gesundheitskarte effektiv erreicht werden kann. Die durch das Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) eingeführten sicheren Authentifizierungsverfahren ohne Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte sind dazu besser geeignet. Insbesondere mit Blick auf das Kosten-Nutzen-Verhältnis erscheint der Einsatz der kontaktlosen Schnittstelle fraglich.

Unrealistisch ist jedoch die im Gesetzentwurf vorgegebene Frist. Da derzeit kein zugelassenes G2-Kartenbetriebsystem (COS 2) eine kontaktlose Schnittstelle unterstützt, müsste die entsprechende Funktionserweiterung nach Auftragsvergabe erst noch durch die Industrie entwickelt werden. Anschließend müssten folgende erforderliche Zulassungs- und Bestätigungsverfahren der gematik durchlaufen werden:

- Zulassung des Betriebssystems (Card Operating Systems (COS))
- Zulassung des Objektsystems der elektronischen Gesundheitskarte
- Bestätigungsverfahren zur Validierung der Personalisierungsdaten der eGK.

Die Zulassung des Betriebssystems umfasst neben der funktionalen und elektromechanischen Prüfung auch eine IT-Sicherheitszertifizierung durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) gemäß Common Criteria. Diese hat in der Vergangenheit im Schnitt 19 Monate gedauert, im besten Fall 13 Monate. Im Rahmen der Zulassung des Objektsystems ist eine IT-Sicherheitszertifizierung durch eine vom BSI akkreditierte Prüfstelle erforderlich. Hier ist mit einer Dauer von 4 Monaten zu rechnen. Anschließend muss jede Krankenkasse einzeln das Bestätigungsverfahren zur Validierung der Personalisierungsdaten der eGK durchlaufen. Bis die gematik sukzessive alle Anträge bearbeitet hat, kann das 6 Monate dauern. Diese Zeiten können durch die Krankenkassen nicht beeinflusst werden. Zudem muss bei gleichzeitigen Zulassungsverfahren auch die Ressourcensituation bei den Zulassungsstellen inkl. BSI mit betrachtet werden.

Eine Fristsetzung, die bereits zum aktuellen Zeitpunkt durch die Kassen nicht realisierbar ist und durch die Kassen auch nicht beeinflussbar ist, wird daher abgelehnt. Eine flächendeckende Ausgabebereitschaft ist unter idealen Bedingungen frühestens im 4. Quartal 2020 denkbar. Daher spricht sich die AOK-Gemeinschaft für eine Fristverlängerung mindestens auf den 01.01.2021 aus.

C Änderungsvorschlag

Dem § 291 Absatz 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482),

das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. August 2017 (BGBl. I S. 3214) geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt:

„Elektronische Gesundheitskarten, die ab dem 01.01.2021 von den Krankenkassen ausgegeben werden, müssen mit einer kontaktlosen Schnittstelle ausgestattet sein; Versicherte haben ab dem 01.01.2021 einen Anspruch gegenüber ihrer Krankenkasse auf die unverzügliche Ausgabe einer elektronischen Gesundheitskarte mit einer kontaktlosen Schnittstelle.“

Änderungsantrag 18 zu Art. 3 § 11 des Bundesvertriebenengesetzes: Spätaussiedler

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Leistungen nach § 11 Bundesvertriebenengesetz an berechnigte Spätaussiedler werden künftigh von der Krankenkasse erbracht, die der Berechnigte für eine spätere Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung wählt. Wird eine Wahl der Krankenkasse nach § 173 SGB V nicht getroffen, wählt das Bundesverwaltungsamt oder eine von ihm benannte Stelle eine Krankenkasse für die Leistungen nach § 11 Bundesvertriebenengesetz.

Für die Fälle, in denen dennoch eine andere Krankenkasse die Leistungen nach § 11 Bundesvertriebenengesetz erbringt, als die Krankenkasse, bei der eine Versicherung zustande kommt (doppelte Kassenwahl – es gilt die zuletzt ausgesprochene Willenserklärung) wird klargestellt, dass für die Erstattung der Krankenkasse untereinander die §§ 102 ff. SGB X Anwendungen finden. Für den Erstattungsfall konkret gilt § 103 SGB X analog.

B Stellungnahme

Die Änderung wird begrüßt und ist unbedingt erforderlich.

Hierdurch ist sichergestellt, dass die Krankenkasse mit den Aufwendungen belastet wird, die aufgrund der Versicherung auch die Zuweisungen aus dem RSA erhält. Die Mittel nach § 221 SGB V fließen damit der Krankenkasse zu, die einem Spätaussiedler Leistungen gewährt hat.

Zur Klarstellung, dass die Leistungen nach § 11 Bundesvertriebenengesetz an berechnigte Spätaussiedler künftigh von der Krankenkasse erbracht werden, die der Berechnigte für eine spätere Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung wählt, ist die Begründung zu Nr. 4 des Änderungsantrages noch entsprechend anzupassen. Damit würde das Bundesverwaltungsamt eine Krankenkasse nach § 173 SGB V wählen und die Identität zwischen leistungserbringender Krankenkasse nach § 11 Bundesvertriebenengesetz und für die Durchführung der Krankenversicherung gewählter Krankenkasse wäre gegeben.

C Änderungsvorschlag

Satz 2 der Begründung zu Nr. 4 des Änderungsantrages wird wie folgt gefasst:

„Wird eine Wahl der Krankenkasse nach § 173 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht getroffen, wählt das Bundesverwaltungsamt oder eine von ihm benannte Stelle eine Krankenkasse nach § 173 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

Änderungsantrag 19 Art. 14a § 21 KHEntgG: Übermittlung und Nutzung von Daten

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals wurde die Datenstelle, die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus getragen wird, ab dem 01.01.2019 dauerhaft mit der datentechnischen Weiterentwicklung der Vereinbarung nach § 21 Absatz 4 Satz 1 beauftragt. Diese Weiterentwicklung ist im Benehmen mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und dem Bundesamt für die Sicherheit in der Informationstechnik vorzunehmen. Zuvor war die entsprechende Vereinbarung durch die Vertragsparteien auf Bundesebene zu treffen, wobei auch eine Entscheidung durch die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vorgesehen war, sofern die Vereinbarung ganz oder teilweise nicht zustande kam.

B Stellungnahme

Einer Entscheidung durch die Schiedsstelle bedarf es durch die neue Aufgabenzuweisung nicht mehr. Es handelt sich insoweit um Rechtsbereinigungen bzw. um Korrekturen fehlerhafter Verweise.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Änderungsantrag 24 Art. 1 Nr. 40 und Art. 7 § 79 SGB V §§ 35a, 121 SGB IV: Ehrenamtlichkeit VV-Mitglieder K(B)Ven und Vorstandsverträge

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit den Änderungen in § 35a Absatz Absätze 6 und 6a SGB IV sollen notwendige Änderungen umgesetzt werden, die sich aus dem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 20.03.2018 (Az. B 1 A 1/17 R) ergeben. Darüber hinaus sollen Klarstellungen und Konkretisierungen vorgenommen werden, die sich im Rahmen der aufsichtsrechtlichen Prüfung von Vorstandsdienstverträgen als notwendig herausgestellt haben.

Die Vergütung der Mitglieder des Vorstandes einschließlich aller Nebenleistungen und Versorgungsregelungen hat danach in angemessenem Verhältnis zur Bedeutung der Körperschaft (bisher auch: zum Aufgabenbereich) zu stehen, die sich insbesondere nach der Zahl der Versicherten (bisher: der Mitglieder) bemisst. Darüber hinaus ist die Größe des Vorstandes zu berücksichtigen. Finanzielle Zuwendungen nach Absatz 6 Satz 3 (d.h. alle Nebenleistungen sowie sämtliche Versorgungsregelungen) sind auf die Vergütung der Vorstandsmitglieder anzurechnen oder an die Körperschaft abzuführen. Vereinbarungen der Körperschaft für die Zukunftssicherung der Vorstandsmitglieder sind nur auf Grundlage von beitragsorientierten Zusagen zulässig. Die Veröffentlichung einer Übersicht über die Höhe der jährlichen Vergütungen der einzelnen Vorstandsmitglieder einschließlich aller Nebenleistungen und Versorgungsregelungen hat betragsmäßig jährlich am 1. März nicht nur, wie bisher, im Bundesanzeiger und in der Mitgliederzeitschrift, sondern nunmehr auch auf der Internetseite der jeweiligen Krankenkasse zu erfolgen.

Mit der Übergangsregelung in § 121 soll klargestellt werden, dass die Berücksichtigung finanzieller Zuwendungen und die Unzulässigkeit einzelvertraglich vereinbarter Direktzusagen von Zukunftssicherungsleistungen erst zu Beginn der nach Inkrafttreten folgenden neuen Amtsperiode Anwendung findet.

Von einer Bewertung der Änderung des § 79 SGB V wird hier abgesehen, da nicht die gesetzlichen Krankenkassen betroffen sind.

B Stellungnahme

Die interne Organisation der Verwaltung mit den personalwirtschaftlichen Kompetenzen und Kosten des Personaleinsatzes gehören zum Kernbereich der Selbstverwaltung. Die vorliegenden Änderungen stellen sich als ein ungerechtfertigter sowie anlassloser Eingriff in die Rechte des Verwaltungsrates der gesetzlichen Krankenkassen dar. Die Einschränkung des Aufgabenbereichs der sozialen Selbstverwaltung 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.

Die Aufsichtsbehörden haben bereits als Konsequenz aus der Rechtsprechung des BSG am 14./15.11.2018 die „Allgemeine Verwaltungsvorschrift der Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder über die Sozialversicherungsträger für Vorstands- und Geschäftsführerverträge im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung gem. § 35a Absätze 6 und 6a SGB IV“ samt zugehöriger Anlagen (Veröffentlichungsmuster, Trendlinien der Vergütung und Mustervertrag) beschlossen. Ein Regelungsanlass für die vorliegenden Änderungen des § 35a SGB IV besteht nicht. Weder wird das Ziel der Bestimmung eines verlässlichen Rahmens zur Ausgestaltung von Vorstandsvergütungen bei

gleichzeitiger Gewährung ausreichend großer Handlungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung erreicht, noch wird angesichts der uneinheitlichen Regelungen Rechtssicherheit geschaffen.

Erkennbar handelt es sich bei den gesetzlichen Änderungsvorschlägen lediglich um punktuelle Ergänzungen bzw. Verschärfungen gegenüber der „Allgemeine Verwaltungsvorschrift“ der Aufsichtsbehörden. Dass z.B. bei Erreichen der gesetzlichen Obergrenzen für die Zahl der Vorstandsmitglieder nach § 35a Absatz 4 Satz 1 die Vergütung des einzelnen Vorstandsmitglieds niedriger ausfallen müsse als in dem Fall, dass diese Grenzen unterschritten werden, zeigt, dass weder die Aufgabenstellung der Vorstände von großen Krankenkassen, noch die Bedingungen des Marktes zur Gewinnung qualifizierten Personals gewürdigt werden.

Auch in Bezug auf die Ausweitung der Regelung zur Veröffentlichungsform im Internet muss in Frage gestellt werden, ob dies der Stärkung der Transparenz dienen wird. Der Gesetzgeber versäumt an dieser Stelle die längst überfällige Anpassung der Vorschrift im SGB IV an die Entwicklungen im Bereich der elektronischen Transparenz. Die Vorschrift fällt hinter § 34 SGB IV (Art der Bekanntmachung wird bestimmt durch Satzung) und § 305b SGB V zurück und schafft unsachgemäßen Verwaltungs- und Kostenaufwand. In § 305b SGB V wird z.B. bereits in Bezug auf die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse der „elektronische“ Bundesanzeiger“ vorgesehen und die weiteren Veröffentlichungsformen – wie auch in § 34 SGB IV - in die Satzungshoheit der Körperschaften gegeben.

C Änderungsvorschlag

- a. Die Änderungen zu § 35a Absätze 6 und 6a SGB IV sowie die Anfügung eines § 121 SGB IV werden abgelehnt und sind zu streichen.
- b. Hilfsweise: Sofern § 35a Absatz 6 Satz 2 SGB IV geändert wird,
 - sollte vor dem Wort „Bundesanzeiger“ das Wort „elektronischen“ eingefügt werden,
 - sollten die Worte: „in der Mitgliederzeitschrift sowie“ gestrichen werden und
 - sollte hinter dem Wort „veröffentlichen“ ergänzt werden: „; die Satzung hat eine weitere Art der Veröffentlichung zu regeln, die sicherstellt, dass alle Versicherten der Krankenkasse davon Kenntnis erlangen können.“

Änderungsantrag 25 Art. 1 Nr. 75 § 134a SGB V und Artikel 14a § 4 Krankenhausentgeltgesetz: Hebammen

A Beabsichtigte Neuregelung

1. a) Die bisher allein auf vertraglicher Grundlage basierende Vertragspartnerliste über alle freiberuflichen Hebammen, die am Vertrag nach § 134a teilnehmen, soll gesetzlich verankert werden. Der GKV-SV soll die Versicherten über zur Leistungserbringung zugelassene Hebammen auf Verlangen informieren. Zudem soll der GKV-SV auch eine Online-Suche nach Hebammen für die Versicherten auf den Internetseiten des GKV-SV anbieten. Auch kann der GKV-SV für die Suche eine App anbieten.

b) In der bisherigen Regelung zur Schiedsstelle zur Hebammenhilfe wurde auf das Losverfahren im § 89 verwiesen. Bei der Neugestaltung des § 89 wurde auf das Losverfahren verzichtet. Damit die bisherige Regelung des Losverfahrens weiter bestehen bleibt, wurden die entsprechenden Regelungen in den § 134a Abs. 4 übernommen. Auf die bisher bestehende einjährige Amtsdauer bei Losentscheid für die Schiedsstelle zur Hebammenhilfe wurde verzichtet.
2. Zusätzlich zu der durch § 4 Absatz 8 erfolgenden umfassenden Finanzierung der Personalkosten von Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen für Pflegepersonal am Bett werden zur strukturellen Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen in der Pflege wie auch von Hebammen und Entbindungspflegern zukünftig durch Absatz 8a geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf anteilig von den Kostenträgern finanziert. Zu diesem Zweck können die Krankenhäuser mit den Kostenträgern einen Förderungsbetrag vereinbaren.

B Stellungnahme

1. a) Das Ziel, die Hebammensuche für Schwangere und junge Mütter zu verbessern, wird ausdrücklich begrüßt. Dafür ist es zwingend notwendig, dass die Daten der Hebammen in der Vertragspartnerliste korrekt sind, Änderungen von den Hebammen unverzüglich übermittelt und zur Verfügung gestellt werden. Bisher kommt es häufiger vor, dass Versicherten- oder Krankenkassenanfragen bei den Hebammen ins Leere laufen, da z. B. die Hebammen nicht erreichbar sind oder die in der Vertragspartnerliste hinterlegten Daten nicht stimmen. Kommen die Hebammen ihrer Mitteilungspflicht nicht entsprechend nach, müssen Vorgaben bei Verstößen zumindest im Vertrag geregelt werden. Neben den weiteren Einzelheiten müssen ebenfalls vertraglich die Angaben zu Beginn und Ende, ggf. auch zeitliche Unterbrechungen, der Hebammentätigkeiten entsprechend des Vertrages vereinbart werden. Die Angaben zu Beginn und Ende sind auch für einzelne Bereiche des Leistungsspektrums relevant und somit ggf. einzeln anzugeben. Die Angaben sind zu historisieren. Aufgrund der bestehenden Informationspflicht der Krankenkassen gegenüber den Versicherten nach § 305 Abs. 3 sollten auch die Krankenkassen die Möglichkeit bekommen, die Daten der Vertragspartnerliste analog zum GKV-SV online und auch als App zur Verfügung zu stellen. So können Krankenkassen Versicherte gesammelt über verschiedene online-Kanäle zu den in der Phase notwendigen Vertragspartnern (wie z. B. Gynäkologen, Geburtskliniken und Hebammen) informieren.

- b) Die Neuregelung sieht weiterhin das Losverfahren für die Hebammenschiedsstelle vor, jedoch ohne weitere zeitliche Bindung. Das Losverfahren inkl. einjähriger Amtsdauer bei Loswahl soll beibehalten werden, jedoch entsprechend einheitlich der Stellungnahme des AOK-Bundesverband zum Kabinettsentwurf zu Art. 1 Nr. 48 angepasst werden.
2. Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarung von Pflege, Familie und Beruf im Allgemeinen sind ein unbestimmter Begriff und werden zusätzliche finanzielle Mittel erfordern. Beispielsweise vorstellbar sind Zuschüsse für den verlängerten Betrieb von Kitas oder für unbeliebte Randzeiten bei der Kinderbetreuung. Derartige Leistungen sind gesamtgesellschaftlicher Natur und sind bei institutionellen Ansätzen durch die jeweils zuständigen Haushalte von Bund, Ländern und Kommunen zu bestreiten. Sollten Gehaltsanhebungen, beispielsweise erhöhte Bezüge für die Betreuung kleiner Kinder oder zu pflegenden Angehörigen in Erwägung gezogen werden, sind diese Maßnahmen mit anderen Sozialleistungen wie Kindergeld, Pflegegeld etc. abzustimmen, um den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit nicht außer Kraft zu setzen. Schichtdienste und längere Abwesenheit von zuhause sind in zahlreichen Berufen anzutreffen und werden mit Bezug auf Einzelpersonen am besten durch die Tarifpartner geregelt. Diese Regelung ist daher aus grundsätzlichen Erwägungen abzulehnen, auch schon aufgrund des zusätzlichen bürokratischen Aufwands.

C Änderungsvorschlag

1. a) In § 134a Abs. 2a Satz 2 wird Nr. 7 geändert in „Leistungsspektrum“.
- Nach §134a Abs. 2a Satz 3 werden folgende Sätze eingefügt: „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist verpflichtet, die übermittelten Daten der Hebammen qualitativ zu überprüfen, insbesondere der Kennzeichen nach § 293. Die Vertragspartnerliste ist in monatlichen oder kürzeren Abständen zu aktualisieren. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt seinen Mitgliedsverbänden und den Krankenkassen die Daten der Vertragspartnerliste im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zur Erfüllung ihrer Aufgaben, insbesondere im Bereich der Abrechnung durch die Hebammen und Information der Versicherten, zur Verfügung.“ Der bisherige Satz 4 wird Satz 7.
- § 134a Abs. 2b Satz 2 wird wie folgt geändert: „Darüber hinaus stellt er auf seiner Internetseite bis zum 01.04.2020 auch ein elektronisches Programm mit zur Verfügung, mit dem die Versicherten selbst Suchläufe durchführen können.“
- § 134a Abs. 2b wird um folgende Sätze ergänzt:
- „Die Krankenkassen sind berechtigt, die Daten der Vertragspartnerliste nach Absatz 2b Satz 1 zur Versicherteninformation so zu nutzen, dass sie selbst ein elektronisches Programm auf ihren Internetseiten für die Hebammensuche der eigenen Versicherte anbieten können.“
- b) § 134a Abs. 4 Satz 5 wird wie folgt geändert:
- „Kommt eine Einigung nicht zustande, gilt § 89 Abs. 6 Satz 3 bis 6 entsprechend.“
2. Die Regelung ist zu streichen.

Änderungsantrag 26 Artikel 12a ApoG §§ 19, 20a, 20b: DAV

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit Änderung des § 19 Absatz 3 ApoG soll geregelt werden, dass der Deutsche Apothekerverband apothekenbezogene Daten zu der Anzahl der abgegebenen verschreibungspflichtigen Fertigarzneimittelpackungen an das BMG übermitteln soll.

Zudem soll über eine Anpassung des § 20a ApoG der bestehende Fonds nach § 18 Absatz 1 („Notdienstfonds“) für die Verteilung von Geldern an Apotheken für weitere Aufgaben verwendet werden können (beispielsweise im Rahmen des Aufbaus der Telematikinfrastruktur).

Darüber hinaus wird durch Einführung des § 20b ApoG die Haftung des DAV gegenüber der Bundesrepublik Deutschland für die bereits bestehenden und neu hinzukommenden Aufgaben geregelt.

B Stellungnahme

Grundsätzlich ist die gesetzgeberische Intention zu begrüßen, über konkrete Datenlieferungen mehr Transparenz über die ökonomische Situation bei Apotheken zu erhalten, die dann als Basis für die Ableitung von entsprechenden gesetzlichen Anpassungen dienen könnten. Jedoch ist die vorgesehene regelhafte Datenübermittlung zu abgegebenen Packungen von Fertigarzneimitteln mit Apothekenbezug alleine vollkommen unzureichend für jegliche Schlussfolgerungen zur ökonomischen Situation einzelner oder aller Apotheken im Hinblick auf die Sicherstellung der Arzneimittelversorgung.

Für eine valide Datengrundlage sollte eine regelmäßige Zusammenstellung von Daten zur Einnahmeseite, aufgeteilt nach den jeweiligen apothekerlichen Tätigkeiten (bspw. auch Rezepturen und OTC), der verschiedenen Positionen der Ausgabenseite sowie weitere Rahmenbedingungen erfolgen. Hierzu wäre eine regelmäßige Aktualisierung aller erhobenen Faktoren aus dem sog. Honorargutachtens des BMWi¹ hilfreich, dessen Erkenntnisse jedoch bislang in wesentlichen Teilen nicht umgesetzt wurden. Mit Blick auf die Sicherstellung der flächendeckenden Arzneimittelversorgung hatte das Gutachten zudem zuletzt keine Gefährdung festgestellt, dabei jedoch eine (ergänzende) Analyse zur Erreichbarkeit vor dem Hintergrund der Lebenswirklichkeit der Bevölkerung empfohlen.

Entsprechende detaillierte Daten und Analysen sind (bislang) nicht intendiert, sie wären jedoch zwingend erforderlich, um fundierte Aussagen treffen zu können und eine Debatte über auch notwendige strukturelle Reformen mit Flexibilisierungsmaßnahmen zu unterstützen. Stattdessen wäre zu befürchten, dass eine unzureichende Datengrundlage letztlich als Basis für die von Apothekern eingeforderten Vergütungsanhebungen herangezogen werden könnte, die die Versichertengemeinschaft belasten, ohne die tatsächliche Versorgungssituation für Patientinnen und Patienten zu verbessern.

¹ https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Studien/ermittlung-der-erforderlichkeit-und-des-ausmasses-von-aenderungen-der-in-der-arzneimittelpreisverordnung.pdf?__blob=publicationFile&v=12

Daher schlagen wir eine Änderung von § 78 AMG vor, mit der eine dauerhafte, valide Datengrundlage geschaffen und die Vorarbeiten des vorliegenden Gutachtens verstetigt würde und die per Rechtsverordnung festgelegt und bspw. vom Statistischen Bundesamt regelmäßig veröffentlicht werden könnte. Damit könnte eine fundierte Diskussionsgrundlage als Basis für den öffentlichen Diskurs zu notwendigen gesetzgeberische Maßnahmen für Apotheken geschaffen werden. Ergänzend könnte durch weitere ergänzende Analyse und Forschungsaufträge spezifischen Fragestellungen nachgegangen werden; auch hierzu könnte eine Rechtsverordnung geeignete Regelungen treffen.

Die Nutzung bestehender Strukturen zur Verteilung finanzieller Mittel für die Etablierung der Telematikinfrastruktur, erscheint grundsätzlich nachvollziehbar, wenngleich der Regelungsauftrag zu breit und unspezifisch formuliert ist. Hier wäre eine Beschränkung auf den konkret zu regelnden Sachverhalt geboten.

Der Gesetzgeber bezieht sich in der Begründung zu § 20a zur Einführung der Neuregelung auf die Vereinbarung zwischen DAV und dem GKV-Spitzenverband zur Finanzierung der Telematikinfrastruktur gemäß § 291a Absatz 7 Satz 5 SGB V i. V. m. § 291a Absatz 7b Satz 4 SGB V. Diese sieht jedoch eine andere Lösung vor. So schlugen die Vertragspartner der Vereinbarung die Schaffung eines neuen § 18a vor, der spezifisch auf die Lösung der Telematikinfrastruktur zugeschnitten war.

Dieser Zweck sollte jedoch explizit im Gesetz angegeben werden und kein „Blankoscheck“ für weitere Aufgaben gegeben werden. Die Formulierung in Absatz 1 Satz 2 in der nur vage von gesetzlichen oder vertraglichen Aufgaben die Rede ist, erscheint vor dem Hintergrund der weitreichenden Kompetenzen, die an den privatrechtlich organisierten DAV übertragen werden sollen, zu unspezifisch.

Vor diesem Hintergrund sind die vorgesehenen Änderungen abzulehnen. Statt einer Vorratslösung im Apothekengesetz ist eine passgenaue Lösung für die Finanzierung der Telematikinfrastruktur sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Artikel 12a Nr. 1 b) wird gestrichen, stattdessen wird in § 78 AMG Absatz 5 neu eingefügt:

(5) Das Bundesministerium für Wirtschaft wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung die erforderlichen Daten und ihre Quellen sowie die Frequenz ihrer Erhebung festzulegen, die für die Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung geregelten Preise sowie für die Entwicklung und Prüfung von Maßnahmen zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln durch öffentliche Apotheken notwendig sind.

Artikel 12a Nr. 2 wird gestrichen, nach § 18 Apothekengesetz wird folgender § 18a eingefügt:

(1) Der gemäß § 18 Absatz 1 Satz 1 vom Deutschen Apothekerverband e. V. als Beliehener errichtete und verwaltete Fonds zur Förderung der Sicherstellung des Notdienstes von Apotheken übernimmt als zentrale Abrechnungsstelle die Abrechnung der durch die gesetzlichen Krankenkassen zu finanzierenden erforderlichen erstmaligen Ausstattungs- und laufenden Betriebskosten der Telematikinfrastruktur sowie die Vereinnahmung und Verteilung der Mittel, einschließlich des Erlasses und der Vollstreckung der hierzu notwendigen Verwaltungsakte. Das Nähere regeln der Deutsche Apo-

thekerverband e. V. und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in einer Ergänzungsvereinbarung zum Rahmenvertrag nach § 129 Absatz 2 SGB V in Verbindung mit § 291a Absatz 7 Satz 5 und Absatz 7b Satz 4 SGB V. Die Regelungen nach § 18 Absatz 3 und § 19 Absatz 2 Satz 2 bis 9 finden entsprechende Anwendung.

(2) Im Rahmen der Aufgabenerfüllung des Absatzes 1 ist der Deutsche Apothekerverband e. V. berechtigt, die hierfür notwendigen Daten bei den Apotheken, den Landesapothekerkammern, den Apothekenrechenzentren sowie auskunftsfähigen Dritten zu erheben und zu verarbeiten bzw. bereits vorliegende Daten zu verarbeiten, die durch den Fonds zur Sicherstellung des Notdienstes von Apotheken gemäß der Aufgabenwahrnehmung nach § 18 erhoben wurden.

(3) Der Deutsche Apothekerverband e. V. hat die Abrechnungsstelle nach Absatz 1 getrennt vom sonstigen Vermögen des Vereins zu errichten und zu verwalten. Die ihm bei der Errichtung und Verwaltung der Abrechnungsstelle entstehenden Ausgaben werden aus den Einnahmen der Abrechnungsstelle gedeckt. Eine Vergütung im Rahmen der Ergänzungsvereinbarung zum Rahmenvertrag nach § 129 Absatz 2 SGB V gemäß § 291a Absatz 7 Satz 5 und Absatz 7b Satz 4 SGB V zwischen dem Deutschen Apothekerverband e. V. und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen geregelten Vergütung erfolgt seitens der Krankenkassen nicht. Die Finanzmittel sind bei der Bundesrepublik Deutschland Finanzagentur GmbH anzulegen. Zur anfänglichen Aufbringung der Betriebsmittel können Darlehen in angemessener Höhe aufgenommen werden.

(4) Die Rechts- und Fachaufsicht über den Deutschen Apothekerverband e. V. bei der Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 führt das Bundesministerium für Gesundheit. Der Deutsche Apothekerverband e. V. hat der Aufsichtsbehörde auf Verlangen die Rechnungslegung des Fonds hierzu offenzulegen.

ÄA 27a Art. 1 Nr. 96, 97, 97a §§ 291a, 291b, 291c SGB V: Änderung der Gesellschafterstruktur der Gesellschaft für Telematik

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Gesellschafterstruktur wird dahingehend angepasst, dass das BMG Hauptgesellschafter (51 Prozent) der gematik wird. Die übrigen Geschäftsanteile werden entsprechend der bisherigen Verteilung der Geschäftsanteile hälftig auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Spitzenorganisationen der Leistungserbringer aufgeteilt. Darüber hinaus werden die Mehrheitserfordernisse für die Beschlussfassung durch die Gesellschafter geändert. Um zukünftig die Herbeiführung von Beschlüssen zu erleichtern und dadurch die Verfahren insgesamt zu beschleunigen, soll für Beschlüsse der Gesellschaft für Telematik grundsätzlich die einfache Mehrheit der Stimmen ausreichen, sofern nicht zwingende gesetzliche Mehrheitserfordernisse dem entgegenstehen.

B Stellungnahme

Eine Reform der Governance der gematik ist längst überfällig. So sind langjährige Verzögerungen beim Aufbau der Telematikinfrastruktur zu einem guten Teil auf Blockaden innerhalb der gematik zurückzuführen. Doch allein mit einer Anpassung der Gesellschafterstruktur werden die zentralen Probleme der gematik nicht gelöst und können daher nur mit einer Anpassung der Prozesse und Trennung der Verantwortlichkeiten erfolgreich sein. So führt die Reform der Gesellschafterstruktur beispielsweise längst nicht dazu, dass die bisher veröffentlichten Spezifikationen zur elektronischen Patientenakte in einer für Versicherte gut nutzbaren elektronischen Patientenakte münden. Aktuell fehlt es insbesondere an der Interoperabilität auf Basis internationaler Standards. Zudem fehlen Möglichkeiten, die immens hohen Kosten zu senken. Da nur sehr wenige Anbieter die sehr komplexen, für Versicherte wenig serviceorientierten Spezifikationen umsetzen können und zudem Entwicklung und Zulassung äußerst zeitintensiv sind, stockt damit auch weiterhin der Ausbau der Telematikinfrastruktur. Ob es durch die angestrebte Organisationsänderung ohne Anpassung der Zuständigkeiten tatsächlich zu einer Beschleunigung des Ausbaus der Telematikinfrastruktur kommt, ist deshalb fraglich.

Es werden dringend neue und vor allem praktikable Ansätze für die Entwicklung von Standards benötigt. Staatliche Regulierung sollte künftig einen klaren Rahmen setzen, um den Wettbewerb im Gesundheitswesen zur Digitalisierung von Versorgungslösungen zu forcieren. Um dieses umzusetzen, sind Prozesse zu definieren, die in den Spezifikationen Wettbewerb zulassen und Interoperabilität sicherstellen.

C Änderungsvorschlag

Der im Änderungsantrag vorgesehene Umbau der Gesellschafterstruktur der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik) wird als nicht zielführend abgelehnt. Die Reform der Gesellschaftsstruktur wird nur dann zum Tragen kommen, wenn parallel weitere Veränderungen auf den Weg gebracht werden. Die Reform der gematik muss dahingehend erweitert werden, dass man künftig die Prozesse der Standardisierung und Zertifizierung organisatorisch voneinander trennt. Mit dem LOI im September 2018 wurde schriftlich fixiert, dass die Krankenkassen aus eigenem Antrieb die Verantwortung zur Gestaltung der Struktur einer ePA übernehmen. Diese Rolle der GKV sollte weiter ausgebaut werden.

Die Krankenkassen, die bei der Entwicklung der Telematikinfrastuktur und ihrer Anwendungen die vollständige Kostenverantwortung tragen, sollten in Zukunft den Standardisierungsprozess beauftragen. Es bedarf hierzu der Schaffung einer neuen Institution. Im Rahmen einer Standardisierungsarena sollten von der GKV beauftragte Standards in einem offenen Prozess mit zahlreichen Beteiligten wie Vertreter von Leistungserbringern, medizinischen Fachgesellschaften, Krankenkassen, Industrie, Wissenschaft etc. entwickelt werden. Ein Expertengremium, das die Moderation innerhalb der Standardisierungsarena übernimmt, stellt dabei sicher, dass alle prozeduralen Anforderungen (Transparenz, Konsens, Terminierung) erfüllt werden. Somit wird zum einen die fristgerechte Definition der Standards gewährleistet. Außerdem muss das Expertengremium dafür Sorge tragen, dass Interoperabilität und internationale Anschlussfähigkeit hergestellt werden.

Die gematik sollte ihre Aufgaben künftig auf die Zertifizierung sowie Lizenzierung der Telematikinfrastuktur und ihrer Anwendungen konzentrieren. Sie muss zudem den Betrieb der Telematikinfrastuktur sicherstellen.

ÄA 27b Art. 1 Nr. 90a und 96 §§ 270 und 291a SGB V: Sanktionsregelung für die Krankenkassen bei der Einführung der elektronischen Patientenakte

A Beabsichtigte Neuregelung

Bei Krankenkassen, die die gesetzliche Vorgabe gemäß § 291a SGB V zur Einführung der elektronischen Patientenakte nicht fristgemäß umgesetzt haben, werden die Zuweisungen des Gesundheitsfonds nach § 270 SGB V i.V.m. § 41 Absatz 3 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) für Verwaltungsausgaben im Jahresausgleich für das Ausgleichsjahr 2020 um 2,5 Prozent gekürzt. Die Sanktionshöhe steigt auf 7,5 Prozent für die Krankenkassen, die zum 01. Januar 2022 oder später weiterhin keine elektronische Patientenakte bereitstellen.

B Stellungnahme

Trotz der Bemühungen der Kassen, den Patienten eine ePA gem. §291a SGB V zum 01.01.2021 anzubieten, liegen wesentliche Unsicherheitsfaktoren außerhalb ihres Einflussbereiches. Zwingend notwendige Komponenten für die Telematikinfrastruktur und damit den Einsatz der ePA sind durch die Industrie zu erbringen. Bereits beim derzeitigen Umsetzungsstand zeigen sich Schwierigkeiten der Industrie, die Komponenten planungsgemäß bereitzustellen. Vor diesem Hintergrund ist eine Verknüpfung der Bereitstellungspflicht einer zugelassenen ePA bis zum 01.01.2021 mit dem Zuweisungsverfahren gem. § 270 SGB V bei Versäumnis der ePA-Zulassung völlig unangemessen.

Die gesetzlich angestrebte Zulassungsfrist ist angesichts des völlig unklaren Entwicklungs- und Zulassungsverfahrens seitens der Krankenkassen nicht verlässlich planbar. Das Verfahren der ePA-Entwicklung und Zulassung ist ein komplexes Verfahren mit zahlreichen Beteiligten (z. B. Industriepartner) und unbestimmten Prüfkriterien/-vorschriften. Zwingend notwendige technische Standards sind bislang ungeklärt, ohne dass dies den Krankenkassen zuzurechnen ist. Maßgebliche Akteure der Zulassung sind die gematik und das BSI. Damit hat es der Bund – im Ergebnis das BMG als Mehrheitsgesellschaft der gematik – letztverantwortlich in der Hand, ob eine fristgerechte Zulassung erteilt wird oder nicht. Zeitliche Vorgaben für das Zulassungsverfahren sieht das Gesetz nicht vor. Die Krankenkassen sind angesichts dieser Organisationsstruktur weder bei der Entwicklung Herr des Verfahrens noch können sie im Rahmen der Zulassung zeitlich verlässlich die Einhaltung der Frist zum 01.01.2021 planen.

Hilfsweise ist eine Regelung vorzusehen, wonach

- a. über einen Zulassungsantrag, der bestimmte Mindestanforderungen erfüllt, innerhalb von einer Frist von xx Wochen zu entscheiden ist oder
- b. ein Zulassungsantrag, der bestimmte Mindestanforderungen erfüllt, bis zum xx.xx.2020, bei der gematik einzureichen ist.

Das BSI und die gematik müssen den Prozess der Zulassung so gestalten, dass der Zeitraum der Zulassung und Zertifizierung durch die gematik nicht länger als insgesamt ein halbes Jahr für einen Anbieter dauern darf.

C Änderungsvorschlag

Der Änderungsantrag ist zu streichen.

ÄA 27d Art. 1 Nr. 97 Buchstabe a) § 291b SGB V: Festlegungen zur semantischen Interoperabilität der elektronischen Patientenakte durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Übertragung der semantischen und syntaktischen Interoperabilität an die KBV.

B Stellungnahme

Entsprechend des Vorschlags zum Änderungsantrag ÄA 27a sollte die Standardisierung in einem offenen Verfahren mit zahlreichen Akteuren im Rahmen einer Standardisierungsarena erfolgen, die durch ein Expertengremium moderiert wird. Eine Beteiligung der KBV sowie weiterer Leistungserbringer und Industrievertreter ist dabei unbedingt vorzusehen.

C Änderungsvorschlag

Der Änderungsantrag ist zu streichen.

Änderungsantrag 1 der Fraktion der FDP zu Art. 1 Nr. 10a und b, 33 und 67a §§ 27b (neu), 73 und 121a SGB V

Mit der von der FDP geforderten Neuregelung soll in einem neuen § 27b SGB V der Anspruch auf Leistungen zur Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik eingeführt werden, wenn diese entsprechend den Vorgaben des Embryonenschutzgesetzes (ESchG) zulässig ist und die Voraussetzungen von § 3a Absatz 2 und 3 ESchG vorliegen. Es wird klargestellt, dass die vertragsärztliche Versorgung nach § 73 die Leistungen zur Präimplantationsdiagnostik umfasst und dass die Krankenkassen Maßnahmen nach § 27b nur durch Zentren erbringen lassen dürfen, die nach der auf Grundlage des § 3a ESchG erlassenen Verordnung zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik zugelassen sind. Es werden damit die Vorgaben dieser Verordnung leistungsrechtlich zu Lasten der GKV umgesetzt.

Problematisch zu sehen ist allerdings, dass durch die Neuregelung im gesonderten § 27 b SGB V als Voraussetzungen zu Erbringung der Präimplantationsdiagnostik lediglich auf § 27a Absatz 1 Nummer 1 und Nummer 2 verwiesen wird. Im Rahmen der Künstlichen Befruchtung gelten aber weiterhin folgende Voraussetzungen für eine Erbringung der Leistung: Zum einen müssen die Personen miteinander verheiratet sein und zum anderen dürfen ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden. Diese finden sich als Voraussetzungen für die Erbringung der Präimplantationsdiagnostik in diesem Antrag nicht wieder.

Die Einführung einer solchen Leistung als GKV-Leistung ist eine gesellschaftspolitische und ethische Entscheidung, die nicht von der GKV getroffen werden kann.