



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)
zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stär-
kung der Versorgung in der gesetzlichen Kran-
kenversicherung (GKV-
Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) vom
21. Oktober 2014

anlässlich der Fachanhörung des Bundesge-
sundheitsministeriums am 11. November 2014

Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkung	6
2. Grundsätzliche Positionen	6
3. Stellungnahme zum Referentenentwurf	11
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 3 § 22a – neu – (Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen)	11
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 4 § 27 Absatz 1a Satz 1 (Krankenbehandlung)	11
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 5 § 27b – neu – (Zweitmeinung)	12
• Ergänztender Änderungsvorschlag zur rechtssicheren Einbindung von externen Gutachterdiensten im Hilfsmittelbereich:	13
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 6 § 39 (Krankenhausbehandlung).....	15
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 7 § 40 (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation).....	17
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 8 § 44 Absatz 4 – neu – (Krankengeld)	18
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 11 § 63 Absatz 5 (Grundsätze).....	19
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 13 § 71 (Beitragssatzstabilität).....	20
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 14 § 73 (Kassenärztliche Versorgung)	21
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 16 § 73b (Hausarztzentrierte Versorgung).....	21
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 18 § 75 (Inhalt und Umfang der Sicherstellung).....	23
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 19 § 75a – neu – (Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin)	25
• Ergänztender Änderungsvorschlag zur Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung:	26
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 24 § 87 (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte).....	26

• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 25 § 87a (Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten).....	29
• Ergänzender Änderungsvorschlag zur Vereinfachung der Bereinigung:	30
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 26 § 87b (Vergütung der Ärzte – Honorarverteilung)	31
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 28 § 92 Absatz 6a (Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses).....	31
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 29 § 92a – neu – (Innovationsfonds, Grundlagen der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss)	32
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 29 § 92b – neu – (Durchführung der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss)	34
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 30 § 95 (Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung).....	36
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 33 § 103 (Zulassungsbeschränkungen)	36
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 34 § 105 (Förderung der vertragsärztlichen Versorgung).....	37
• Ergänzende Änderungsvorschläge zur Beseitigung von Hemmnissen bei der Abrechnungsprüfung:	38
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 36 § 106b – neu – (Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen)	39
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 40 § 116a (Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung)	40
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 41 § 116b (Ambulante spezialfachärztliche Versorgung)	40
• Ergänzende Änderungsvorschläge zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung:	42
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 42 § 117 (Hochschulambulanzen)	45

- Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 43 § 119b (Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen)46
- Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 44 § 119c – neu – (Medizinische Behandlungszentren)47
- Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 45 § 120 (Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen)48
- Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 46 § 125 Absatz 1 Satz 4 Nummer 3a – neu – (Rahmenempfehlungen und Verträge)50
- Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 47 § 129 (Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung).....51
- Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 48 § 130 Absatz 1 (Rabatt).....52
- Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 49 § 132 Absatz 1 (Versorgung mit Haushaltshilfe).....52
- Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 50 § 134a (Versorgung mit Hebammenhilfe)53
- Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 52 § 137c Absatz 3 – neu – (Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus)54
- Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 53 § 137f (Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten)56
- Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 54 § 137h – neu – (Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten der Risikoklassen IIb und III).....58
- Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 56 § 139b Absatz 5 – neu – (Aufgabendurchführung).....58
- Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 57 § 140a (Besondere Versorgung)59
- Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 62 § 270 (Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für sonstige Aufgaben)61
- Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 64 § 275 Absatz 4a – neu – (Begutachtung und Beratung)62
- Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 65 § 278 (Arbeitsgemeinschaft)63
- Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 66 § 279 (Verwaltungsrat und Geschäftsführer).....63
- Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 67 § 238 (Ausnahmen)66

- Ergänzender Änderungsvorschlag zur
Krankenhausabrechnungsprüfung: 66
- Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr.
71 § 29967
- Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr.
2 § 106 (Wirtschaftlichkeitsprüfung).....68
- Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr.
3 § 106a – neu – (Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher
Leistungen)68
- Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr.
3 § 106c – neu – (Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss
bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen)69
- Artikel 9 (Änderung des Krankenpflegegesetzes) Nr. 1 § 4
(Dauer und Struktur der Ausbildung)70
- Artikel 12 (Änderung der Risikostruktur-
Ausgleichsverordnung) § 44 (Aufzubringende Mittel der
Krankenkassen für den Innovationsfonds)70
- Artikel 13 (Änderung der Zulassungsordnung für
Vertragsärzte) Nr. 3 § 46 Absatz 4 – neu –71
- Artikel 14 (Änderung der Zulassungsverordnung für
Vertragszahnärzte) Nr. 3 § 4672
- Artikel 15 (Änderung der Verordnung über die Schiedsämter
für die vertragsärztliche (vertragszahnärztliche) Versorgung
(Schiedsamtverordnung)) Nr. 3 § 22a (neu)73

1. Vorbemerkung

Mit Schreiben vom 21. Oktober hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) den Referentenentwurf für ein GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) bekannt gegeben. Dieses soll an das Versorgungsstrukturgesetz der vergangenen Wahlperiode anknüpfen und die ambulanten Versorgungsstrukturen weiterentwickeln. Dieser erste Entwurf weist gute Ansätze auf. Allerdings sind mit dem Gesetz in der vorliegenden Entwurfsfassung erhebliche finanzielle Mehrbelastungen für die gesetzlichen Krankenkassen verbunden. Die jüngste Prognose des Schätzerkreises aus dem Oktober 2014 geht für das Jahr 2014 von einem Ausgabenanstieg von fünf Prozent je Versichertem und für 2015 von nochmals 4,1 Prozent aus. Die Maßnahmen des GKV-VSG werden auf dieses hohe Ausgabenniveau aufsetzen.

2. Grundsätzliche Positionen

2.1 Stärkung des Wettbewerbs

Das GKV-VSG ordnet den Selektivvertragsbereich neu: Strukturverträge (§ 73a SGB V) und Verträge zur besonderen ambulante Versorgung (§ 73c SGB V) werden dem § 140a hinzugefügt, der auch inhaltlich Änderungen erfährt: So sollen Leistungen, die nicht zur Regelversorgung zählen, Gegenstand von Selektivverträgen sein können. Daneben werden auch reine Managementverträge mit Organisationsleistungen möglich. Zusätzlich können zukünftig auch Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) Verträge zur Integrierten Versorgung abschließen. Daneben entfällt die Vorlagepflicht für Selektivverträge und damit die präventive Vertragsprüfung. Die Krankenkassen erhalten so weitgehende Gestaltungsspielräume für den Vertragswettbewerb. Die Ersatzkassen begrüßen den Zugewinn an Vertragsfreiheiten ausdrücklich. Über den Wegfall der Vorlagepflicht für Selektivverträge erhoffen sich die Ersatzkassen fairere Wettbewerbsbedingungen im Vergleich zu den unter Landesaufsicht stehenden Regionalkassen. Die Aufsichtsbehörde kann weiterhin im Wege der behördlichen Anordnung Maßnahmen ergreifen, wenn sie geltendes Recht wesentlich verletzt sieht. Vor dem Hintergrund der ebenfalls im Entwurf vorgesehenen verschärften Sanktionsbedingungen ist sicherzustellen, dass diese Sanktionsmaßnahmen tatsächlich auf Fälle wesentlicher Rechtsverletzungen beschränkt bleiben.

Faire Wettbewerbsbedingungen im Selektivvertragsbereich sind insbesondere auch mit Blick auf den neu einzurichtenden Innovationsfonds unerlässlich. Ab dem Jahr 2016 speisen die Krankenkassen beziehungsweise der Gesundheitsfonds diesen Innovationsfonds mit jährlich 300 Millionen Euro. Die Mittel werden als Sondervermögen vom Bundesversicherungsamt (BVA) erhoben und verwaltet. Mit dem Geld sollen sektorenübergreifende Versorgungsformen und neue Versorgungsformen, wie beispielsweise Telemedizin oder Modelle zur Delegation und Substitution von Leistungen gefördert werden. Da zu Beginn noch nicht beurteilt werden kann, welche Vorschläge kommen, welche Ideen sich als förderfähig erweisen und in welchem Um-

fang finanzielle Mittel benötigt werden, sollte eine erste Erfahrungsbilanz bereits nach zwei Jahren gezogen werden.

Außerdem soll die Versorgungsforschung mit den Mitteln des Innovationsfonds in Höhe von 75 Millionen Euro gefördert werden. Beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wird ein Innovationsausschuss geschaffen, welcher über die Anträge entscheidet. Damit sichergestellt wird, dass nur solche Innovationen gefördert werden, die auch bei den Versicherten in der Versorgungsrealität ankommen, sollten ausschließlich Projekte gefördert werden, an denen mindestens eine Krankenkasse beteiligt ist. Unnötige bürokratische Strukturen gilt es zu vermeiden.

2.2 Weiterentwicklung der Versorgung

Mit einer Reihe von Maßnahmen knüpft die Regierung an das Versorgungsstrukturgesetz aus der vorangegangenen Legislaturperiode an. Gut ist, dass sie dabei auch die vielerorts vorhandene massive Überversorgung mit in den Blick nimmt. So soll die bisherige Kann-Regelung zum Praxisaufkauf bei Überversorgung in eine Soll-Regelung überführt werden. Die Nachbesetzung eines Arztsitzes wird auch dergestalt verschärft, dass ein in der Praxis dort angestellter Arzt oder ein Vertragsarzt, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich betrieben worden ist, dies mindestens drei Jahre getan haben müssen. Das Instrument des Praxisaufkaufs wird allerdings nur wirken können, wenn auch bei der Abstimmung über einen Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens die üblichen Abstimmungsregeln der Zulassungsausschüsse gelten. Danach gilt bei Stimmengleichheit ein Antrag auf Nachbesetzung eines Praxissitzes als abgelehnt. Die heute geltende Sonderregelung ist zu streichen.

Zudem werden die Möglichkeiten für die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) erweitert. In strukturschwachen Gebieten werden zudem Krankenhäuser gesetzlich ermächtigt, an der ambulanten Versorgung teilzunehmen. Die bereits seit Jahren gelebte Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung wird nunmehr gesetzlich geregelt und damit auf festere Füße gestellt. Und für Schwer- und Mehrfach-Behinderte wird eine Versorgungsalternative im Anschluss an die Behandlung in den sozialpädiatrischen Zentren geschaffen. All dies wird von den Ersatzkassen positiv beurteilt. Allerdings sollen auch vielfach Regelungen, die bislang nur für unterversorgte Gebiete galten, demnächst überall und damit auch in überversorgten Regionen Anwendung finden können. Das lässt Steuerungsaspekte bei der Sicherstellung der Versorgung außen vor. Das gilt zum Beispiel für die Strukturfonds, die aus Mitteln von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen besondere Maßnahmen zur Stärkung der vertragsärztlichen Versorgung finanzieren sollen genauso wie für die Delegation und Substitution von ärztlichen Leistungen. Ebenso wenig wird die Notwendigkeit gesehen, Hochschulambulanzen per Gesetz zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung zu ermächtigen.

Weitreichende negative Folgewirkungen befürchten die Ersatzkassen durch die Regelungen zur Streichung des Krankenkassenregresses bei Behandlungsfehlern durch freiberuflich tätige Hebammen. Der Regressverzicht soll

eine deutliche Verringerung der Berufshaftpflichtprämien bewirken und das Problem der stetig steigenden Haftpflichtprämien endgültig lösen. Die Ersatzkassen gehen nicht davon aus, dass es in Folge dieser Neuregelung zu einem spürbaren Sinken der Haftpflichtprämien kommt. Vielmehr ist damit zu rechnen, dass auch andere Leistungserbringergruppen ähnliche Forderungen aufstellen werden. Daneben werden die Krankenkassen weiterhin gezwungen, eine unwirtschaftliche Leistungserbringung in der Geburtshilfe zu finanzieren.

Ein Geschenk an die Ärzte ist die Implementierung einer Konvergenzregelung, mithilfe derer vermeintlich unbegründete Unterschiede in der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung mit Wirkung zum 1.1.2016 abgebaut werden sollen. Die Mittel sind zur Verbesserung der Versorgungsstruktur einzusetzen. Dazu ist in bestimmten Bezirken der KVen eine einmalige basiswirksame Erhöhung zu vereinbaren, die durch die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung je Versicherter im Durchschnitt aller KVen nach oben begrenzt wird. Ob eine unter dem Durchschnitt liegende Vergütung dabei als unbegründet zu niedrig anzusehen ist, soll von einer Vielzahl von regionalen Faktoren abhängen. Können sich die Vertragspartner nicht einig werden, erfolgt die Einigung über die Schiedsstelle. Die Regelung ist nicht mehr als ein Honorarzuschlag und verursacht im Zweifel Mehrkosten von bis zu 460 Millionen Euro pro Jahr. Versorgungsverbesserungen werden in den profitierenden KV-Bezirken jedoch nicht bewirkt.

Die Neuordnung der Wirtschaftlichkeitsprüfung stößt ebenfalls auf erhebliche Vorbehalte. Die Möglichkeit zur Einzelfallprüfung bleibt zwar bestehen, allerdings entfällt die Richtgrößenprüfung. Die Aufgabe der – auch rechtlich – bewährten Prüfmethode bedeutet praktisch die Aufgabe aller bisher bestehenden rechtlichen Vorgaben für die Durchführung von Arzneimittelregressen. Die weitere Konkretisierung der Wirtschaftlichkeitsprüfung wird auf die gemeinsame Selbstverwaltung auf Landesebene verlagert. Dafür bedarf es verbindlicher Leitplanken, die in die Rechtsgrundlage einfließen müssen. Hier besteht dringlicher Nachbesserungsbedarf.

2.3 Verbesserung des Zugangs zu medizinischen Leistungen

Die psychotherapeutische Versorgung soll reformiert werden. Dazu erhält der G-BA den Auftrag, die Psychotherapierichtlinien bis zum 30. Juni 2016 zu überarbeiten mit dem Ziel, dass obligatorische psychotherapeutische Sprechstunden eingerichtet und Gruppentherapien gefördert werden sowie das Antrags- und Gutachterverfahren vereinfacht wird (§ 92 SGB V). Dies entspricht weitgehend Vorschlägen, die die Ersatzkassen im Vorfeld der Gesetzgebung gemacht haben.

Zur Reduzierung von Wartezeiten sind innerhalb von sechs Monaten nach Verkündung des Gesetzes Terminalservicestellen bei den KV'en einzurichten. Liegt eine Überweisung vor, wird ein Facharzttermin innerhalb einer vier-Wochen-Frist und einer zumutbaren Entfernung vom Wohnort des Versicherten vermittelt. Kann kein Facharzttermin in der ambulanten Versorgung vermittelt werden, ist ein Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten. Allerdings besteht die Notwendigkeit, deutlich klarzu-

stellen, dass die Regelung auch die Kinderärzte, die der hausärztlichen Versorgung zuzuordnen sind, umfassen soll. Eine Erweiterung auf die Psychotherapeuten wäre ab dem Zeitpunkt sinnvoll, ab denen diese eine orientierende Sprechstunde anzubieten haben.

Die Ersatzkassen begrüßen prinzipiell, im Rahmen des Entlassmanagements stärker tätig werden zu können. Allerdings sind noch einige ergänzenden Festlegungen zum Datenschutz zu treffen, damit die Neuregelung in der Praxis unbürokratisch umgesetzt werden kann.

Die Ersatzkassen begrüßen auch, dass für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, bei denen Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse Verwendung finden, die Möglichkeit einer frühen Nutzenbewertung eingeführt werden soll. Der G-BA hat innerhalb von drei Monaten eine Entscheidung über Nutzen, Schaden und Potential zu treffen, bevor er die Erprobung der neuen Methode beschließt. Darüber hinaus will die Regierung klarstellen, dass bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der Verbotsvorbehalt in allen Fällen gilt und eine neue Methode solange durch die Krankenkassen zu bezahlen ist, wie der G-BA keinen ablehnenden Beschluss herbeigeführt hat. An dieser Stelle muss ebenfalls deutlich gemacht werden, dass dies nicht als „Freifahrtschein“ missverstanden werden darf und den sozialrechtlichen Gebote von Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit weiterhin Geltung zu verschaffen ist.

2.4 Neue Leistungen

Über das GKV-VSG sollen auch eine Reihe neuer Leistungen Einzug in den Leistungskatalog der GKV halten. Unter anderem bekommen Krankengeldbezieher einen Anspruch auf ein unterstützendes Fallmanagement durch die Krankenkasse. Für planbare Eingriffe wird ein Zweitmeinungsverfahren eingeführt. Der G-BA bestimmt bis zum 31. Dezember 2015, für welche planbaren Eingriffe ein Anspruch besteht. Der für den Eingriff zuständige Arzt informiert den Patienten mindestens zehn Tage vor dem Eingriff mündlich über sein Recht auf Zweitmeinung. Diese Frist erscheint zu kurz bemessen, um eine Zweitmeinung rechtzeitig vor dem Eingriff einholen zu können. Klargestellt werden sollte auch, dass darüber hinausgehende Serviceleistungen der Krankenkassen auch weiterhin erbracht werden dürfen. Für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen wird ein eigener Leistungsanspruch zur Verhütung von Zahnerkrankungen geschaffen. In der Gesamtsicht unterstützen die Ersatzkassen die vorgenannten Leistungsverbesserungen. Dass die Regelungen des Transplantations-Änderungsgesetzes zur Absicherung von Lebendspendern erweitert auch auf Personen Anwendung finden werden, die Blut zur Separation von Blutzustammzellen oder anderen Blutbestandteilen im Sinne des § 9 Transfusionsgesetz spenden, ist als folgerichtig anzusehen. Dies gilt natürlich auch für deren Krankengeldanspruch.

2.5 Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

Die Neuregelungen den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) betreffend stellen einen massiven Angriff auf das Selbstbestim-

mungsrecht der Sozialpartner dar. Dies zeigt sich insbesondere darin, dass künftig ein Drittel der Mitglieder des Verwaltungsrates des MDK durch eine oberste Landesbehörde bestimmt werden soll. Mit diesen Vorschlägen folgt das Bundesgesundheitsministerium dem Irrtum, dass die Interessen von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen, aber auch von Seiten der Leistungserbringer nicht hinreichend Berücksichtigung finden. Dies ist nachweislich nicht der Fall. Die o. a. Personengruppen sind bei der Erarbeitung der für die praktische Arbeit des MDK im Feld der Pflege wesentlichen Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes und damit außerhalb des MDK eingebunden. An dieser Stelle ist die Einbeziehung sinnvoll und konstruktiv.

Zukünftig sollen auch hauptamtliche Mitarbeiter von Krankenkassen von einer Tätigkeit in den MDK-Verwaltungsräten ausgeschlossen sein. Allerdings macht der Ausschluss hauptamtlicher Mitarbeiter der Krankenkassen im MDK die Arbeit der Verwaltungsräte nicht – wie behauptet – unabhängiger. Im Ergebnis bleibt der in den Kassen vorhandene Fach- und Sachverstand, der bislang vom Gesetzgeber ausdrücklich gewünscht war, künftig ungenutzt. Der Gesetzgeber sollte sein Verhältnis zur Selbstverwaltung grundsätzlich überprüfen und die Gestaltungsrechte der Selbstverwaltungspartner unberührt lassen.

3. Stellungnahme zum Referentenentwurf

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 22a – neu – (Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen)

Beabsichtigte Neuregelung

Für Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz wird ein eigener Leistungsanspruch zur Verhütung von Zahnerkrankungen geschaffen. Dieser umfasst insbesondere die Erhebung des Mundgesundheitsstatus, Aufklärung über Mundhygiene, die Erstellung eines Planes zur Mund- und Prothesenpflege und die Entfernung harter Zahnbeläge. Der G-BA legt das Nähere zu Art und Umfang der Leistungen in Richtlinien fest; u. a. auch eine angemessene Frequenz.

Stellungnahme vdek

Im Rahmen der Pflege durch Angehörige bzw. in der ambulanten oder stationären Pflege wird grundsätzlich auch die Mundhygiene mit einbezogen. Auf Grund der gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Pflegebedürftigen ist dies in vielen Fällen nicht ausreichend. Die Erweiterung um Prophylaxeleistungen für anspruchsberechtigte Erwachsene folgt damit auch dem in § 87 Absatz 2i SGB V intendierten Ziel zur Verbesserung der Versorgungssituation durch die aufsuchende zahnärztliche Versorgung für immobile Personengruppen und wird grundsätzlich begrüßt. Die Umsetzung der erforderlichen Maßnahmen der Mundhygiene im Rahmen der ambulanten und stationären Pflege wird dort dauerhaft zu Mehrkosten führen. Die hierfür veranschlagten 50 Mio. Euro erscheinen realistisch.

Änderungsvorschlag vdek

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 27 Absatz 1a Satz 1 (Krankenbehandlung)

Beabsichtigte Neuregelung

Klarstellung, dass auch Spender von Blutstammzellen nach dem Transfusionsgesetz wie Organ- und Gewebespende einen Leistungsanspruch haben.

Stellungnahme vdek

Die Klarstellung ist sinnvoll und entspricht der Praxis.

Änderungsvorschlag vdek

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 27b – neu – (Zweitmeinung)

Beabsichtigte Neuregelung

Für planbare Eingriffe wird ein Zweitmeinungsverfahren eingeführt. Der G-BA bestimmt bis 31.12.2015, für welche planbaren Eingriffe dieses gilt. Zur Zweitmeinung berechtigt sind zugelassene Ärzte und MVZ, ermächtigte Ärzte und Einrichtungen und zugelassene Krankenhäuser. Die KVen und die Landeskrankenhausgesellschaften (LKG) informieren abgestimmt über die Leistungserbringer, die zur Abgabe einer unabhängigen Zweitmeinung geeignet sind. Der für den Eingriff zuständige Arzt informiert den Patienten mindestens zehn Tage vor dem Eingriff mündlich über sein Recht auf Zweitmeinung.

Stellungnahme vdek

Die Regelung dient der verbesserten Aufklärung der Versicherten über unterschiedliche Therapieoptionen und kann damit insbesondere Über- und Fehlversorgung bei bestimmten Operationen verringern. Sie ist daher positiv zu bewerten. Allerdings kann die Regelung noch optimiert werden.

Zur Erbringung der Zweitmeinung sind u. a. Vertragsärzte und Krankenhäuser vorgesehen. Die KV und die LKG stimmen sich über die geeigneten Ärzte zur Abgabe einer Zweitmeinung ab und veröffentlichen diese im Internet oder in Broschüren. In diesen Prozess sollten die Krankenkassenverbände auf Landesebene und die Ersatzkassen zwingend mit einbezogen werden, um ein neutrales Zustandekommen der Ärztelisten zu gewährleisten. Darüber hinaus sollte die Möglichkeit vorgesehen werden, dass die Krankenkassen auf Basis der abgestimmten Ärzteliste über die geeigneten Ärzte in ihren Arzt- und Krankenhaussuchmaschinen informieren. So kann gewährleistet werden, dass die Patienten ein breites Informationsangebot haben.

Die Frist von zehn Tagen vor dem Eingriff, bis zu der die Aufklärung über die Zweitmeinung erfolgt sein muss, erscheint zu kurz, um die Zweitmeinung noch in den folgenden Tagen – und rechtzeitig vor dem Eingriff – einzuholen. Die Frist ist daher auf drei Wochen zu verlängern.

Änderungsvorschlag vdek

§ 27b Absatz 4 (neu) wird wie folgt gefasst: *„Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landeskrankenhausesellschaften und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen informieren inhaltlich abgestimmt über Leistungserbringer nach Absatz 3, die unter Berücksichtigung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Absatz 2 Satz 2 festgelegten Anforderungen zur Erbringung einer unabhängigen Zweitmeinung geeignet und bereit sind. Für die Information über geeignete Leistungserbringer können auch die Informationsangebote der Krankenkassen im Internet genutzt werden.“*

§ 27b Absatz 5 S. 3 (neu) wird wie folgt gefasst: *„Der Arzt hat dafür Sorge zu tragen, dass die Aufklärung in der Regel mindestens 21 Tage vor dem geplanten Eingriff erfolgt.“*

Ergänzender Änderungsvorschlag zur rechtssicheren Einbindung von externen Gutachterdiensten im Hilfsmittelbereich:

Es wird ein neuer § 33a eingefügt:

(1) 1Soweit dies zur Gewährleistung einer ausreichenden, zweckmäßigen, bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung mit Hilfsmitteln unter Berücksichtigung der in § 33 Absatz 1 Satz 1 genannten Versorgungsziele erforderlich ist, kann die Krankenkasse in den in den Richtlinien nach Absatz 2 genannten Fällen externe Hilfsmittelfachberater beauftragen; § 275 bleibt hiervon unberührt. 2Die Hilfsmittelfachberater sprechen gegenüber der Krankenkasse eine am Versorgungsbedarf des Versicherten orientierte Empfehlung aus. 3Die Vergütung des beauftragten Hilfsmittelfachberaters darf nicht vom Inhalt seiner Empfehlung abhängen. 4Die Krankenkasse darf die für die Hilfsmittelfachberatung erforderlichen Sozialdaten an beauftragte Hilfsmittelfachberater übermitteln, soweit dies für die Erfüllung ihres Auftrags erforderlich ist und im wohlverstandenen Interesse des Versicherten liegt.

(2) 1Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt in Richtlinien, die bis zum tt.mm.jjjj (ein Jahr nach Verkündung des Gesetzes) zu beschließen sind, Anforderungen an die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit externen Hilfsmittelfachberatungen. 2Er stellt dabei sicher, dass die Zielsetzung der Vorschriften dieses Buches zur Hilfsmittelversorgung sowie die Belange der Versicherten gewahrt bleiben. 3Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit und treten am ersten Tag des auf die Genehmigung folgenden Monats in Kraft; die Genehmigung kann mit Auflagen verbunden werden. 4Die Richtlinien sind für die Krankenkassen verbindlich.

(3) 1In den Richtlinien nach Absatz 2 werden insbesondere
1. die Anforderungen an die Qualifikation, die Neutralität und die Objektivität externer Hilfsmittelfachberatungen einschließlich der Verfahren zum

Nachweis und zur Überprüfung der Anforderungen

2. die Aufgaben der externen Hilfsmittelfachberatungen und

3. die Sicherstellung der Dienstleistungsorientierung im Beratungsverfahren geregelt.

In § 284 Absatz 1 Satz 1 SGB V wird folgende Nummer 15 ergänzt:

15. die Beauftragung und Durchführung externer Hilfsmittelfachberatungen nach § 33a

In § 284 Absatz 1 SGB V werden die Sätze 2 und 3 um die neue Nummer 15 ergänzt.

In § 284 Absatz 3 SGB V wird der Satz 2 um die neue Nummer 15 ergänzt.

§ 284a SGB V wird wie folgt eingefügt (in Anlehnung an § 97d SGB XI):

Es wird folgender § 284a neu eingefügt:

§ 284a Beauftragung externer Hilfsmittelfachberater

(1) ¹Von den Krankenkassen gemäß § 33a beauftragte externe Hilfsmittelfachberater sind berechtigt, personenbezogene Daten des Antragstellers zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, soweit dies für die Zwecke der Beratung gemäß § 33a erforderlich ist. ²Die Daten sind vertraulich zu behandeln. ³Durch technische und organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, dass die Daten nur den Personen zugänglich sind, die sie zur Erfüllung des dem Hilfsmittelfachberater von den Krankenkassen nach § 33a erteilten Auftrags benötigen.

(2) ¹Externe Hilfsmittelfachberater dürfen das Ergebnis der Beratung gemäß § 33a an die sie beauftragende Krankenkasse übermitteln, soweit dies zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse erforderlich ist; § 35 des Ersten Buches gilt entsprechend. ²Dabei ist sicherzustellen, dass das Ergebnis der Beratung gemäß § 33a nur den Personen zugänglich gemacht wird, die sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen.

(3) Die personenbezogenen Daten sind nach fünf Jahren zu löschen; § 304 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 40 Absatz 5 Satz 7, 2. Halbsatz SGB XI wird um den § 33a (Beauftragung externer Hilfsmittelgutachter) ergänzt.

Begründung:

Die Beauftragung externer Hilfsmittelgutachter durch Krankenkassen soll gesetzlich geregelt werden. Nach § 275 Absatz 3 Nr. 1 SGB V können die Krankenkassen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) überprüfen lassen, ob das Hilfsmittel (§ 33 SGB V) aus sozialmedizinischer Sicht erforderlich ist. Um eine zweckmäßige, erforderliche und wirtschaftliche Hilfsmittelversorgung zu gewährleisten, sind in verschiedenen Fällen neben der sozialmedizinischen Stellungnahme des MDK weitere Informationen erforderlich. Handelt es sich bei dem Hilfsmittel um eine komplexe orthopädie-, reha- und medizintechnische Versorgung (z. B. Rollstuhl), sind die konkreten Anforderungen an die Zweckmäßigkeit und ob diese im häuslichen Umfeld des Versicherten bedarfsgerecht einsetzbar/umsetzbar sind bzw. ob kostengünstigere Versorgungsalternativen aus technischer Sicht das gleiche Ergebnis erzielen (Wirtschaftlichkeit), von sog. externen Hilfsmittelgutachtern zu betrachten und zu bewerten. Für diese Fachexpertise bedarf es daher einer einschlägigen Ausbildung sowie mehrjährige Berufserfahrung. Darüber hinaus werden zusätzliche Anforderungen hinsichtlich ihres Fachwissens, ihrer Zusatzqualifikationen und ihrer weite-

ren Kenntnisse gestellt. Die Prüfungen durch externe Hilfsmittelgutachter enden mit einer Empfehlung an die Krankenkasse.

Die Krankenkassen orientieren sich bei der Beauftragung nach wie vor an einem Arbeitspapier „Beauftragung privater Gutachterdienste durch die gesetzlichen Krankenkassen im Bereich der Hilfsmittelversorgung“ der Aufsichtsbehörden von August 2011.

Von Leistungserbringergruppierungen wird immer wieder beanstandet, dass diese Art der Beauftragung unzulässig ist, wenngleich das o. g. Arbeitspapier weiterhin Bestand hat und § 275 Absatz 4 Satz 1 neben dem MDK auch „andere Gutachterdienste“ berücksichtigt.

Angesichts der Vielfalt an Versorgungsmöglichkeiten mit Hilfsmitteln ist es für die Krankenkassen unwirtschaftlich, für jeden spezifischen Hilfsmittelbereich geeignetes Fachpersonal für technische Fragestellungen vorzuhalten.

Im Mai 2014 tagten die Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger, auf deren Tagesordnung sich auch die Beauftragung von privaten Gutachterdiensten befand. Dieser Tagesordnungspunkt ist jedoch zurückgestellt wurden und der Niederschrift konnte entnommen werden, dass sich das BVA an das BMG mit der Bitte der Schaffung einer Rechtsgrundlage gewandt hat: *„...dass nach Auffassung der Krankenkassen ein Bedürfnis zum Einsatz solcher Gutachter besteht und sich dafür ausgesprochen, auch für den Einsatz privater Gutachter auf dem Gebiet der Krankenversicherung eine Rechtsgrundlage zu schaffen.“*

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 39 (Krankenhausbehandlung)

Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen des Entlassmanagements erhalten Krankenhäuser ein eingeschränktes Ordnungsrecht (bei Arzneimitteln die jeweils kleinste Packungsgröße, häusliche Krankenpflege und Heilmittelversorgung max. sieben Tage). Die Aufgaben des Entlassmanagements können auch auf einen weiterbehandelnden Vertragsarzt übertragen werden. Der Versicherte erhält zudem einen Rechtsanspruch gegenüber seiner Krankenkasse, dass sie gemeinsam mit dem Krankenhaus für die erforderliche Versorgung (ärztlich, Reha, Pflege) sorgt. GKV-SV, DKG und KBV schließen dazu die Rahmenvorgaben ab.

Stellungnahme vdek

Die geplanten Neuregelungen zum Entlassmanagement gehen in die richtige Richtung, weisen aber auch Hemmnisse auf. So ist eine Einwilligung des Versicherten erforderlich, damit das Entlassmanagement durchgeführt wer-

den kann. Problematisch sind die Fälle, in denen der Versicherte nicht ansprechbar ist und Angehörige nicht ermittelbar sind bzw. keine Auskunft erteilen wollen. Auch die Bestellung eines gerichtlichen Betreuers nimmt eine Zeit in Anspruch, so dass dem Patienten durch die hohen Hürden des Datenschutzes die Vorteile eines frühen Entlassmanagements entgehen. Diese Einwilligung könnte künftig auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden; bis dahin sollte die Einwilligungserfordernis für das Entlassmanagement in den o. g. Fällen entfallen.

Die Gesetzesänderung sieht u. a. vor, dass das Krankenhaus die Aufgaben des Entlassmanagements auch auf den weiterbehandelnden Vertragsarzt übertragen kann. Die Weiterbehandlung durch einen niedergelassenen Arzt stellt keine neue Aufgabe im Rahmen des Entlassungsmanagements dar. Hier darf es nur um Koordinationsaufgaben gehen, die eine Anschlussbehandlung bzw. -versorgung ermöglichen sollen. Nicht jede Indikation erfordert ein Aktivwerden im Rahmen eines Entlassungsmanagements. Insbesondere chronische Erkrankungen stehen im Fokus. Hier sollten die Bereiche ins Auge gefasst werden, für die der Gemeinsame Bundesausschuss ein Qualitätssicherungsverfahren für das Entlassungsmanagement entwickelt.

In diesem Zusammenhang sollte der Gesetzgeber auch klarstellen, dass es ausreichend ist, wenn der Versicherte nur einmal seine Einwilligung zur Nutzung seiner personenbezogenen Daten gibt. Dies sollte im Krankenhaus erfolgen, welches die jeweils zuständige Krankenkasse über die Erteilung der Einwilligung ihrer Versicherten zeitnah zu informieren hat.

Zu begrüßen ist, dass die Krankenhäuser Arzneimittel und Leistungen wie eine häusliche Krankenpflege für den Zeitraum von sieben Tagen verordnen dürfen. Es wäre sehr sinnvoll, wenn das Krankenhaus auch eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellen könnte. Dies würde dazu führen, dass der Versicherte nicht unmittelbar beim Arzt vorstellig werden müsste. Zudem würde dies auch zu einer Kostensenkung führen.

Änderungsvorschlag vdek

§ 39 Absatz 1a Satz 6 letzter Halbsatz SGB V wird wie folgt geändert: *„im Übrigen können die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und 7 genannten Leistungen für die Versorgung in einem Zeitraum von bis zu sieben Tagen verordnet werden.“*

§ 39 Absatz 1a Satz 8 werden folgende Sätze 9 bis 12 angehängt: *„Dies gilt nicht, wenn der Versicherte selbst aus medizinischen Gründen nicht in der Lage ist, eine Einwilligung zu erteilen und die Einwilligung auch nicht von berechtigten Dritten zeitnah erteilt werden kann. Die Einwilligung zum Entlassmanagement kann vom Versicherten oder berechtigten Dritten jederzeit widerrufen werden. Im Übrigen umfasst die durch das Krankenhaus eingeholte Einwilligung zur Nutzung der personenbezogenen Daten auch die ambulanten Versorgungsbereiche und gilt auch gegenüber der Krankenkasse. Die Krankenkasse wird durch das Krankenhaus taggleich über die Einholung der Einwilligung des Versicherten informiert.“*

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 40 (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation)

Beabsichtigte Neuregelung

a) Versicherte können unabhängig davon, ob eine zertifizierte Reha-Einrichtung einen Versorgungsvertrag nach § 111 abgeschlossen hat oder nicht, diese frei wählen. Die entstehenden Mehrkosten trägt der Versicherte. Mit der Regelung zu b) wird ausdrücklich auf das Wunsch- und Wahlrecht hingewiesen.

Stellungnahme vdek

a) Der vdek hatte die bisherige Regelung in Absatz 2 Satz 2 kritisiert, da für Versicherte die Möglichkeit bestand, Einrichtungen zu wählen, mit denen kein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht und somit sämtliche Regelungen zur externen Qualitätssicherung unterlaufen werden konnten. Die jetzt vorgesehene Streichung heilt dieses Problem nicht, sondern erweitert nur die Auswahl für den Versicherten auch auf Einrichtungen mit Versorgungsvertrag. Daneben ist zu bedenken, dass eine Vielzahl der Versorgungsverträge an bestimmte Belegungszahlen gebunden sind. Können diese nicht mehr erreicht werden, können auch die Fallpauschalen nicht gehalten werden und die Versorgung verteuert sich. Grundsätzlich ist die Schaffung einer Auswahlmöglichkeit für Versicherte zu begrüßen, allerdings sollte diese auf Rehabilitationseinrichtungen mit Versorgungsvertrag – und damit auf Einrichtungen die zur Qualitätssicherung verpflichtet sind – begrenzt werden.

b) Die Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 9 SGB V erfolgte auch schon in der Vergangenheit und wurde entsprechend in der MDK-Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation aufgenommen. Mit dem Zusatz soll offensichtlich noch einmal klargestellt werden, dass die unter Absatz 2 Satz 2 getroffene Regelung zur Zahlung der Mehrkosten nur anzuwenden ist, wenn das Wunsch- und Wahlrecht nicht greift.

Änderungsvorschlag vdek

a) Die Neuregelung wird gestrichen. Die Änderung zu Absatz 2 Satz 2 muss lauten: In Absatz 2 Satz 2 wird das Wort „*kein*“ durch das Wort „*ein*“ ersetzt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 44 Absatz 4 – neu – (Krankengeld)

Beabsichtigte Neuregelung

Krankengeldbezieher bekommen einen Anspruch auf ein unterstützendes Fallmanagement durch die Krankenkasse. Die Kasse darf die erforderlichen personenbezogenen Daten nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erheben, verarbeiten und nutzen.

Stellungnahme vdek

Die Klarstellung bzw. Begründung eines Anspruchs der Versicherten auf Beratungs- und Hilfeleistungen der Krankenkassen bei Arbeitsunfähigkeit ist zu begrüßen. Der Beratungs- und Hilfestellungsanspruch sollte nicht auf Fälle der Arbeitsunfähigkeit beschränkt, sondern auf alle Krankheitsfälle ausgeweitet werden. Ferner sollte die datenschutzrechtliche Regelung der Systematik folgend im § 284 SGB V platziert werden. Dies auch deshalb, weil die vorgesehene Regelung einer Datenerhebung nur auf Basis einer Einverständniserklärung schwerlich mit der ansonsten nach § 284 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 und 7 SGB V generell möglichen Datenerhebung vereinbar ist und zu Abgrenzungsproblemen führt.

In diesem Zusammenhang sollte durch Ergänzungen der §§ 275, 284 SGB V klargestellt werden, dass der Kasse die Erhebung von Sozialdaten auch möglich ist, um darüber entscheiden zu können, ob eine MDK-Begutachtung erforderlich oder sinnvoll ist. Durch eine solche Regelung können unnötige MDK-Begutachtungen und verzögerte Leistungsentscheidungen vermieden werden.

Änderungsvorschlag vdek

Statt Anfügung eines Absatzes 4 an den § 44 SGB V sollte eine Erweiterung des § 11 um einen Absatz 5 erfolgen: *„Versicherte haben Anspruch auf*
1. die individuelle Beratung und Hilfestellung im Zusammenhang mit Leistungen nach § 27 Abs. 1 Satz 2 SGB V; insbesondere zur Sicherung des Behandlungserfolges sowie
2. eine Prüfung, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit erforderlich sind, sowie auf entsprechende individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen.“

Die bisherigen Absätze 5 und 6 werden die Absätze 6 und 7.

§ 275 Absatz 1a Satz 4 SGB V wird wie folgt gefasst: *„Die Krankenkasse kann von einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes absehen, wenn sich die medizinischen Voraussetzungen der Arbeitsunfähigkeit eindeutig*

aus den der Krankenkasse vorliegenden oder von ihr angeforderten ärztlichen Unterlagen ergeben.“

§ 284 Absatz 1 Satz 1 Nr. 7 SGB V wird wie folgt erweitert: „...oder die Prüfung der Notwendigkeit der Beteiligung des Medizinischen Dienstes“

In § 284 wird folgender Satz 2 neu eingefügt: „Die Befugnisse nach Satz 1 gelten unbeschadet der Aufgaben des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung.“

Die bisherigen Sätze 2 bis 5 werden Sätze 3 bis 6.

In § 284 Absatz 1 Satz 1 SGB V werden die folgenden Nummern 15 und 16 angefügt:

15. die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen als Rehabilitationsträger nach dem SGB IX,

16. die Erfüllung der Aufgaben nach § 11 Abs. 5 SGB V (neu).“

Im § 284 Absatz 1 SGB V werden die Sätze 3 und 4 um die neuen Nummern 15 und 16 ergänzt.

Im § 284 Absatz 3 SGB V wird der Satz 2 um die neuen Nummern 15 und 16 ergänzt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 63 Absatz 5 (Grundsätze)

Beabsichtigte Neuregelung

Satz 1 wird aufgehoben. Die Einzelheiten der Modellvorhaben zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung nach § 63 müssen nicht mehr in der Satzung der Kasse aufgenommen werden.

Stellungnahme vdek

Die Änderungen werden begrüßt, da sie einer ausdrücklichen Forderung des vdek entsprechen. Die Neuregelung dient der Verwaltungsvereinfachung und beseitigt Hemmnisse für die Durchführung von Modellvorhaben.

Änderungsvorschlag vdek

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13

§ 71 (Beitragssatzstabilität)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorlagepflicht für Selektivverträge und damit die präventive Vertragsprüfung wird gestrichen. Stellt die Aufsichtsbehörde fest, dass der Selektivvertrag geltendes Recht in erheblicher Weise verletzt (z. B. Versicherte werden diskriminiert, Leistungserbringer werden vom Leistungsangebot rechtswidrig ausgegrenzt u. ä.), kann sie unmittelbar Maßnahmen ergreifen, die für eine sofortige Behebung der Rechtsverletzung erforderlich sind und entsprechendes gegenüber der Krankenkasse verbindlich anordnen. Daneben wird die Obergrenze für ein Zwangsgeld auf zehn Mio. Euro erhöht. Rechtsbehelfe gegen die aufsichtsbehördlichen Maßnahmen haben keine aufschiebende Wirkung.

Stellungnahme vdek

Der Wegfall der Vorlagepflicht nach Vertragsschluss für Selektivverträge wird begrüßt. Er entspricht einer ausdrücklichen Forderung des vdek. Die Sicherstellung fairen Wettbewerbs und der Schutz der Rechte der Versicherten werden als Ziel auch von den Ersatzkassen verfolgt. Allerdings ist die Einführung der zusätzlichen Aufsichtsmittel durch den Absatz 6 nicht notwendig, da die Aufsichtsbehörden über den § 89 SGB IV ausreichende Mittel zum Eingriff haben. So werden heute schon regelhaft Verträge nur mit Sonderkündigungsregelungen für veränderte Rechtsrahmen oder aufsichtsrechtliche Anweisungen durch die Ersatzkassen geschlossen. Ferner beinhaltet die Regelung verschiedene unbestimmte Rechtsbegriffe („erhebliche Gefahr“ oder „schwerer Schaden“) und bietet daher einen großen Auslegungsspielraum. Hier darf kein neues Einfallstor für eine unterschiedliche Aufsichtspraxis zwischen Landes- und Bundesaufsichten geschaffen werden. Nach Kenntnis des vdek gibt es keine Probleme dergestalt, dass Krankenkassen rechtliche Weisungen der Aufsichtsbehörden missachtet haben. Die Zwangsgeldandrohung ist daher weder erforderlich noch in ihrer Höhe angemessen. Das Ziel des Gesetzgebers, faire Wettbewerbsbedingungen für alle Krankenkassen zu ermöglichen, wird nicht durch die Neuregelung des Absatz 6 gewährleistet. Aus diesem Grund kann der Absatz 6 entfallen.

Änderungsvorschlag vdek

Absatz 6 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

§ 73 (Kassenärztliche Versorgung)

Beabsichtigte Neuregelung

- a. Es erfolgt eine Klarstellung, dass der Anspruch auf eine Zweitmeinung Teil der vertragsärztlichen Versorgung ist.
- b. Für die Verordnung von Heilmitteln dürften nur elektronische Programme genutzt werden, die von der KBV zugelassen sind. Das Nähere ist in den Gesamtverträgen zwischen KVen und Kassen auf Landesebene bis zum 31.7.2016 zu vereinbaren.

Stellungnahme vdek

- a. Folgeänderung.
- b. Die fehlerhafte Bedruckung von Verordnungsformularen führte bereits in der Vergangenheit zu Rechtsunsicherheiten. Eine Verwendung zertifizierter PVS-Systeme ist für Arzneimittelverordnungen bereits in § 73 Abs. 8 S. 7 vorgesehen. Ihre Übertragung auf den Heilmittelbereich ist positiv zu bewerten.

Änderungsvorschlag vdek

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16

§ 73b (Hausarztzentrierte Versorgung)

Beabsichtigte Neuregelung

- a. Verzicht auf Regelung der Einzelheiten der Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) in der Satzung.
- b. Es wird klargestellt, dass auch Leistungen außerhalb der Regelversorgung in der HzV erbracht werden können. Dies gilt aber nicht für alle ausgeschlossenen Leistungen wie z. B. Lifestyle-Präparate oder vom G-BA bereits ablehnend bewertete neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Klargestellt wird auch, dass Managementverträge zulässig sind.
- c. Die Bereinigung bei der HzV hat nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses zu erfolgen und zwar vor dem Startzeitpunkt. Bei Nichteinigung zwischen Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung können auch die Hausärzteverbände das Landesschiedsamt anrufen. Die Frist zur Übermitt-

lung der Datenlieferungen wird von sechs bzw. acht auf drei Wochen reduziert. Die Krankenkasse darf auch unter bestimmten Bedingungen eine vorläufige Bereinigung durchführen. Für die KV-übergreifende Bereinigung kann die Krankenkasse von den betroffenen Kassenärztlichen Vereinigung die Anerkennung des Bereinigungsverfahrens der Vertrags-KV verlangen.

Stellungnahme vdek

a. Die Regelung dient der Verwaltungsvereinfachung und ist daher zu begrüßen.

b. Es handelt sich lediglich um eine rechtliche Klarstellung.

c. Die Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt für HzV-Verträge nach bereits etablierten Prozessen auf Grundlage des Bereinigungsbeschlusses des Bewertungsausschusses und der Bereinigungsverträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen. Eine Verkürzung der Datenlieferfristen führt zu weitreichendem Anpassungsbedarf ohne Mehrwert und ist daher nicht erforderlich. Mit Blick auf die Neuregelungen des § 140a, der hinsichtlich der Bereinigung auf den hier angesprochenen § 73b verweist, sind auch andere Selektivverträge angesprochen. Dieses sind auch Verträge mit situativer Einschreibung, d. h. die Versicherten sind nicht immer vorab (= vor Quartalsbeginn) eingeschrieben. Eine Einschreibung erfolgt zum Teil im Laufe des Quartals. Dies ist im Gesetzestext zu Absatz 7 entsprechend zu berücksichtigen.

Die Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ist allein zwischen Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung zu vereinbaren. Es ist ordnungspolitisch äußerst bedenklich, den Hausärzteverbänden als Dritten die Möglichkeit einzuräumen, das Landesschiedsamt anzurufen. Die Krankenkassen haben bereits heute aufgrund der Regelungen in HzV-Verträgen und Schiedssprüchen ein erhebliches Interesse, zügig eine Bereinigung mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zu vereinbaren. Einer zusätzlichen Kompetenz der Hausärzteverbände bedarf es daher auch aus fachlichen Gründen nicht.

Zum Zeitpunkt der Lieferung der Bereinigungsdaten liegen die zur Fortentwicklung der Bereinigungsbeträge erforderlichen Anpassungsfaktoren, z. B. zu Honorarsteigerungen, häufig nicht vor. Dies führt in der Praxis dazu, dass Daten mehrfach übermittelt werden müssen. Es sollte daher festgelegt werden, dass ausschließlich historische Leistungsbedarfe der zu bereinigenden Versicherten – ohne Fortentwicklung – geliefert werden.

Die vorgesehene Neuregelung zur KV-übergreifenden Bereinigung stellt für bundesweite Krankenkassen keinerlei Vereinfachung dar. Da sich die Regelungen zur bereichseigenen Bereinigung zwischen den KVen bereits maßgeblich unterscheiden, würden im Ergebnis bei der KV-übergreifenden Bereinigung in einer KV-Region je nach zu bereinigendem HzV-Vertrag unterschiedliche Bereinigungsregelungen gelten. Der damit verbundene Aufwand wäre für die Krankenkassen, aber auch die prüfenden KV'en nicht handhabbar. Außerdem werden die Formulierungen „wenige Versicherte“ und „gerin-

ger Bereinigungsbetrag“ in der Praxis zu erheblichen Streitigkeiten über ihre Auslegung führen. Es sollte an dem bisher bewährten Verfahren, zwischen KVen und Krankenkassen Verträge zur KV-übergreifenden Bereinigung abzuschließen, die zumindest die Durchführung dieser Bereinigung je KV-Region vereinheitlichen, festgehalten werden. Zur Vereinfachung des Bereinigungsverfahrens sollten stattdessen die Vorgaben des Bewertungsausschusses zur Bereinigung um Regelungen zur pauschalierten Rückführung von Bereinigungsbeträgen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ergänzt werden, wenn die Teilnahme an Selektivverträgen endet (vgl. Änderungsvorschlag zu § 87a Abs. 5).

Änderungsvorschlag vdek

a. und b.: keiner.

c. In Absatz 7 wird in Satz 2 das Wort „vorab“ gestrichen. Die Sätze 3 und 6 werden gestrichen.

Der Satz 4 wird wie folgt gefasst: *„Die für die Bereinigungsverfahren erforderlichen arzt- und versichertenbezogenen Daten mit den nicht fortentwickelten Leistungsbedarfen des Vorjahresquartals übermitteln die Krankenkassen den zuständigen Gesamtvertragspartnern.“*

Im Weiteren wird auf den ergänzenden Änderungsvorschlag zur Vereinfachung der Bereinigung zu § 87a Absatz 5 verwiesen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18

§ 75 (Inhalt und Umfang der Sicherstellung)

Beabsichtigte Neuregelung

1a. Innerhalb von sechs Monaten nach Verkündung des Gesetzes sind Terminservicestellen bei den KVen einzurichten; ggf. in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen. Im Überweisungsfall wird innerhalb einer Woche ein Facharzttermin, der innerhalb einer Vier-Wochen-Frist und einer zumutbaren Entfernung vom Wohnort des Versicherten liegt, vermittelt. Termine beim Augen-, Frauen- und Kinderarzt setzen keine Überweisung voraus. Kann kein Facharzttermin in der ambulanten Versorgung vermittelt werden, ist ein Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten. Dies gilt nicht, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen nicht erforderlich ist. Ist die Behandlung aus medizinischen Gründen nicht erforderlich, hat die Terminservicestelle einen Termin bei einem Facharzt in angemessener Frist zu vermitteln. Im Bundesmantelvertrag ist das Nähere, insbesondere aber auch zu ggf. weiteren Ausnahmen von der Notwendigkeit einer Überweisung, zu regeln.

1 b. Die KVen behalten den Sicherstellungsauftrag für den Notdienst, werden aber zur Kooperation mit zugelassenen Krankenhäusern verpflichtet, um Doppelstrukturen abzubauen. Die Krankenhäuser nehmen in diesem Rahmen an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Die KVen sollen zudem mit den Landesapothekerkammern in einen Informationsaustausch über die Organisation des Notdienstes treten und auch mit den Rettungsleitstellen kooperieren.

Stellungnahme vdek

1 a. Die Verfügbarkeit zeitnaher Facharzttermine bei entsprechender Überweisung sollte für alle GKV-Versicherten sichergestellt sein. Die Einrichtung von Terminservicestellen wird daher begrüßt. Es ist davon auszugehen, dass z. T. bestehende Probleme bei der Vergabe von Facharztterminen durch die geplante Regelung in Verbindung mit der Vergütungsregelung nach § 120 Abs. 3a SGB V (neu) verringert werden. Da die Kassenärztlichen Vereinigungen für den Sicherstellungsauftrag verantwortlich sind, ist jedoch klarzustellen, dass auch sie die Kosten für Einrichtung und Betrieb der Terminservicestellen aus ihren Haushaltsmitteln tragen. Außerdem besteht Klarstellungsbedarf für die Kinderärzte, die gem. § 73 Abs. 1a SGB V der hausärztlichen Versorgung zuzuordnen sind und daher von der Neuregelung aufgrund der Formulierung in Satz 1 nicht erfasst werden. Im Bereich der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung bestehen aktuell Probleme mit den Wartezeiten vor Therapiebeginn. Aus diesem Grund enthält der Referentenentwurf einen Auftrag an den G-BA zur Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinien bis zum 30.6.2016 (§ 92 Abs. 6a – neu). Diese sollen u. a. die Einrichtung einer psychotherapeutischen Sprechstunde vorsehen. Daher sollte der Sicherstellungsauftrag der KVen auf die Zurverfügungstellung von zeitnahen Terminen im psychotherapeutischen Bereich ab dem Zeitpunkt umfassen, ab dem die Frist zur Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinien endet. Abschließend stellt sich die Frage, inwieweit die Terminservicestellen telefonisch die medizinische (Nicht-)Notwendigkeit einer Vermittlung eines Termins innerhalb der Vier-Wochen-Frist beurteilen kann. Vermieden werden muss in der weiteren Ausgestaltung, dass hier ein „Schlupfloch“ entsteht, welches die Regelung aushöhlen könnte.

1 b. Die Neuregelung ist zu befürworten, da sie zu einer verstärkten sektorübergreifenden Kooperation bei der Sicherstellung des Notfalldienstes beiträgt und in ländlichen Regionen Hausärzte von Diensten im Notfalldienst entlasten kann.

Änderungsvorschlag vdek

1 a. In Satz 1 wird nach den Worten *„Der Sicherstellungsauftrag nach Abs. 1 umfasst auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen“* die Worte *„und kinderärztlichen“* eingefügt.

Nach Satz 2 wird folgender Satz 3 eingefügt: *„Die Kassenärztlichen Vereinigungen tragen die Kosten für Einrichtung und Betrieb der Terminservicestellen nach Satz 2.“*

Satz 10 wird wie folgt gefasst: „Die Sätze 2 bis 9 gelten bis zum 30. Juni 2016 nicht für eine psychotherapeutische Behandlung nach § 28 Absatz 3.“

1 b. Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19

§ 75a - neu - (Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin)

Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine gesetzliche Klarstellung, dass der Förderbetrag für die Weiterbildung in der ambulanten Praxis genauso hoch sein muss wie im Krankenhaus. Die Zahl der zu fördernden Stellen wird von 5.000 auf 7.500 erhöht. In allen Weiterbildungseinrichtungen muss durch die Förderung eine angemessene Vergütung gezahlt werden können. Der Wechsel von der Klinik in die Praxis darf nicht mit finanziellen Einbußen verbunden sein. In einer Fördervereinbarung muss auch sichergestellt sein, dass beim Wechsel der Weiterbildungsstelle die Förderung durchgängig erfolgt. KBV, DKG und GKV-SV regeln neben der Höhe der finanziellen Förderung und der Durchgängigkeit der Förderung auch die Verteilung der mindestens zu fördernden 7.500 Stellen auf die KV-Bezirke. Sie vereinbaren zudem ein finanzielles Ausgleichsverfahren, wenn in einem KV-Bezirk mehr oder weniger Weiterbildungsstellen gefördert werden als vorgesehen sind. Mit der Bundesärztekammer ist das Benehmen herzustellen. Es können zudem abweichende Regelungen zur zentralen Verwaltung der Fördermittel, zur Beteiligung an regionalen Projekten zur Förderung der Allgemeinmedizin und zur Übertragung nicht abgerufener Fördermittel getroffen werden.

Stellungnahme vdek

Die Ersatzkassen begrüßen die grundsätzliche Ausgestaltung der Neuregelung. Eine finanzielle Beteiligung der Weiterbildungsstellen an der Vergütung des Weiterbildungsassistenten (vgl. Abs. 1 Satz 4) ist sachgerecht, da der Weiterbildungsassistent praxisunterstützend und arztentlastend wirkt.

Zur Evaluation der Wirkungen des Förderprogramms, insbesondere auf die Steigerung der Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte, konnten bisher keine validen Evaluationskriterien vereinbart werden. Eine abschließende Bewertung des Nutzens des Förderprogramms sowie die Erarbeitung von Weiterentwicklungsmöglichkeiten waren daher bisher nicht möglich, sind jedoch unbedingt erforderlich. Diese Regelungslücke muss geschlossen werden.

Änderungsvorschlag vdek

75a Abs. 4 wird wie folgt ergänzt: „5. ein Verfahren zur Evaluation des Förderprogramms, insbesondere zu seiner Wirkung auf die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung“.

Ergänzender Änderungsvorschlag zur Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung:

Absatz 7 (i. n. F.) wird in Nr. 3 der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nr. 4 angefügt: „bis zu 5 Prozent der Fördermittel überregional für die Errichtung, Organisation und Bereitstellung von Einrichtungen, die die Qualität und Effizienz der Weiterbildung verbessern können, bereitgestellt werden.“

Begründung:

Zusätzlich zur Förderung nach Absatz 1 kann die Attraktivität und Qualität der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin durch universitär angebundene Kompetenzzentren, die insbesondere Begleitseminare, Mentorenprogramme, Train-the-Trainer-Angebote sowie eine kontinuierliche Evaluation und Qualitätssicherung gewährleisten, deutlich und nachhaltig verbessert werden. Dies zeigen Erfahrungen aus Baden-Württemberg und Hessen. Mit dieser Regelung wird klargestellt, dass die Vertragspartner nach Absatz 4 vereinbaren können, dass ein angemessener Teil der Fördermittel für den Aufbau und die Bereitstellung solcher Strukturen verwendet werden können.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 24

§ 87 (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte)

Beabsichtigte Neuregelung

a. Die inhaltliche Beschreibung und Bewertung der Sachkosten soll künftig durch den Bewertungsausschuss und nicht mehr durch die Bundesmantelvertragspartner erfolgen.

b. Klarstellung, dass die Bewertungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes in bestimmten Zeitabständen auf Basis von betriebswirtschaftlichen Daten anzupassen sind. Die Daten werden über sachgerechte Stichproben gewonnen. Die Bewertungen für Sachkosten können auch bei Festlegung durch den Bewertungsausschuss in Eurobeträgen bestimmt werden (Folgeänderung zu a.).

c. aa. bis cc. Redaktionell: Die Vorgaben zur Vergütung, Dokumentation und Qualitätssicherung der ärztlichen Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von MRSA-Trägern werden mit Blick auf bisherige Fristen sowie die Anschlussregelung angepasst.

dd. Die Delegation von Leistungen auf nichtärztliches Personal soll deutlich ausgeweitet werden. Die Beschränkung auf den hausärztlichen Bereich und die Häuslichkeit des Patienten wird aufgehoben. Aufgehoben wird auch die strikte Beschränkung auf Gebiete, die unterversorgt sind, von Unterversorgung bedroht sind oder in denen ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf festgestellt worden ist.

Zudem ist bis zum 31.3.2016 im EBM zu regeln, wie die Leistungen im Rahmen der Einholung der Zweitmeinung abgerechnet werden. Ist dies drei Monate nach Inkrafttreten der Bestimmungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht geregelt, können die Versicherten den Weg der Kostenerstattung nach § 13 in Anspruch nehmen. Die Kasse erstattet die Kosten dann ohne Abzug in entstandener Höhe.

d. und e.

Delegationsfähige Leistungen sind im hausärztlichen wie im fachärztlichen Versorgungsbereich als Einzelleistungen oder als Leistungskomplexe abzubilden.

f. Beseitigung eines redaktionellen Fehlers.

g. Folgeänderung.

h. Klarstellung, dass die Anrufung des um unparteiische Mitglieder erweiterten Bewertungsausschusses nicht nur bei den Einheitlichen Bewertungsmaßstab betreffenden Beschlüssen möglich ist, sondern bei allen Vereinbarungen, die gesetzlich vom Bewertungsausschuss zu treffen sind.

i. Der Bewertungsausschuss hat Beschlüsse zur Anpassung des EBM in Folge der Einführung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und bei Änderung von Richtlinien innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Bestimmungen des G-BA zu treffen. Die gesetzliche Frist bezieht sich auf den eigentlichen Beschluss des Bewertungsausschusses. Bei Beschlüssen des G-BA, die seit längerem in Kraft sind und ein Beschluss des Bewertungsausschusses noch aussteht, gilt eine entsprechende Frist, die mit Inkrafttreten dieser gesetzlichen Regelung beginnt.

Stellungnahme vdek

a. Die angestrebte Bündelung der Regelungskompetenz für bundeseinheitliche Vorgaben zur vertragsärztlichen Vergütung einschließlich der Sachkosten beim Bewertungsausschuss dient der Vereinfachung der Abläufe und wird begrüßt. Problematisch könnte die Regelung allerdings werden, wenn sie von Seiten der Leistungserbringer genutzt würde, um ungeprüfte Innovationen ohne Nutzenbewertung in die Versorgung zu erbringen. Die Regelung sollte daher nur für die Leistungen Anwendung finden, die die Partner des Bundesmantelvertrages auch für regelungsbedürftig halten.

b. Eine Überprüfung der Bewertungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab in regelmäßigen Zeitabständen ist angebracht und vom Bewertungsausschuss ohnehin beabsichtigt. Die Regelung ist daher positiv zu sehen.

c. aa. – cc. Es handelt sich überwiegend um die Streichung obsoleter Übergangsregelungen. Die Möglichkeit, die ohnehin erfolgten Dokumentationen auch zur Förderung der Qualität einsetzen zu können, wird begrüßt.

dd. Die deutliche Ausweitung der delegierbaren Leistungen dient der Entlastung von Ärzten bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung ihrer Therapiehoheit. Dies kann als ein Baustein zur flächendeckenden Sicherstellung der Versorgung dienen. Die delegierbaren Leistungen umfassen allerdings nur Leistungen, die bisher von Ärzten erbracht werden. Daher ist im Gegenzug die Anpassung der Bewertung ärztlicher Leistungen zu überprüfen, um eine Doppelfinanzierung auszuschließen. Die Festsetzung einer Frist für die Anpassung des EBM für Zweitmeinungsleistungen sollte analog zur geplanten allgemeinen Regelung (neuer Absatz 5b) sechs Monate statt der hier vorgesehenen drei Monate betragen.

d. und e. Delegationsfähige Leistungen als Einzelleistungen oder Leistungskomplexe auszugestalten, entspricht der bisherigen Praxis. Dies ist gegenüber einer Vergütung innerhalb der Versicherten- bzw. Grundpauschale vorzuziehen.

f. und g. Es handelt sich lediglich um redaktionelle bzw. Folgeänderungen, gegen die keine Einwände vorliegen.

h. Die Klarstellung entspricht der bisher schon geübten Praxis im Bewertungsausschuss.

i. Der Bewertungsausschuss hat sich bereits selbst die Maßgabe gegeben, innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten von G-BA-Bestimmungen eine Einigung über notwendige EBM-Anpassungen erzielen zu wollen. Die vorgeschlagene gesetzliche Regelung mit einer Frist von sechs Monaten ist angesichts des Abstellens auf das Datum des endgültigen Beschlusses des Bewertungsausschusses sowie zur Berücksichtigung komplexerer Sachverhalte angemessen.

Änderungsvorschlag vdek

Zu a: In Satz 1 werden nach dem Wort „...*Sachkosten*“ folgende Worte ergänzt „...*soweit zwischen Bundesmantelvertragspartnern dazu bundesweiter Regelungsbedarf gesehen wird.*“

Zu c. Nach dem ersten einzufügenden Satz wird zusätzlich folgender Satz eingefügt: „*Soweit delegationsfähige Leistungen gesondert vergütet werden, sind bereits bestehende ärztliche Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes um diese delegationsfähigen Leistungsanteile zu bereinigen.*“

Die Frist „*31. März 2016*“ wird durch die Frist „*30. Juni 2016*“ ersetzt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25

§ 87a (Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten)

Beabsichtigte Neuregelung

a. Folgeänderung zur Verlängerung des Evaluationszeitraums um ein Jahr in § 119b Absatz 3 Satz 1.

b. Konvergenzregelung: Unterschiede in der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung werden mit Wirkung zum 1.1.2016 abgebaut. War der Aufsatzwert im Jahr 2013 unbegründet zu niedrig, ist eine einmalige basiswirksame Erhöhung des für das Jahr 2015 angepassten Aufsatzwertes zu vereinbaren. Die durch die vereinbarte Erhöhung des Aufsatzwertes, einschließlich der Bereinigungen sich ergebenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Versicherten mit Wohnort im KV-Bezirk in 2013, darf aber nicht höher sein als die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung je Versicherter aller KVen in 2013 im Durchschnitt. Die vereinbarte Erhöhung kann auch schrittweise über mehrere Jahre verteilt werden. Eine Konvergenzverhandlung kann nur dann erfolgen, wenn die durchschnittliche morbiditätsorientierte Gesamtvergütung je Versicherter mit Wohnort im Bezirk der KV die durchschnittliche morbiditätsorientierte Gesamtvergütung je Versicherten aller KVen unterschreitet (Berechnung durch das Institut des Bewertungsausschusses). Dass bzw. in welchem Umfang der Aufsatzwert im Jahr 2013 unbegründet zu niedrig war, ist von der KV nachzuweisen. Hierbei sind eine Vielzahl von Faktoren der regionalen Versorgungsstruktur zu berücksichtigen: Morbidität, Inanspruchnahme sowohl im vertragsärztlichen Sektor als auch in anderen Sektoren, überregionale Versorgungsstrukturen, Auszahlungsquote u. a. m. Die zusätzlichen Mittel sind zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen einzusetzen. Umverteilungen zulasten anderer KVen sind auszuschließen. Bei Nichteinigung auf dem Verhandlungswege erfolgt die Einigung über das Landesschiedsamt.

Stellungnahme vdek

a. Als Folgeänderung sachgerecht.

b. Die Zielsetzung des GKV-VSG, auch zukünftig eine flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung sicherzustellen, wird über die vorgesehene Konvergenzregelung nicht erreicht. Stattdessen profitieren von ihr weitestgehend Vertragsärzte in solchen Regionen, in denen bereits heute flächendeckende Überversorgung herrscht. Für die gesetzlichen Krankenkassen ist in der Folge mit Mehrkosten von jährlich ca. 460 Mio. Euro zu rechnen, die zusätzlich zu den jährlichen Vergütungsanpassungen aufgrund der Beschlüsse des Bewertungsausschusses und den Verhandlungen zwischen den Gesamtvertragspartnern entstehen.

Die Gesamtvergütungen je Versicherten basieren auf dem abgerechneten Leistungsbedarf des Jahres 2008 und spiegeln somit die tatsächliche Inanspruchnahme des vertragsärztlichen Bereichs durch die Versicherten wider und berücksichtigen dabei bereits die in der Begründung genannten Faktoren. Anhaltspunkte, dass die zu beobachtenden Unterschiede unbegründet seien, ergeben sich daher nicht.

Das explizit benannte Ziel einer Verbesserung der Versorgungsstrukturen lässt sich durch die vorgeschlagenen Regelungen nicht erreichen. Eine weitere Anhebung der Leistungsbedarfe kommt auch nicht der Versorgung der Versicherten zu Gute, sondern dürfte lediglich in einer Einkommenssteigerung der jeweiligen Ärzte resultieren.

Änderungsvorschlag vdek

- a. Keiner.
- b. Die Regelung wird gestrichen.

Ergänzender Änderungsvorschlag zur Vereinfachung der Bereinigung:

In § 87a Absatz 5 wird nach Satz 7 folgender Satz eingefügt: *„In den Vorgaben nach Satz 7 beschließt der Bewertungsausschuss auch Regelungen zur pauschalisierten Rückführung von Bereinigungsbeträgen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, sofern die Teilnahme von Versicherten an einem Vertrag nach §§ 73b oder 140a endet.“*

Begründung:

Die bisherigen Bereinigungsverfahren sehen vor, dass bei Versicherten, deren Teilnahme an einem Selektivvertrag nach §§ 73b bzw. 140a SGB V endet, der seinerzeit aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) bereinigte individuelle Behandlungsbedarf in die MGV zurückgeführt wird. Dies führt in der Praxis zu erheblichen Problemen, da versichertenindividuelle Bereinigungsbeträge bis zur Beendigung der Teilnahme an einem Selektivvertrag – also über Jahre oder ggf. Jahrzehnte – bei Krankenkasse und Kassenärztlichen Vereinigungen gespeichert werden müssen. Neben dem erheblichen Verwaltungs- und Kostenaufwand dürften hier mittelfristig auch datenschutzrechtliche Probleme durch diese Form der Datenhaltung entstehen. Die Vorgaben des Bewertungsausschusses nach § 87a Abs. 5 S. 7 sollten daher auch Regelungen zur einer pauschalisierten – und damit nicht mehr versichertenindividuellen – Rückführung von Bereinigungsbeträgen in die MGV enthalten.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 26

§ 87b (Vergütung der Ärzte – Honorarverteilung)

Beabsichtigte Neuregelung

- a. Es erfolgt eine gesetzliche Klarstellung zur klaren und dauerhaften Trennung von haus- und fachärztlicher Vergütung.
- b. Es erfolgt eine Klarstellung, dass Praxisnetze auch finanziell gefördert werden müssen, wenn sie von der KV anerkannt worden sind.
- c. Geregelt wird die Verpflichtung der KV zur jährlichen Veröffentlichung der Grundsätze und Versorgungsziele des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM).
- d. Geregelt wird die Verpflichtung der KBV zur Bestimmung von Vorgaben zur Honorarverteilung im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband.

Stellungnahme vdek

- a. Diese Regelung vervollständigt die Trennung der haus- und fachärztlichen Vergütungstöpfe und ist folgerichtig.
- b. Die Kooperation vertragsärztlicher Leistungserbringer im Rahmen von Ärztenetzen ist positiv zu bewerten. Die Förderung dieser Netze über gesonderte Vergütungsregelungen innerhalb der Honorarverteilung ist daher zu begrüßen.
- c. Die Verpflichtung zur Veröffentlichung der Grundsätze und Versorgungsziele des HVM dient der erhöhten Transparenz und wird daher positiv gesehen.
- d. Die Ergänzung der Vorgaben, die durch die KBV festgelegt werden, ist sachgerecht.

Änderungsvorschlag vdek

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 28

§ 92 Absatz 6a (Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses)

Beabsichtigte Neuregelung

§92 Absatz 6a wird ein neuer Satz angefügt. Der G-BA erhält den Auftrag, die Psychotherapierichtlinien zu überarbeiten mit dem Ziel, dass psychothe-

therapeutische Sprechstunden eingerichtet und die Gruppentherapien gefördert werden sowie das Antrags- und Gutachterverfahren vereinfacht wird.

Stellungnahme vdek

Der Referentenentwurf enthält im Grunde alle wesentlichen Punkte, die auch die GKV fordert. Die „Flexibilisierung des Therapieangebotes“ in der im Entwurf gewählten Formulierung ist allerdings missverständlich. Hier könnten u. a. auch Leistungen adressiert werden, die nicht als GKV-Leistung vorzusehen sind. Dies ist auszuschließen.

Änderungsvorschlag vdek

Nr. 28 muss wie folgt lauten: Dem § 92 Absatz 6a wird folgender Satz angefügt: *„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 30. Juni 2016 in den Richtlinien Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes im Rahmen der Richtlinientherapie, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung von Gruppentherapien sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens.“*

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29

§ 92a – neu – (Innovationsfonds, Grundlagen der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss)

Beabsichtigte Neuregelung

Ab dem Jahr 2016 fließen jährlich insgesamt 300 Millionen Euro in einen Innovationsfonds, davon haben die Krankenkassen 150 Millionen Euro aufzubringen und weitere 150 Millionen kommen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Die Mittel werden als Sondervermögen vom BVA per Umlage erhoben und verwaltet. Es sollen insbesondere sektorenübergreifende Versorgungsformen und neue Versorgungsformen, wie beispielsweise Telemedizin oder Modelle mit Delegation und Substitution von Leistungen gefördert werden. Antragsberechtigt sind Krankenkassen und ihre Verbände, Vertragsärzte, zugelassene medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Kassenärztliche Vereinigungen und Patientenorganisationen nach § 140f. Bei der Antragstellung ist in der Regel eine Krankenkasse zu beteiligen. Außerdem soll Versorgungsforschung mit den Mitteln des Innovationsfonds gefördert werden. Antragsberechtigt sind hier zusätzlich universitäre und außeruniversitäre Forschungseinrichtungen.

Stellungnahme vdek

Zu Absatz 1. Um die geförderten Projekt regelhaft in der Versorgungsrealität zu erproben sind die Krankenkassen zwingend an allen Anträgen zu betei-

gen. Nur so kann auch sichergestellt werden, dass die Beitragsgelder weiterhin der Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehen.

Zu Absatz 2. Der Ausschluss von Doppelförderung ist sinnvoll. Allerdings sollen nicht nur die Evaluation von Altverträgen förderwürdig sein, sondern auch die Evaluation von Neuverträgen nach § 140a zur besonderen Versorgung, sofern die Durchführung der Versorgungsverträge nicht schon durch den Innovationsfonds finanziert wird. Dies sollte insbesondere auch für die regelhafte Evaluation von Modellvorhaben nach § 63 ff. SGB V gelten. Darüber hinaus sind auch hier die Krankenkassen bei der Antragstellung zwingend zu beteiligen.

Zu Absatz 3 und Absatz 5. Der Innovationsfonds wird mit 300 Millionen Euro pro Jahr, davon 225 Millionen für neue Versorgungsprojekte, großzügig ausgestattet. Die Summe erscheint vor dem Hintergrund, dass nur solche Leistungen förderfähig sind, die nicht bzw. nicht in ausreichendem Maße Bestandteil der Regelversorgung sind, recht hoch. Zum Vergleich: die GKV-weiten Gesamtausgaben im Jahr 2013 für Leistungen nach § 73c SGB V, Modellvorhaben und Integrierter Versorgung, betragen ca. 1,69 Milliarden Euro und umfassten dabei aber auch Leistungsausgaben der Regelversorgung, die in den Selektivverträgen abgebildet wurden. Deshalb sollte bereits nach zwei Jahren eine Zwischenbilanz gezogen werden, wieviel Gelder tatsächlich für die Finanzierung von innovativen Versorgungsformen, die über die Regelversorgung hinausgehen, gebraucht werden. Eine Akkumulation von Finanzmitteln im Innovationsfonds sollte vermieden werden. Nicht verbrauchte Mittel sollten daher nicht ins Folgejahr übertragbar sein. Nicht verausgabtes Geld sollte besser der Versorgung der Versicherten direkt zur Verfügung stehen.

Änderungsvorschlag vdek

In Absatz 1 Satz 5 sind die Wörter „*in der Regel*“ zu streichen.

In Absatz 2 Satz 2 werden nach dem Wort „*sein*“ die Wörter „; Absatz 1 Satz 5 gilt entsprechend.“

In Absatz 2 Satz 3 werden die Wörter „*die vor dem geschlossen wurden*“ durch die Wörter „*und nach §140a und §63*“ ersetzt und nach dem Wort „*überführt zu werden*“ die Wörter „*sowie nicht durch den Innovationsfonds nach Absatz 1 gefördert werden.*“

In Absatz 3 Satz 5 werden die Wörter „*können in das Folgejahr übertragen werden*“ durch die Wörter „*werden auf die von den Krankenkassen im Folgejahr zu tragenden Mittel angerechnet*“ ersetzt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29

§ 92b – neu – (Durchführung der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss)

Beabsichtigte Neuregelung

Beim G-BA wird ein Innovationsausschuss eingerichtet. Dieser besteht aus dem unparteiischen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), drei vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) benannten Mitgliedern des Beschlussgremiums nach § 91 Absatz 2, jeweils einem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) benannten Mitgliedern des Beschlussgremiums nach § 91 Absatz 2 sowie drei Vertretern des Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Der Innovationsausschuss erlässt Förderbekanntmachungen und entscheidet über die Anträge. Die Entscheidungen des Innovationsausschusses müssen mit einer Mehrheit von sieben Stimmen getroffen werden (Zweidrittelmehrheit). Eine eigens beim G-BA einzurichtende Geschäftsstelle ist für die Vorbereitung und Umsetzung der Entscheidungen des Ausschusses zuständig. Zum 31.12.2019 soll das BMG eine wissenschaftliche Auswertung des Innovationsfonds veranlassen, die am 31.3.2020 dem Deutschen Bundestag vorgelegt werden soll.

Bewertung

Mit der Konstruktion der Aufgabenzuweisung an den G-BA tritt dieser erstmalig als Entscheidungsinstanz über selektivvertragliche Leistungen mit unmittelbarer Finanzwirkung für die Krankenkassen auf. Hochproblematisch erscheint auch die Mitwirkung von Vertretern des BMG an diesen Entscheidungen. Dies widerspricht dem Selbstverwaltungsprinzip und der wettbewerblichen Ausrichtung der Krankenkassen.

Zu Absatz 1. Mit der Besetzung des Innovationsausschusses mit drei stimmberechtigten Mitgliedern des BMG greift die Politik in einen Bereich, der originär von der Selbstverwaltung ausgestaltet werden sollte, erheblich ein. Die Begründung dafür ist nicht stichhaltig. Um geförderte Projekte in die Regelversorgung überführen zu können, ist keine Stimmbeteiligung des BMG notwendig.

Zu Absatz 2. Der Innovationsausschuss muss eine ausreichende Transparenz über seine Entscheidungen herstellen. Das ist er allen Antragsstellern schuldig. Vertreter des BMG sollten keine stimmberechtigten Mitglieder des Innovationsausschusses sein (s. o.).

Darüber hinaus sollte der Innovationsausschuss seine Entscheidungen auf Basis von Empfehlungen eines Expertenrates treffen. Der aus unabhängigen Experten bestehende Expertenrat, gibt eine Bewilligungs- bzw. Ablehnungsempfehlung ab, die der Innovationsausschuss in der Regel berücksichtigen

soll. Weicht der Innovationsausschuss von dieser Empfehlung ab, ist dies schriftlich zu begründen. Die für seine Entscheidungen notwendigen Förderkriterien sowie die Grundlagen von Auswahlverfahren sollen unter Mitarbeit einer einzubeziehenden Facharbeitsgruppe bestehend aus Vertretern von Krankenkassen einvernehmlich erarbeitet und abgestimmt werden.

Zu Absatz 3. Die Einrichtung einer eigenen Geschäftsstelle beim G-BA macht deutlich, dass der Verwaltungsaufwand des Fonds erheblich sein wird. Dies gilt es zu vermeiden. Die Aufgaben können in den bisherigen Strukturen des G-BA geschultert werden.

Zu Absatz 4

Der G-BA sollte die Förderanträge nicht primär inhaltlich, sondern eher formal prüfen. Die fachliche Begutachtung der Anträge obliegt dem Expertenrat.

Änderungsvorschlag

In Absatz 1 Satz 2 wird *„sowie drei Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit“* gestrichen. In Satz 3 wird nach *„maßgeblichen Personen“* *„Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit“* eingefügt. Daneben werden folgende Sätze 5 und 6 angefügt: *„Darüber hinaus wird ein Expertenrat, bestehend aus unabhängigen Experten, die über ausgewiesene wissenschaftliche Expertise in den Bereichen der Weiterentwicklung der Versorgung und der Versorgungsforschung verfügen, gebildet. Der Expertenrat prüft die Förderanträge und spricht eine Empfehlung an den Innovationsausschuss über die Förderung aus.“*

In Absatz 2 Satz 4 wird die Zahl *„sieben“* durch die Zahl *„vier“* ersetzt. Nach Satz 3 werden folgende Sätze eingefügt: *„Der Innovationsausschuss berücksichtigt bei seiner Entscheidung die Empfehlungen des Expertenrates. Dabei richtet er sich nach Förderkriterien aus, die der G-BA mit einer Facharbeitsgruppe aus Vertretern der Krankenkassen einvernehmlich erarbeitet und abstimmt.“* *„Trifft er abweichende Entscheidungen, sind diese zu begründen.“* Die Sätze 4 bis 6 werden zu den Sätzen 6 bis 8.

Absatz 3 wird wie folgt geändert: *„Der personelle und sachliche Bedarf des Innovationsausschusses wird vom Innovationsausschuss bestimmt und ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss in seinen Haushalt einzustellen.“*

Absatz 4 Satz 1 wird wie folgt geändert: *„Der Gemeinsame Bundesausschuss unterstützt den Innovationsausschuss und übernimmt dabei insbesondere folgende Aufgaben:“* *„In Satz 1 Nr. 2 wird das Wort „fachlichen“ durch das Wort „formalen“ ersetzt.“*

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 30

§ 95 (Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung)

Beabsichtigte Neuregelung

- a. Es können künftig auch arztgruppengleiche MVZ gegründet werden.
- b. Es wird Kommunen ermöglicht, MVZ zu gründen und zwar auch in öffentlich-rechtlicher Rechtsform. Ein Zustimmungserfordernis der KV gilt für sie nicht. Bei der Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes sind sie aber gegenüber ärztlichen Bewerbern nachrangig zu berücksichtigen.
- c. Es erfolgt eine Klarstellung, dass KVen anhand der ihnen vorliegenden Leistungsdaten zu prüfen haben, ob Ärzte oder MVZ ihren Versorgungsauftrag auch tatsächlich erfüllen.
- d. Es erfolgt eine Klarstellung, dass für Ärzte und MVZ die Vorschriften zum Ruhen einer Zulassung für die Anstellungsgenehmigung entsprechend gelten.

Stellungnahme vdek

Die Möglichkeiten zur Bildung von fachgruppengleichen MVZ sowie zur Schaffung von MVZ in kommunaler Trägerschaft können wirksame Instrumente zur Bekämpfung von Versorgungsproblemen, insbesondere bei Hausärzten im ländlichen Bereich, sein. Die Klarstellungen sind folgerichtig.

Änderungsvorschlag vdek

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 33

§ 103 (Zulassungsbeschränkungen)

Beabsichtigte Neuregelung

- a. Die bisherige Kann-Regelung zur Ablehnung der Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens bei Überversorgung wird in eine Soll-Regelung überführt. Die diesbezügliche Ausnahmeregelung für Partner einer Berufsausübungsgemeinschaft und angestellte Ärzte wird verschärft und gilt nur, wenn das Anstellungsverhältnis bzw. der gemeinschaftliche Betrieb bereits mindestens drei Jahre andauert.
- b. Ein ergänzendes Kriterium für die Auswahl bei der Nachbesetzung wird sein, ob der Nachfolger Maßnahmen zum Abbau von Barrieren ergreifen will.

Bewirbt sich ein MVZ, soll dessen Versorgungsangebot ebenfalls entscheidungsrelevant sein.

Stellungnahme vdek

a. Die Neuregelung dient dem Abbau von Überversorgung und ist daher außerordentlich zu begrüßen. Durch die Einschränkung der Ausnahmeregelung werden mögliche Umgehungstatbestände z. T. beseitigt. Allerdings kann das Instrument nur wirken, wenn auch bei der Abstimmung über den Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens die üblichen Regelungen der Zulassungsausschüsse bei Stimmgleichheit gemäß § 96 Abs. 2 S. 6 SGB V gelten. Die bisherige Regelung, dass bei Stimmgleichheit ein Antrag auf Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens als angenommen gilt, verhindert hingegen einen Abbau von Versorgungsdisparitäten und muss daher gestrichen werden.

b. Die Ergänzung zusätzlicher Kriterien bei der Auswahl der Bewerber ist sachgerecht.

Änderungsvorschlag vdek

§ 103 Abs. 3a Satz 4 2. Halbsatz (alte Fassung) wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 34

§ 105 (Förderung der vertragsärztlichen Versorgung)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Bildung von Strukturfonds zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung soll künftig überall möglich sein und nicht nur in unterversorgten, von Unterversorgung bedrohten oder in Gebieten, in denen ein besonderer lokaler Versorgungsbedarf festgestellt worden ist. Die geltenden Regelungen zur Finanzierung bleiben unverändert. Entschließt sich eine KV zur Auflegung eines Strukturfonds in bestimmter Höhe, haben die Kassen auf Landesebene einen gleichhohen Betrag zuzuschießen.

Stellungnahme vdek

Die Mittel des Strukturfonds sollen gemäß § 105 Absatz 1a SGB V insbesondere für Zuschüsse zu den Investitionskosten bei der Neuniederlassung oder der Gründung von Zweigpraxen verwendet werden. Derartige Maßnahmen sind ausschließlich in Regionen mit bestehender oder drohender Unterversorgung angezeigt. Der Einsatz solcher Förderinstrumente in Regionen mit Regel- oder Überversorgung läuft hingegen dem Ziel des Gesetzgebers zuwider, Versorgungsdisparitäten zwischen unter- und überversorgten Regionen abzubauen. Die vorgesehene Änderung ist daher abzulehnen.

Änderungsvorschlag vdek

Streichung der Neuregelung.

Ergänzende Änderungsvorschläge zur Beseitigung von Hemmnissen bei der Abrechnungsprüfung:

Änderungsvorschlag 1:

In § 106a Absatz 3 wird folgender Satz 3 angefügt: *„Die Kassenärztlichen Vereinigungen nehmen auf Grundlage der Prüfergebnisse nach Satz 1 eine sachliche-rechnerische Berichtigung vor.“*

Begründung:

In der Praxis führt der Umgang mit den Ergebnissen der kassenseitigen Abrechnungsprüfung bisweilen zu Diskussionen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigung. Es sollte daher klargestellt werden, dass auf Grundlage der Prüfergebnisse eine sachlich-rechnerische Berichtigung der Abrechnung durch die Kassenärztliche Vereinigung erfolgt.

Änderungsvorschlag 2:

In § 106a Absatz 4 wird folgender Satz 4 angefügt: „Über die Durchführung der Prüfungen nach den Sätzen 1 bis 3 und deren Ergebnisse werden die Antragsteller unverzüglich unterrichtet.“

Begründung:

Von den Krankenkassen gestellte Prüfanträge nach § 106a Absatz 4 SGB V werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen teilweise nicht oder nur mit erheblicher Verzögerung bearbeitet. Daher sollten die Kassenärztlichen Vereinigungen gesetzlich dazu verpflichtet werden, die Krankenkassen unverzüglich über die Durchführung der Prüfungen und ihre Ergebnisse zu unterrichten. Es wird vorgeschlagen, hierzu die bereits in Absatz 2 und Absatz 3 verwendete Formulierung analog in Absatz 4 zu ergänzen.

Änderungsvorschlag 3:

§ 106a Absatz 6 Satz 1 wird wie folgt ergänzt: „...sowie zu einem bundeseinheitlichen Datenaustauschverfahren zur Übermittlung von Anträgen und Ergebnissen im Rahmen der Abrechnungsprüfung.“

Begründung:

Die Festlegung eines bundeseinheitlichen Datenaustauschverfahrens für die Prüfanträge der Krankenkassen und die diesbezügliche Rückmeldung der Kassenärztlichen Vereinigungen fördert die Qualität der Prüfanträge der Krankenkassen und vereinheitlicht die Abrechnungsprüfung bei den Kassen-

ärztlichen Vereinigungen. Die Verfahrensabläufe werden durch einheitliche Strukturen und Inhalte vereinfacht, wodurch die Umsetzung einer abgestimmten und dadurch effizienteren Abrechnungsprüfung erreicht werden kann.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 36

§ 106b - neu - (Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen)

Beabsichtigte Neuregelung

§ 106b (neu) regelt isoliert nur noch den Gesamtbereich der ärztlich verordneten Leistungen. Rechtliche Vorgaben („Leitplanken“) fehlen weitgehend. Bestehende Regelungen laufen zum 1.1.2017 aus. Stattdessen sind die Inhalte der Prüfverfahren bis 31.10.2014 in Form einer Bundesrahmenvorgabe (KBV/GKV-SV) weitestgehend frei zu verhandeln (ggf. Bundesschiedsamt). Anschließend erfolgt die regionale Umsetzung auf dieser Grundlage durch einen schiedsfähigen Vertrag, der zu schließen ist.

Stellungnahme vdek

Die Aufgabe – auch rechtlich – bewährter Prüfmethode der Richtgrößenprüfung wird kritisch gesehen. Die nun vorliegende Neuregelung bedeutet die Aufgabe praktisch aller bisher bestehenden rechtlichen Vorgaben für die Durchführung von Arzneimittelregressen.

Die einzigen Eckpfeiler sind:

- Rückzahlungen der Ärzte im Rahmen der vereinbarten Regelungen sind grundsätzlich zulässig.
- Zu allen Bereichen der verordneten Leistungen müssen Regelungen getroffen werden.

Zwar können damit auch die Vorstellungen der Ersatzkassen zur geplanten Reform der Wirtschaftlichkeit (Versorgungspraxis 2.0) umgesetzt werden.

Um dies aber tatsächlich auszuverhandeln, müssen verbindliche Leitplanken geschaffen werden, die in die Rechtsgrundlage einfließen müssen.

Änderungsvorschlag vdek

Arzneimittel:

Streichung der Neuregelung. (Alternativ: Vorschlag der Ersatzkassen für eine Neuausrichtung der Wirtschaftlichkeitsprüfung.)

Heilmittel:

Streichung der Neuregelung.

(Alternativ: Abgestimmter Vorschlag des GKV-SV zur Ablösung der Richtgrößen-Prüfung durch eine Form der Auffälligkeitsprüfung.)

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 40

§ 116a (Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung)

Beabsichtigte Neuregelung

Liegt ein Beschluss des Landesausschusses für Unterversorgung, drohende Unterversorgung oder zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf vor, ist der Zulassungsausschuss verpflichtet, Krankenhäuser auf Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen.

Stellungnahme vdek

Die Öffnung der Krankenhäuser in unterversorgten oder drohend unterversorgten Gebieten ist zu begrüßen.

Änderungsvorschlag vdek

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 41

§ 116b (Ambulante spezialfachärztliche Versorgung)

Beabsichtigte Neuregelung

- a. Klarstellung zur Unterbrechung der Antragsfrist im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung.
- b. Der G-BA muss die Ergebnisse des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen bei der Regelung der sächlichen und personellen und sonstigen Qualitätsanforderungen an die spezialfachärztlichen Leistungserbringer mit einbeziehen.
- c. Dauerhafter Bestandsschutz für Krankenhäuser, die an der ambulanten Behandlung nach § 116b in der bis 31.12.2011 geltenden Fassung teilnehmen. Aufhebung der Alt-Bestimmung nur möglich, wenn das Krankenhaus nicht mehr zur ambulanten Behandlung (alte Fassung) geeignet ist.

Stellungnahme vdek

- a. Die Regelung ist zu abzulehnen. Das Vorgehen, die Prüffrist anzuhalten und nach Eingang der angeforderten Unterlagen etc. die verbleibende Frist weiterlaufen zu lassen, stellt einen zusätzlichen Verwaltungsaufwand für die erweiterten Landesausschüsse (eLA) dar. Die Sitzungen der eLA werden in einer bestimmten Frequenz (z. B. monatlich) stattfinden. „Restlaufzeiten“ aufgrund von Unterbrechungen würden zur Folge haben, dass kurzfristig zusätzliche Sitzungen anzuberaumen wären. Dies erscheint bei der großen Besetzung eines eLA kaum möglich. Für einen Neubeginn der Frist spricht

zudem, dass der eLA einerseits seine Prüfung mit der gebotenen Sorgfalt abschließen kann und dass die Folge des Neubeginns mit der sich daraus für den Leistungserbringer ergebenden Verzögerung den Anreiz schafft, von vornherein vollständige Unterlagen vorzulegen und dadurch Verzögerungen zu vermeiden.

b. Die Regelung ist zu begrüßen. Der G-BA erhielt durch des GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) den gesetzlichen Auftrag, ein fachlich unabhängiges wissenschaftliches Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen zu gründen. Der Aufbau des Instituts wird im Jahr 2015 erfolgen; ab 2016 soll es mit der Arbeit beginnen. Vor dem Hintergrund, dass in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) Patienten mit seltenen Erkrankungen und schweren Erkrankungsverläufen behandelt werden, ist es folgerichtig, dass den qualitativen Anforderungen an den Leistungserbringer eine besondere Bedeutung zukommt und daher auch die Arbeitsergebnisse des Instituts berücksichtigt werden sollen.

c. Die Regelung ist abzulehnen. Die ASV hat insbesondere zum Ziel, die Versorgungsqualität durch sektorenübergreifende Kooperationen zu verbessern. Zudem gehen die Voraussetzungen und Qualitätsanforderungen für die ASV über die bisherigen Regelungen der ambulanten Behandlung am Krankenhaus hinaus. Ein dauerhafter Bestandsschutz für Kliniken mit Alt-Bestimmungen würde diese Ziele und Anforderungen ad absurdum führen. In der Konsequenz können Krankenhäuser parallel nach beiden Regelungen Leistungen erbringen und abrechnen. Zudem war die Zulassungspraxis in den Ländern sehr heterogen. Während in einigen Ländern kaum Krankenhäuser zur Versorgung gem. § 116b Absatz 2 SGB V a. F. zugelassen wurden, waren es in anderen Ländern zahlreiche. Dieses sehr unterschiedliche Vorgehen hätte bei der Beibehaltung der alten Bestimmung einen starken Wettbewerb verzerrenden Charakter. In den Ländern mit vielen Bestimmungen nach altem Recht bestünden für niedergelassene Ärzte kaum Möglichkeiten zur Kooperation mit einem Krankenhaus. Durch diese Ungleichstellung werden niedergelassene Ärzte klar benachteiligt. Sofern eine Berechtigung nach neuem Recht besteht, sollte die Alt-Bestimmung daher unverzüglich aufgehoben werden.

Änderungsvorschlag vdek

a. Absatz 2 wird wie folgt geändert: In Satz 5 wird die Wortgruppe „bis zum Eingang der Auskünfte ist“ gestrichen. Hinter der Angabe „Satz 4“ wird der Passus *„beginnt mit Eingang aller vollständigen Unterlagen und Auskünfte.“* eingefügt.

b. Keiner.

c. Absatz 8 wird wie folgt geändert. Nach Satz 2 wird der neue Satz 3 eingefügt: *„Das Land hat abweichend von Satz 2 eine nach Satz 1 getroffene Bestimmung unverzüglich aufzuheben, sofern das Krankenhaus nach Abs. 2 Satz 4 für denselben Leistungsbereich zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt ist.“* Der bisherige Satz 3 wird zu Satz 4.

Ergänzende Änderungsvorschläge zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung:

Änderungsvorschlag 1:

§ 116b Absatz 1 Satz 3 wird gestrichen.

Hilfsänderungsvorschlag:

Der Halbsatz „soweit der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c für die Krankenhausbehandlung keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.“ wird gestrichen und durch den Halbsatz „soweit diese im Rahmen der Beschlüsse nach § 135 in der vertragsärztlichen Versorgung zulasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen.“ ersetzt.

Begründung:

Eine grundsätzliche Aufnahme von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung ohne vorherige Überprüfung, ob die Methode ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist, ist insbesondere vor dem Hintergrund des offen gestalteten Zugangs für Vertragsärzte und Krankenhäuser zur spezialfachärztlichen Versorgung („Wer kann, der darf!“) höchst bedenklich.

In der vertragsärztlichen Regelversorgung statuiert § 135 SGB V ein sogenanntes „Verbot mit Erlaubnisvorbehalt“. Dies bedeutet, dass –bevor eine Methode erbracht werden kann– der G-BA zu beschließen hat, dass diese Methode einen diagnostischen und therapeutischen Nutzen besitzt, medizinisch notwendig und auch wirtschaftlich ist. Nur nach positivem Beschluss („Erlaubnis“) des G-BA kann die Methode zulasten der Krankenkassen abgerechnet werden.

Im Unterschied dazu dürfen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Rahmen von stationären Krankenhausbehandlungen grundsätzlich zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht werden, solange sie nicht explizit vom G-BA nach § 137c SGB V ausgeschlossen wurden („Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt“).

Die Ausweitung dieser grundsätzlichen Erlaubnis auf die ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen führt dazu, dass neben Krankenhäusern nun auch zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) berechnete Vertragsärzte im Rahmen ihrer ambulanten spezialfachärztlichen Leistungserbringung ungeprüfte Methoden erbringen können; was ihnen parallel im Rahmen der vertragsärztlichen Regelversorgung weiterhin nicht gestattet ist. Es ist unverständlich, dass in einem Versorgungsbereich, der insbesondere hochspezialisierte Leistungen für schwerstkranke Patienten erbringt, ungeprüfte Methoden zur Anwendung kommen können und damit die Anforderungen hinter den Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung zurückstehen. Dies ist insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Patientensicherheit nicht nachvollziehbar.

Im Bereich der ASV sollen Vertragsärzte und Krankenhäuser mit gleichen Rechten und Pflichten tätig werden. Eine Übertragung des Verbotsvorbehaltes lediglich auf ambulante Leistungen, die von Krankenhäusern im Rahmen des § 116b SGB V erbracht würden, würde den Wettbewerb verzerren. Vor diesem Hintergrund muss bei der Leistungserbringung im Rahmen der ASV sowohl für berechnigte Vertragsärzte als auch für Krankenhäuser der Grundsatz gelten, dass alle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erst dann zulasten der GKV erbracht werden dürfen, wenn der diagnostische und therapeutische Nutzen sowie die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit vom G-BA anerkannt wurden.

Änderungsvorschlag 2:

§ 116b Abs. 2 SGB V wird wie folgt geändert: In Satz 1 werden die Worte „sind berechnigt“ gestrichen und durch die Worte „können auf Antrag“ ersetzt; das Wort „zu“ wird gestrichen. Hinter dem Wort „soweit“ werden die Worte „und solange“ eingefügt. Der Halbsatz „und dies gegenüber dem nach Maßgabe des Absatzes 3 Satz 1 erweiterten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 Absatz 1 unter Beifügung entsprechender Belege anzeigen“ wird gestrichen und durch den Halbsatz: *„und unter Berücksichtigung der Versorgungssituation durch den nach Maßgabe des Absatzes 3 Satz 1 erweiterten Zulassungsausschuss nach § 96 berechnigt worden sind“* ersetzt.

Nach Satz 1 ist folgender Satz 2 neu einzufügen: *„Die Berechnigungen nach Satz 1 sind befristet zu vergeben.“* Die Sätze 3 und 4 werden gestrichen.

Satz 2 wird Satz 3. Satz 5 wird Satz 4.

Im Satz 5 (n. F.) wird „Satz 4“ durch „Satz 1“ ersetzt. In Satz 6 (n. F.) wird „und 2“ gestrichen, das Wort „Landesausschuss“ wird durch das Wort „Zulassungsausschuss“ ersetzt und „Satz 6“ durch „Satz 3“ ersetzt. Die Sätze 7 und 8 werden gestrichen.

Nach Satz 4 (n. F.) wird folgender Satz eingefügt: *„Der Zulassungsausschuss nach Satz 1 ist zur regelmäßigen Überprüfung der Berechnigungen der an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer verpflichtet.“*

Begründung:

Mit dem Änderungsvorschlag soll das Anzeige- und Prüfverfahren durch ein Zulassungsverfahren nach § 96 ersetzt werden. Zudem sollen Zulassungen der Bedarfsplanung unterliegen und sollen befristet werden.

Eine fehlende Mengensteuerung und Bedarfsplanung steht den bisherigen Bemühungen entgegen, Angebote und Leistungen der Sektoren besser zu koordinieren. Zur Vermeidung von Überversorgung und einer unkontrollierten Leistungsausweitung, sind die Berechnigungen durch den Zulassungsausschuss nach § 96 SGB V, erweitert um die Mitglieder der Krankenhauseite („G-BA-Parität“) befristet zu vergeben. Die Berechnigungen sollten den Zeitraum von 10 Jahren nicht übersteigen. Die Angebotskapazitäten sind über eine Bedarfsplanung zu regeln. Um in unkontrollierte Leistungs-

ausweitungen steuernd eingreifen zu können, sollte sich die Bedarfsplanung in ein „Angebotsmonitoring“ durch die Länder entwickeln.

Eine Anzeige der Leistungserbringer bei dem zuständigen erweiterten Landesausschuss (Status quo) reicht als alleinige Zugangsvoraussetzung nicht aus und widerspricht dem Grundgedanken eines hochspezialisierten Versorgungsbereichs. Alle Konkretisierungen des G-BA zu einzelnen Leistungsbe-
reichen weisen umfangreiche sachliche und personelle Anforderungen an den ambulanten spezialfachärztlichen Leistungserbringer aus. Um sicherzu-
stellen, dass diese Anforderungen, sowohl zum Zeitpunkt des Zugangs als auch bei einer Wiederholungsprüfung eingehalten werden, ist eine Überprü-
fungsmöglichkeit aus Qualitätssicherungsgründen zwingend erforderlich. Der mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) geregelte einfache Zugang zur spezialärztlichen Versorgung wird bei bestimmten Leistungsbe-
reichen zu einer starken Anreizwirkung auf die Leistungserbringer führen. Den erweiterten Landesausschüssen bleiben jedoch lediglich zwei Monate zur Antragsprüfung. Liegt innerhalb dieser Zeitspanne keine gegenteilige Mitteilung vor, darf der Leistungserbringer an der spezialärztlichen Versor-
gung teilnehmen. Im Hinblick auf diese kurze Widerspruchsfrist ist zu be-
fürchten, dass insbesondere der Überprüfung der Qualitätsanforderungen nicht in der Tiefe und Einzelheit erfolgen kann, wie es der Gesetzgeber so-
wie die Richtlinie des G-BA zur ambulanten spezialfachärztlichen Versor-
gung (ASV-Richtlinie) verlangt. In der Konsequenz könnten Leistungserbrin-
ger an der spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmen, die die Vorausset-
zungen nicht erfüllen.

Änderungsvorschlag 3:

*§ 116b Absatz 3 wird wie folgt gefasst: „Für die Wahrnehmung der Aufga-
ben nach Absatz 2 wird der Zulassungsausschuss für Ärzte nach § 96 Ab-
satz 1 um Vertreter der Krankenhäuser in der gleichen Zahl erweitert, wie
sie nach § 96 Absatz 2 jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und die
Vertreter der Ärzte vorgesehen ist (erweiterter Zulassungsausschuss). Die
Vertreter der Krankenhäuser werden von der Landeskrankenhausesellschaft
bestellt. Den Vorsitz des erweiterten Zulassungsausschusses führt abwech-
selnd ein Vertreter der Ärzte, der Krankenhäuser und der Krankenkassen.
Die erweiterten Zulassungsausschüsse beschließen mit einfacher Stimmen-
mehrheit; bei der Gewichtung der Stimmen zählen die Stimmen der Vertreter
der Krankenkassen doppelt; bei Stimmengleichheit gilt ein Antrag als abge-
lehnt. Die Geschäfte der Zulassungsausschüsse werden bei den Kassenärzt-
lichen Vereinigungen geführt. Die Kosten der erweiterten Zulassungsaus-
schüsse werden, soweit sie nicht durch Gebühren gedeckt sind, zur Hälfte
von den Verbänden Krankenkassen und Ersatzkassen sowie zu je einem
Viertel von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landeskranken-
hausgesellschaften getragen. Gegen die Entscheidungen der Zulassungsaus-
schüsse können die am Verfahren beteiligten Ärzte und Einrichtungen, die
Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landeskrankenhausesellschaften und
die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen, den Beru-
fungsausschuss anrufen. Die Anrufung hat aufschiebende Wirkung.“*

Begründung:

Mit der Neufassung soll ein um Vertreter der Krankenhäuser erweiterter Zulassungsausschuss nach § 96 Absatz 2 konstituiert werden.

Im Vertragsarztrecht hat der Zulassungsausschuss sowohl über die Zulassung von Vertragsärzten zu entscheiden als auch über die Ermächtigung von (Krankenhaus-) Ärzten bzw. Institutionen. Darüber hinaus ist er befähigt, Zulassungen zu widerrufen bzw. zu entziehen. Bei seinen Entscheidungen hat der Zulassungsausschuss die Bedarfsplanung und die Regelungen für unter- und überversorgte Regionen zu beachten. Mit dem GKV-VStG wurde die Bedarfsplanung reformiert. Der G-BA hat ein Versorgungsmodell etabliert, das die unterschiedlichen Ebenen von der Grundversorgung bis zur hochspezialisierten Versorgung abbildet. Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung ist von der Bedarfsplanung bislang nicht erfasst, da der Zugang einzig und allein über eine Anzeige gegenüber dem erweiterten Landesauschuss erfolgt. D. h., eine Bedarfsprüfung durch den Zulassungsausschuss findet nicht statt. Die Leistungserbringung nach § 116b ist mit der vertragsärztlichen Versorgung vergleichbar; selbst die Vergütung erfolgt bis auf Weiteres auf der Grundlage der vom Bewertungsausschuss gemäß § 87 Absatz 5a bestimmten Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen mit dem Preis der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung. Um der Forderung des Gesetzgebers gerecht zu werden, Ärzte und Einrichtungen bei der Bedarfsplanung zu berücksichtigen, die (vergleichbare) vertragsärztliche Leistungen erbringen, ist auch für die ASV eine regelhafte Bedarfsprüfung durch den Zulassungsausschuss unumgänglich. Darüber hinaus wird die Transparenz des Leistungsgeschehens erhöht. Zur Zulassung von Leistungserbringern zu ASV ist der Zulassungsausschuss nach § 96 um Vertreter der Krankenhäuser zu erweitern.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 42

§ 117 (Hochschulambulanzen)

Beabsichtigte Neuregelung

Ermächtigung der Hochschulambulanzen zur Teilnahme an der ambulanten ärztlichen Behandlung per Gesetz. Die Teilnahme ist auf den für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang sowie für Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanz bedürfen, beschränkt. Die Inanspruchnahme erfolgt auf Überweisung. GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung und Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) vereinbaren, welcher Personenkreis für die Behandlung in Frage kommt. Sie definieren ggf. auch Ausnahmen von der Überweisungspflicht. Bei Nicht-Einigung entscheidet das um die Vertreter der DKG erweiterte Bundesschiedsamt.

Stellungnahme vdek

Die Regelung ist abzulehnen. Eine Ermächtigung kraft Gesetzes für Hochschulambulanzen würde den bisherigen Bemühungen entgegenstehen, mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen ermächtigter Einrichtungen zu schaffen und damit die Angebote und Leistungen der Sektoren besser zu koordinieren. Hochschulambulanzen nehmen regelhaft Versorgungsaufträge wahr, die Patientengruppen betreffen, die in der vertragsärztlichen Versorgung nicht angemessen bzw. umfassend betreut werden können. Die Versorgung dient dabei vorrangig dem Zweck von Forschung und Lehre und nicht der Versorgung im Sinne des Sicherstellungsauftrags der regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen. Zusätzlich können Krankenhausärzte und Institutionen auf Antrag Leistungen der vertragsärztlichen Regelversorgung erbringen, wenn dies notwendig ist, um eine bestehende Unterversorgung abzuwenden (vgl. § 116a SGB V). Diese Ermächtigung erfolgt bedarfsabhängig durch den Zulassungsausschuss nach § 96 SGB V und wird erteilt, wenn die Sicherstellung nicht bereits durch niedergelassene Ärzte in ausreichendem Maße gewährleistet ist. Es müssen daher Versorgungslücken bestehen und auch festgestellt sein, die nur durch die entsprechende Ermächtigung zu schließen sind. Ärzte und Institutionen, die aufgrund einer Ermächtigung an der vertragsärztlichen Regelversorgung teilnehmen, sind auch in der ambulanten Bedarfsplanung sachgerecht abzubilden. Diese gesetzliche Vorgabe ist aufgrund der bisher hohen Intransparenz des Leistungsgeschehens ermächtigter Institutionen jedoch nur schwer umsetzbar. Ziel muss es daher sein, ermächtigte Einrichtungen zur standardisierten Leistungsstatistik zu verpflichten. Dies würde es auch ermöglichen, Sicherstellungs- und Versorgungsaufträge von Institutionen stärker zu definieren und eine Ermächtigung nur bei tatsächlichem Bedarf zu erteilen.

Änderungsvorschlag vdek

Streichung der Neuregelung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 43

§ 119b (Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen)

Beabsichtigte Neuregelung

a. Der Evaluationszeitraum für das Institut des Bewertungsausschusses wird um ein Jahr verlängert. Es hat der Bundesregierung dann bis zum 31.8.2016 über die mit den Maßnahmen nach § 87a Abs. 2 Satz 3 zweiter Halbsatz verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen zu berichten.

b. Durch die Neufassung von §119b Abs. 3 Satz 2 wird eine gesetzliche Verpflichtung für die Erfassung und Übermittlung der für die Durchführung der

Evaluation erforderlichen Daten von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), den Krankenkassen und den Pflegekassen an das Institut des Bewertungsausschusses geschaffen.

Stellungnahme vdek

a. Die Verlängerung des Evaluationszeitraums um ein Jahr ist vor dem Hintergrund des verspäteten Inkrafttretens der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 nachvollziehbar, da die zu evaluierenden Zuschläge gemäß § 87a Absatz 2 Satz 3 zweiter Halbsatz durch die Gesamtvertragspartner erst nach Abschluss dieser Vereinbarung vereinbart werden konnten.

b. Bei Einführung von § 119b Absatz 3 SGB V durch das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz ist in der Gesetzesbegründung bereits darauf hingewiesen worden, dass die für die Evaluation erforderlichen Datengrundlagen durch die KVen und die Krankenkassen an das Institut des Bewertungsausschusses zu übermitteln sind. Diese Verpflichtung wird mit der Neufassung von § 119b Abs. 3 Satz 2 im Gesetzestext selbst verortet. Die hiermit verbundene Rechtsklarheit wird begrüßt. Die Ausweitung der Datenerfassungs- und Datenübermittlungspflicht auf die Pflegekassen wird mit der Erforderlichkeit des Einbezugs einschlägiger Daten der Pflegekassen in die Evaluation begründet. Das Evaluationskonzept des Instituts des Bewertungsausschusses (Stand 25.11.2013) erfordert die Identifikation von pflegebedürftigen Versicherten, die zu bestimmten Zeitpunkten vollstationär in einem Pflegeheim untergebracht sind. Dies soll anhand der Daten der Pflegekassen erfolgen. Die Schaffung einer entsprechenden gesetzlichen Grundlage wird aus Gründen der Rechtssicherheit begrüßt.

Änderungsvorschlag vdek

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 44

§ 119c – neu – (Medizinische Behandlungszentren)

Beabsichtigte Neuregelung

Für behinderte Erwachsene werden analog den sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) medizinische Behandlungszentren geschaffen. Dazu können entsprechende Krankenhäuser/Abteilungen zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung ermächtigt werden (Ermächtigungsgrundlage). Sie stellen insbesondere für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen ein Anschlussversorgungsangebot dar, die als Kinder und Jugendliche durch ein SPZ versorgt worden sind. Die Vergütung erfolgt analog unmittelbar von den Krankenkassen.

Stellungnahme vdek

Die Regelung ist zu begrüßen. Nach dem Übergang in das Erwachsenenalter haben Menschen mit geistigen und schweren Mehrfachbehinderungen Probleme, eine adäquate gesundheitliche Versorgung in guter Qualität zu erhalten. Die Behandlung kann bis zum 18. Lebensjahr (in Ausnahmefällen etwas länger) in sozialpädiatrischen Zentren (nach §119 SGB V) erfolgen. Danach fehlt ein Nachsorgesystem, das die notwendige umfassende ärztliche, therapeutische und psychosoziale Behandlung im Sinne der Prävention und Komplikationsbehandlung sichert und eine sinnvolle Hilfsmittelversorgung koordiniert. Die Folgen sind fortschreitende Verschlechterung des Gesundheitszustandes und ggf. der Pflegebedürftigkeit. Daher ist es sinnvoll, für Erwachsene mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen medizinische Behandlungszentren analog zu den sozialpädiatrischen Zentren zur medizinischen Behandlung zu schaffen.

Änderungsvorschlag vdek

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 45

§ 120 (Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen)

Beabsichtigte Neuregelung

- a. Es wird die Grundlage für die Abrechnung der Leistungen der Krankenhäuser im Rahmen der Terminservicestellen geschaffen.
- b. Es wird die Grundlage für die Abrechnung der Leistungen der Krankenhäuser in ihrer Funktion als medizinisches Behandlungszentrum für erwachsene Menschen mit geistigen und schweren Mehrfachbehinderungen und für Hochschulambulanzen geschaffen.
- c. Folgeänderungen. Deutsche Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband vereinbaren bis sechs Monaten nach Verkündung bundesweit einheitliche Grundsätze, die die Besonderheiten der Hochschulambulanzen abbilden.
- d. Die Vergütung erfolgt im Rahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ohne Mengenbegrenzung mit festen Preisen zulasten des für den fachärztlichen Bereich vorgesehenen Vergütungsanteils.

Stellungnahme vdek

a. und d.

Die Regelungen sind sachgerecht. Kann eine Terminservicestelle nach § 76 Abs. 1a (siehe Ifd. Nr. 18) keinen Behandlungstermin bei einem an der ver-

tragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer innerhalb der Vier-Wochen-Frist vermitteln, ist sie verpflichtet, dem Versicherten einen ambulanten Behandlungstermin in einem Krankenhaus anzubieten. Das Krankenhaus übernimmt damit ambulante vertragsärztliche Leistungen, die aus der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung vergütet werden müssen. Eine Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung nach Maßgabe der regionalen Euro-Gebührenordnung ist somit sachgerecht.

b. und c. und e.

Die Regelung, dass auch die Vergütung und Abrechnung der Leistungen von medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen (Ifd. Nr. 44 zu § 119c SGB V) in Anlehnung an die Regelungen der sozialpädiatrischen Zentren (gem. § 119 SGB V) erfolgt, ist nachvollziehbar. Eine Regelung, wonach bei der Vergütung der Leistungen von Hochschulambulanzen keine Abstimmung mit Entgelten vergleichbarer Leistungen erfolgen soll, ist abzulehnen (siehe auch Ausführungen zu Ifd. Nr. 42 zu §117 SGB V).

Hochschulambulanzen konkurrieren mit anderen ambulanten Leistungen am Krankenhaus (§ 116b SGB V i. d. F. bis 31.12.2011), sozialpädiatrischen Zentren und der vertragsärztlichen Versorgung. Intransparenz besteht, weil in den verschiedenen Leistungsbereichen gleiche Leistungen oder Teile von Leistungskomplexen mit unterschiedlicher Vergütung existieren. Da auch die Finanzierung in den Hochschulambulanzen sehr heterogen ist und zu- meist pauschal erfolgt, kann man nicht insgesamt von einer unzureichenden Vergütung ausgehen. Hinzu kommt, dass die Hochschulambulanzen bisher undifferenziert direkt von den Versicherten in Anspruch genommen werden können (kein regelhaftes Überweisungserfordernis). Aufgrund der pauschalen Vergütungen können insoweit nur Annahmen zur tatsächlichen Fall- schwere der Patienten getroffen werden. Eine weitere Öffnung der Hoch- schulambulanzen für die ambulante Versorgung würde diese Problematik weiter verstärken, ohne zur Auflösung der heterogenen Versorgungsstruk- turen beizutragen. Im Gegensatz zu Hochschulambulanzen sind ermächtigte Ambulanzen und ermächtigte Krankenhausärzte auf Leistungen speziali- siert, die im ambulanten Bereich nicht ausreichend vorgehalten werden kön- nen. Die Pauschalen nach § 120 Abs. 1a SGB V sollen dazu beitragen, mög- liche durch Unterfinanzierungen bedingte Versorgungsengpässe bei der fachärztlich ambulanten Versorgung von schwer und chronisch kranken Kindern und Jugendlichen zu vermeiden. Diese "ergänzende" Pauschale wird für ausgewählte Leistungen in ermächtigten Kinderspezialambulanzen an Krankenhäusern neben der Vergütung nach dem Einheitlichen Bewertungs- maßstab gezahlt. Der Vergütungszuschlag soll die höhere Fallschwere und die persönliche Behandlung durch den Spezialisten ausgleichen. Aufgrund der Generalermächtigung von Hochschulambulanzen, den wechselnden Ärz- ten mit unterschiedlichen Qualifikationen und dem offenen Zugang in die Hochschulambulanz ist diese Spezialisierung in den Hochschulambulanzen nicht gegeben. Vergütungsunterschiede zwischen pädiatrischen Hochschul- ambulanzleistungen und ermächtigten Kinderspezialambulanzen sind daher be- gründet. Es steht den Hochschulkliniken jedoch frei, für bestimmte speziali- sierte Leistungen persönliche Ermächtigungen über den Zulassungsaus-

schuss zu beantragen und anschließend über einen Vergütungszuschlag nach § 120 Abs. 1a SGB V mit den Krankenkassen zu verhandeln.

Änderungsvorschlag vdek

a. Keiner.

b.

aa) Keiner.

bb) In Satz 3 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Zentren“ die Wörter „und der medizinischen Behandlungszentren“ eingefügt.

cc) und dd) Streichung der Neuregelung.

ee) Satz 6 wird gestrichen.

c.

aa) und bb) Keiner.

cc) Streichung der Neuregelung.

d. Keiner.

e. Streichung der Neuregelung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 46

§ 125 Absatz 1 Satz 4 Nummer 3a – neu – (Rahmenempfehlungen und Verträge)

Beabsichtigte Neuregelung

GKV-SV und Heilmittelerbringer haben in den Rahmenempfehlungen auf Bundesebene die notwendigen Angaben auf der Heilmittelverordnung so zu regeln, dass formale Fehler bei der Ausstellung vermieden werden und dass Korrekturmöglichkeiten bestehen. Es soll sichergestellt werden, dass formale Fehler nicht zu Nullretaxationen führen bzw. dass Nullretaxationen ohne Korrekturmöglichkeit unterbunden werden.

Stellungnahme vdek

Die Änderung geht auf ein BSG-Urteil aus dem Jahr 2011 zurück, das die Leistungserbringer verpflichtet, die Verordnung auf Vollständigkeit und Plausibilität zu prüfen. In der Folge kam es zu Abrechnungskürzungen und Null-Retaxationen. Nun sollen Festlegungen getroffen werden, welche Angaben auf der Verordnung zwingend vorhanden sein müssen und wie – möglichst vor Eingabe zur Abrechnung – ein Formmangel geheilt werden kann. Die Ersatzkassen haben als erste Kassenart eine sogenannte Checkliste in ihren Rahmenverträgen aufgenommen, die dieses Problem aufgreift.

Insofern ist diese Regelung aus Sicht der Ersatzkassen nicht erforderlich. Für die meisten anderen Krankenkassen trifft das aber nicht zu.

Änderungsvorschlag vdek

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 47

§ 129 (Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung)

Beabsichtigte Neuregelung

GKV-SV und Apotheker vereinbaren im Rahmenvertrag Heilungsmöglichkeiten für Formverstöße auf den Arzneimittelverordnungen. Sie können auch teilweise Retaxationen vereinbaren. Nullretaxationen aufgrund von kleineren Formfehlern sind auszuschließen. Den Krankenkassen darf aber kein unverhältnismäßiger kostenträchtiger Verwaltungsaufwand entstehen.

Stellungnahme vdek

Die Regelung ist als Reaktion der Politik auf das Scheitern der bundesweiten Verhandlungen zur Nullretaxation bei Arzneimittelabrechnungen einzuordnen. Die Ersatzkassen verhandeln aufgrund dessen die Thematik derzeit mit den Apothekern im Rahmen der Arzneimittellieferverträge nach § 129 Abs. 5 SGB V; ebenso die Ortskrankenkassen. Eine Regelung ist daher nicht erforderlich.

Änderungsvorschlag vdek

Nr. 47 wird unter a) wie folgt geändert:

In Absatz 4 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Im Rahmenvertrag ist zu regeln, in welchen Fällen eine Beanstandung der Abrechnung durch Krankenkassen aufgrund von Formfehlern vollständig oder teilweise unterbleiben kann, sofern damit keine Missachtung gesetzlicher bzw. vertraglicher Abgabevorschriften oder direkte Auswirkungen auf die Arzneimitteltherapiesicherheit der Versicherten verbunden ist; dabei ist der für die Krankenkasse entstehende Aufwand zu berücksichtigen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 48
§ 130 Absatz 1 (Rabatt)

Beabsichtigte Neuregelung

Der Apothekenabschlag wird gesetzlich auf 1,77 Euro festgelegt. Eine Anpassung auf Basis einer Selbstverwaltungslösung entfällt.

Stellungnahme vdek

Die Regelung entspricht einem gemeinsamen Vorschlag von GKV-Spitzenverband und Deutscher Apothekerverband (DAV) im Vorfeld.

Änderungsvorschlag vdek

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 49
§ 132 Absatz 1 (Versorgung mit Haushaltshilfe)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen werden verpflichtet, mit geeigneten Personen, Einrichtungen oder Unternehmen Verträge über Inhalt, Umfang, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Dienstleistung zur Versorgung mit Haushaltshilfe zu schließen.

Stellungnahme vdek

Die Gewährung von Haushaltshilfe erfolgt auch jetzt schon über geeignete Vertragspartner. Diese Verträge werden auf Landesebene durch die vdek-Landesvertretungen geschlossen. Probleme sind in diesem Bereich bislang nicht aufgetreten. Von daher erscheint auch die Benennung einer Schiedsperson entbehrlich.

Änderungsvorschlag vdek

Streichung der Neuregelung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 50

§ 134a (Versorgung mit Hebammenhilfe)

Beabsichtigte Neuregelung

Zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung wird der Kassenregress bei Behandlungsfehlern durch freiberuflich tätige Hebammen ausgeschlossen. Die so erfolgende Begrenzung der Haftungsansprüche soll zu niedrigeren Berufshaftpflichtprämien führen.

Stellungnahme vdek

Die Regelung widerspricht dem Prinzip der Verantwortlichkeit des Schadensverursachens und setzt insofern auch ein Präjudiz für weitere gesellschaftlich gewünschte aber schadensgeneigte Tätigkeiten, wie z. B. Geburtshilfe durch Ärzte. Neben den nicht unerheblichen Mindereinnahmen für die gesetzliche Krankenversicherung kommt es somit zu einer ordnungspolitisch bedenklichen Erosion des Verursacherprinzips. Die Regelung ist daher abzulehnen.

Im Haftungsrecht wird bislang lediglich auf den objektiven Grad der Vorwerfbarkeit eines Handelns/Unterlassens abgestellt. Die Begrifflichkeit des einfachen oder groben Behandlungsfehlers ist hier das Maß. Mit der Wahl in § 134a SGB V wird zukünftig zusätzlich die Frage der subjektiven Vorwerfbarkeit zu prüfen sein. Ein subjektiver Verhaltensverstoß ist wahrscheinlich schwerer nachzuweisen, für die Hebamme/den Entbindungspfleger aber auch belastender in der gerichtlichen Überprüfung. Andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen mit ähnlichen Problemen, insbesondere Gynäkologen, werden dieser Prüfung nicht ausgesetzt, sind aber auch im Sinne einer Ungleichbehandlung weiterhin den Regressforderungen der Kranken-/Pflegekassen ausgesetzt. Der Gesetzgeber hat zudem seine Behauptung, dass die Prämien der Hebammen und Entbindungspfleger aufgrund der Regresse der Kranken- und Pflegekasse zu 25 bis 30 Prozent belastet sind, nicht begründet oder belegt. Er differenziert seine Aussage nicht dahingehend, ob die Regressforderungen der Kranken- und Pflegekassen möglicherweise auf einer schlechten Qualität, mangelnden Erfahrung oder Fortbildung der Hebammen und Entbindungspfleger beruhen.

Änderungsvorschlag vdek

Die Regelung ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 52

§ 137c Absatz 3 – neu – (Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus)

Der Gesetzgeber beabsichtigt mit dieser Regelung zunächst eine Klarstellung. Das in der Krankenhausversorgung geltende Prinzip der Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt soll weiterhin gelten. Außerdem soll sichergestellt sein, dass einerseits der Ausschluss einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode aus der Krankenhausversorgung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und andererseits die Ablehnung eines Leistungsanspruches durch eine Krankenkasse im Einzelfall nach einem einheitlichen Bewertungsmaßstab erfolgt.

Diese Klarstellung sei aufgrund einer geänderten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) (Urt. v. 21.03.2013 – B 3 KR 2/12 R) erforderlich. Während der G-BA eine neue Methode, die jedenfalls das Potenzial einer Behandlungsalternative bietet, nicht ohne vorherige Erprobung ausschließen dürfe, könne eine Krankenkasse die Leistung trotz vorhandenen Potenzials einer Behandlungsalternative ausschließen, wenn es gegen das in §§ 2 Absatz 1, 12 Absatz 1 und 28 Absatz 1 normierte Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot verstoße. Hierin liege ein Wertungswiderspruch, der aufzulösen sei. Auch eine Krankenkasse dürfe eine Methode mit dem Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative nicht ausschließen.

Stellungnahme vdek

Die vorgesehene Änderung ist kritisch zu bewerten. Die Ersatzkassen erkennen das Prinzip der Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt an. Die Ersatzkassen erkennen ebenso den Sinn eines einheitlichen Bewertungsmaßstabes für die Entscheidung des G-BA einerseits und der Krankenkassen andererseits an. Dieses Ziel wird allerdings durch die vorgeschlagene Regelung nicht erreicht. Stattdessen werden zwei neue unbestimmte Begriffe eingeführt (die des Potenzials und den Regeln der ärztlichen Kunst), deren Bewertung bis zu einer Entscheidung des G-BA weiterhin der Krankenkassen und dem Krankenhaus obliegt. Der Gesetzesentwurf schließt also uneinheitliche Bewertungen nicht aus. Aus diesem Grund ist der Halbsatz „wenn sie das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt“ zu streichen.

Darüber hinaus steht die vorgesehene Änderung nicht im Einklang mit der begrüßenswerten Einführung einer frühen Nutzenbewertung von neuen Methoden unter Einsatz von Hochrisiko-Medizinprodukten (Nr. 54). Es ist hochproblematisch, dass der Versicherte zukünftig bei Einsatz von Hochrisiko-Medizinprodukten darauf vertrauen kann, dass bei Anwendung eine Bewertung erfolgt ist und das Medizinprodukt nur unter gesicherten Bedingungen eingesetzt wird, aber bei allen anderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der Experimentierfreude des Krankenhauses ausgesetzt ist. Es ist ebenfalls problematisch, dass weder aus dem Gesetz noch

aus der Gesetzesbegründung deutlich wird, wer in diesen Fällen das Potential einer Methode definiert. Zudem ist die Beschreibung „Regeln der ärztlichen Kunst“ nicht definiert und schlecht abgrenzbar.

Um zu unterstreichen, dass auch in der Krankenhausversorgung das Prinzip der Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt gilt, gleichwohl aber die Beachtung des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebotes nach der Rechtsprechung des BSG hierdurch nicht berührt wird, ist diese Vorschrift durch einen zweiten Satz zu ergänzen. Diese Ergänzung ist erforderlich, da die entsprechende Rechtsprechung in der rechtswissenschaftlichen Literatur unterschiedlich beurteilt wird und hieraus eine Rechtsunsicherheit folgt. Die Geltung des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebotes in der Krankenhausversorgung auch bei neuen Methoden ist für die Ersatzkassen unverzichtbar. Die Ersatzkassen setzen sich seit geraumer Zeit dafür ein, dass der Patientenschutz nicht dem wirtschaftlichen Interesse untergeordnet wird. Dass dieses Risiko besteht, zeigen Beispiele wie die renale Denervation oder das Einsetzen intracranialer Stents.

Seit einigen Jahren wird Patienten mit therapieresistenter Hypertonie die sogenannte „sympathische renale Denervation“ als Behandlungsmöglichkeit im Krankenhaus angeboten. Im Laufe der letzten Jahre wurden Kathetersysteme von mehreren Herstellern in den europäischen Markt eingeführt. Zum Zeitpunkt der Markteinführung lagen die Ergebnisse von einigen Fallserien sowie von einer kleinen randomisierten und kontrollierten Studie (Symplicity HTN-2) vor, in denen Patienten mit einer renalen Denervation behandelt wurden. Diese ersten Studienergebnisse gaben Anhaltspunkte dafür, dass sich durch die Methode der systolische Blutdruck verringern lässt. Im April 2014 wurde eine verblindeten, randomisiert-kontrollierten Studie zur Beurteilung der Wirksamkeit und Sicherheit der renalen Denervation mit dem Symplicity-System (SYMPPLICITY HTN-3) publiziert. Laut dieser hochwertigen Studie konnte im Vergleich zu einer Sham-Intervention (= Schein-Eingriff, bei der lediglich ein Katheter geschoben wurde, nicht aber eine Verödung erfolgte) der Blutdruck nicht signifikant gesenkt werden. Das heißt, dass die Wirksamkeit des Verfahrens im Rahmen der Studie nicht erwiesen werden konnte. Letztlich sind weitere hochwertige Studien nötig, um die Methode der renalen Denervation abschließend zu bewerten. Die Ersatzkassen haben sich im Frühjahr 2014 entschieden, dass die Leistung „Renale Denervation“ mit Verweis auf den fehlenden Wirksamkeitsnachweis nicht mehr vereinbart und bezahlt werden soll.

Bei der Methode zur Behandlung von intrakraniellen arteriellen Stenosen mit Stents handelt es sich um die Versorgung von stark verengten Gehirnarterien mit der Einlage eines Stents. Die Behandlung hat zum Ziel, einen ausreichenden Blutfluss zur Versorgung des Gehirns wiederherzustellen und/oder aufrechtzuerhalten. Im September 2011 sind die Ergebnisse der sogenannten SAMMPRIS-Studie veröffentlicht worden, die Hinweise auf ein erhebliches Schadenspotential des Einsatzes des sogenannten „Wingspan-Stents“ im Vergleich zu einer intensiven medikamentösen Therapie gaben. Die Studie wurde aufgrund einer geplanten Zwischenanalyse aus Sicherheitsgründen abgebrochen. Mittlerweile wurden auch die Daten der einjährigen Nachbeobachtung veröffentlicht, welche die Bedenken bezüglich des Scha-

den potentials der Intervention untermauern. Die Leistung wird im stationären Sektor weiterhin erbracht und von der GKV bezahlt. Zwar sind dies Beispiele, die im Hinblick auf die Einführung einer frühen Nutzenbewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden unter Einsatz von Hochrisiko-Medizinprodukten so nicht mehr passieren würden. Allerdings zeigen sie die Notwendigkeit auf, eine eindeutige rechtliche Klarstellung herbeizuführen, wonach Qualität und Wirtschaftlichkeit über einer Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt stehen.

Die im Folgenden vorgeschlagene Änderung ist gegenüber einer ersatzlosen Streichung der Neuregelung vorzuziehen, da bei einer Streichung die Rechtsunsicherheit im Zusammenhang mit der oben zitierten geänderten Rechtsprechung des BSG bestehen bliebe.

Änderungsvorschlag vdek

Nr. 52 ist wie folgt zu ändern:

Nach § 137c Absatz 2 wird folgender Absatz 3 angefügt: „(3) Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss bisher keine Entscheidung nach Absatz 1 getroffen hat, dürfen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden. Die Regelungen in § 2 Absatz 1, 12 Absatz 1 und § 39 Absatz 1 in Verbindung mit § 28 Absatz 1 bleiben hiervon unberührt.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 53

§ 137f (Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten)

Beabsichtigte Neuregelung

Bis zum 31.12.2016 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) strukturierte Behandlungsprogramme für weitere chronische Krankheiten zu entwickeln. Gesetzliche Vorgabe dabei: Rückenleiden, Depressionen.

Stellungnahme vdek

a. Durch die Übertragung der Regelungskompetenz vom Bundesministerium für Gesundheit auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) durch das GKV-VStG, empfiehlt der G-BA nicht mehr geeignete chronische Krankheiten sondern legt diese fest. Die Änderung ist demnach redaktioneller Art und folgerichtig.

b. Die gesetzliche Vorgabe, für Rückenleiden und Depressionen Anforderungen an ein entsprechendes Disease-Management-Programm (DMP) zu erlassen, widerspricht der erst durch das GKV-VStG an den G-BA übertragenen Regelungskompetenz zur Festlegung geeigneter DMP-Diagnosen und greift hier erheblich in einen originären Bereich der Selbstverwaltung ein.

Nach § 137 f Abs. 1 Satz 1 SGB V legt der G-BA geeignete chronische Krankheiten fest, für die DMP entwickelt werden sollen. Dieser Aufgabe ist der G-BA nachgekommen, indem er am 20.2.2014 die Durchführung eines strukturierten Priorisierungsverfahrens zur Festlegung geeigneter chronischer Erkrankungen beschlossen hat. Im Rahmen dieses Verfahrens wurden 33 Vorschläge eingereicht, welche u. a. auch die Indikationen Chronisches Rückenleiden und Depression umfassten. Anhand der Kriterien des § 137f Abs. 1 Satz 2 (u. a. Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs und Möglichkeiten der Versorgungsverbesserung durch ein DMP) wurden sämtliche Indikationen auf die Eignung als DMP geprüft. Durch Beschluss vom 21.8.2014 wurden die Indikationen Chronische Herzinsuffizienz, Rheumatoide Arthritis, Osteoporose und Chronischer Rückenschmerz festgelegt, für die nun Beratungen im G-BA aufgenommen werden sollen. Die angedachte gesetzliche Vorgabe widerspricht diesem Beschluss. Insbesondere die Depressionen wurden im Rahmen des Priorisierungsverfahrens als nur bedingt als DMP umsetzbar eingestuft (u. a. weil keine gesicherten Diagnosen für eine rechtssichere Einschreibung vorliegen, die Diagnosestellung selbst oft problematisch ist und das DMP zeitlich danach greift). Im Übrigen ist zu erwähnen, dass die vom Gesetzgeber benannte Nationale Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ aufgrund ihrer abgelaufenen Gültigkeit nicht in die Beratungen aufgenommen wurde.

Weiter ist die Frist, bis zum 31.12.2016 Anforderungen an die Behandlung von Rückenleiden und Depression zu erlassen, unrealistisch. Für die Erarbeitung von Anforderungen ist laut Verfahrensordnung des G-BA zunächst eine Leitlinienrecherche des IQWiG zu beauftragen, welche einen Bearbeitungszeitraum von ca. 12 bis 18 Monaten umfasst. Anschließend beginnen die Beratungen in den Facharbeitsgruppen. Unter Beachtung von Qualitätssicherungsaspekten ist auch hier von einem Zeitraum von 12 bis 18 Monaten auszugehen. Danach erfolgen die Beratungen im Unterausschuss DMP, das anschließende Stellungnahmeverfahren sowie die Beschlussfassung im Plenum. Des Weiteren ist die zweimonatige Beanstandungsfrist des BMG zu berücksichtigen. Die Darstellung zeigt, dass ein Erlass von Anforderungen an die Behandlung bei Rückenleiden und Depression bis zum 31.12.2016 unrealistisch ist.

Änderungsvorschlag vdek

- a. Keiner.
- b. Satz 3 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 54

§ 137h – neu – (Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten der Risikoklassen IIb und III)

Beabsichtigte Neuregelung

Für Methoden, bei denen Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse Verwendung finden, wird die Möglichkeit einer frühen Nutzenbewertung eingeführt. In Monatsfrist werden die Krankenhäuser um die zur Verfügung stehenden Informationen gebeten. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat innerhalb von drei Monaten eine Entscheidung über Nutzen, Schaden und Potential zu treffen, bevor er die Erprobung der neuen Methode beschließt. Nach Abschluss der Erprobung entscheidet er auf Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse innerhalb von drei Monaten über eine Richtlinie nach § 137c.

Stellungnahme vdek

Die Einführung einer Nutzenbewertung für Medizinprodukte hoher Risikoklassen, die im Rahmen neuer Behandlungsmethoden im Krankenhaus zum Einsatz kommen sollen, wird grundsätzlich begrüßt. Allerdings sollte der Vorschlag dahingehend geändert werden, dass nicht die NUB-Anfrage beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus das Aufgreifkriterium einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode darstellt, sondern stattdessen der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) verwendet wird. Der OPS ist eine wichtige Grundlage zur Vergütung von neuen Methoden für das pauschalierende Entgeltsystem G-DRG. Letztlich bildet der OPS den innovativen Charakter einer Methode besser ab. Darüber hinaus berücksichtigt § 137h den bisherigen Bestandmarkt nicht.

Änderungsvorschlag vdek

An dieser Stelle wird auf den Änderungsvorschlag des GKV-Spitzenverbandes verwiesen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 56

§ 139b Absatz 5 – neu – (Aufgabendurchführung)

Beabsichtigte Neuregelung

Versicherte und Einzelpersonen können ebenfalls Forschungsaufträge zur Bewertung medizinischer Verfahren und Technologien beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vorschlagen. Bislang lief dies über das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).

Stellungnahme vdek

Damit werden zusätzliche Aufgaben und Kosten auf das IQWiG übertragen. Für diese Aufgaben hat das DIMDI in den vergangenen Jahren im Durchschnitt Mittel in Höhe von rund 585.000 Euro jährlich tatsächlich verausgabt. Das DIMDI wird als untergeordnete Behörde vom Bundesministerium für Gesundheit finanziert. Das IQWiG wird aus Beiträgen der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert.

Darüber hinaus ist unklar, was mit „sonstigen interessierten Einzelpersonen“ gemeint ist. Sollen auch privat, über Selbsthilfe oder nicht versicherte Personen oder Personen, die im Ausland leben Anträge stellen dürfen? Es ist zu befürchten, dass das IQWiG mit Anträgen stark ausgelastet wird. Hier stellt sich die Frage nach einer angemessenen Verwendung der Versichertengelder und der Quersubventionierung. Der Vorschlag wird abgelehnt, die bisherige Regelung sollte bestehen bleiben.

Änderungsvorschlag vdek

Die Neuregelung wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 57

§ 140a (Besondere Versorgung)

Beabsichtigte Neuregelung

1. Es erfolgt die Zusammenfassung der §§ 73a, 73c und § 140a. Die Möglichkeiten zum Abschluss von Strukturverträgen, IV-Verträgen und zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung bleiben bestehen. Künftig ist es nicht mehr nötig, bei Selektivverträgen einen sektorübergreifenden Ansatz zu wählen oder besondere Versorgungsaufträge zu definieren.

2. Management-Verträge und Add-on-Verträge werden möglich. Es sind auch Leistungen zulässig, die über den Leistungsumfang der Regelversorgung hinausgehen. Ausdrücklich per Gesetz oder durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossene Leistungen können aber nicht Gegenstand von Verträgen sein. Nicht zugelassene Leistungserbringer können nicht Vertragspartner sein. Der Nachweis der Wirtschaftlichkeit muss erst vier Jahre nach Vertragsschluss erbracht werden.

3. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können künftig auch IV-Verträge mit den Kassen schließen.

4. Auf Regelung der Details in der Satzung wird verzichtet. Detailregelungen erfolgen in der Teilnahmeerklärung.

5. Personenbezogene Daten sind nur nach vorheriger Information und Einwilligung des Versicherten zu nutzen.

6. Die Bereinigung folgt den Vorgaben der hausarztzentrierten Versorgung. Werden Versorgungsinhalte aus dem Kollektivvertrag herausgelöst, geht in diesem Umfang der Sicherstellungsauftrag auf die vertragschließende Kasse über.

Stellungnahme vdek

Die Neufassung des §140a „Besondere Versorgung“ begrüßen die Ersatzkassen ausdrücklich. Die umfassende Neuordnung der Rechtsgrundlage für Selektivverträge stellt eine zwingend notwendige Beseitigung von Umsetzungshindernissen dar. Die durch unklare Rechtsbegriffe und Auslegung des Bundessozialgerichts entstandenen Hürden für die Krankenkassen werden zu Gunsten einer neuen, flexiblen Vertragsgrundlage abgebaut. Starre Rechtsbegriffe, wie sektorenübergreifender, regelversorgungsersetzender oder besonderer Versorgungsauftrag, entfallen oder werden an die Versorgungswirklichkeit angepasst. Die Krankenkassen erhalten durch die Norm mehr Vertragsfreiheit.

1. Die Zusammenfassung der bestehenden Rechtsformen der Selektivverträge zur Neufassung des § 140a beseitigt bestehenden Umsetzungshürden für Selektivverträge und wird daher ausdrücklich begrüßt.

2. Die Konkretisierung des Leistungsumfangs der Verträge wird begrüßt. Dies gilt auch für die Aufnahme reiner Management-Verträge in die Neufassung des § 140a. Der in Satz 4 geregelte Nachweis der Einhaltung von Wirtschaftlichkeitskriterien nach vier Jahren kann allerdings zu Umsetzungsproblemen führen; insbesondere wenn er bürokratisch ausgestaltet wird. Dies sollte vermieden werden. Grundsätzlich dürfte dem Willen des Gesetzgebers entsprochen sein, wenn die Einhaltung der Wirtschaftlichkeitskriterien angezeigt wird.

3. Die Erweiterung des Kreises der abschlussberechtigten Leistungserbringer auf Kassenärztliche Vereinigungen ist sinnvoll. In der Versorgungspraxis übernehmen Leistungserbringer oftmals im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung auch Managementaufgaben. Es sollte sichergestellt werden, dass Leistungserbringer auch zugleich Managementtätigkeiten übernehmen sowie Managementgesellschaften auch zugleich Leistungen anbieten können. Die in Absatz 3 Satz 2 genannte Abweichung vom Zulassungs-, Ermächtigungs- oder Berechtigungsstatus sollte für alle Verträge der besonderen Versorgung gelten, um eine umfassende Versorgung der Versicherten zu ermöglichen. Aus diesem Grund sollte das Wort „integrierte“ durch „besondere“ ersetzt werden.

4. Der Verzicht auf die Regelung in der Satzung stellt einen erheblichen Abbau bürokratischer Hürden da und wird somit begrüßt.

6. Der Verweis auf das Bereinigungsverfahren im § 73b Absatz 7 ist für die Verträge zu den besonderen Versorgungsformen nicht sachgemäß, da das

Verfahren keine praktikable Bereinigung im Fall von situativer Teilnahme und Leistungserbringung ermöglicht (Vertragsteilnahme ohne vorherige Einschreibung). In Verträgen zur besonderen Versorgung ist dies der Regelfall, da Versicherte nur temporär am Vertrag teilnehmen. Der Verweis auf die Hausarztzentrierte Versorgung, die sich durch eine dauerhafte Versorgung der Versicherten kennzeichnet, führt somit nicht zu Erleichterungen bei der Bereinigung. Aus diesem Grund muss für die Verträge nach § 140a SGB V ein alternatives Bereinigungsverfahren entwickelt werden, das insbesondere die Bereinigung bei Versorgungskonzepten mit situativer Einschreibung regelt.

Änderungsvorschlag vdek

In Absatz 2 Satz 4 wird das Wort „*nachzuweisen*“ durch das Wort „*anzuzeigen*“ ersetzt.

Satz 5 entfällt.

In Absatz 3 Satz 1 unter 2. Wird nach dem Wort „*anbieten*“ das Wort „*(Managementgesellschaften)*“ eingefügt.

In Satz 2 wird das Wort „*integrierte*“ durch das Wort „*besondere*“ ersetzt.

Nach Satz 2 wird der Satz 3 „*Die in Satz 1 unter 1. und 2. genannten können gleichzeitig Leistungen erbringen und Managementaufgaben übernehmen.*“ eingefügt.

Absatz 6 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt „*Die Vertragspartner der Gesamtverträge haben den Behandlungsbedarf nach § 87a Absatz 3 Satz 2 zu bereinigen. Die Bereinigung erfolgt nach Feststellung der Teilnehmerzahl am Vertrag und nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses gem. § 87a Absatz 5 Satz 7.*“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 62

§ 270 (Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für sonstige Aufgaben)

Beabsichtigte Neuregelung

Aufwendungen der Krankenkassen für Leistungen der Krankenkassen im Rahmen von Innovationsvorhaben nach § 92a sind als Aufwendungen für Satzungs- und Ermessensleistungen bei den Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen zu berücksichtigen. Durch die Ergänzung in § 270 Absatz 2 Satz 2 wird klargestellt, dass bei der Ermittlung der Zuweisungen für sonstige Ausgaben – wie bei der Ermittlung der Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben – jeweils nur die Nettoaufwendungen der Krankenkassen zu berücksichtigen sind. Bezogen auf die Aufwendungen der Krankenkassen für Innovationsvorhaben bedeutet dies zum Beispiel, dass in

die Ermittlung der Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen nur die Ausgaben der Krankenkassen einfließen dürfen, welche nicht durch Einnahmen aus dem Innovationsfonds gedeckt sind. Eine Doppelfinanzierung der GKV-Aufwendungen für Innovationsvorhaben ist somit ausgeschlossen.

Stellungnahme vdek

Die konkrete Umsetzung des Vorschlags ist nicht ausreichend dargelegt oder semantisch falsch dargestellt. An verschiedenen Stellen müssen Detailregelungen ausgearbeitet werden. So gibt es z. B. keine „Zuweisungen für sonstige Ausgaben“. Deshalb sollte der Gesetzgeber das Bundesversicherungsamt ermächtigen, fehlende Ausführungs- und Umsetzungsbestimmungen auf dem Verordnungsweg zu regeln.

Änderungsvorschlag vdek

Die Regelung sollte um eine Verordnungsermächtigung ergänzt werden.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 64

§ 275 Absatz 4a – neu – (Begutachtung und Beratung)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Bundesbehörden haben zunehmend Schwierigkeiten, zeitnah Gutachter für die Beurteilung der Dienstfähigkeit von Bundesbeamten zu finden. Deshalb soll der Kreis geeigneter Stellen zur sozialmedizinischen Begutachtung zur Dienstunfähigkeit von Bundesbeamten um geeignete Stellen erweitert werden. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) soll zukünftig auch sozialmedizinische Begutachtungen zur Dienstunfähigkeit von Bundesbeamten durchführen. Die Bundesbehörde muss dem MDK aber die Kosten erstatten. Voraussetzung ist darüber hinaus, dass der MDK in der Wahrnehmung seiner übrigen Aufgaben durch die Begutachtung nicht beeinträchtigt wird. Es sind entsprechende Vereinbarungen zu schließen.

Stellungnahme vdek

Die Ausweitung der Zuständigkeit des MDK auf weitere Personenkreise außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung ggf. auch weitere Prüfbereiche ist als systemfremd anzusehen und kann die dem MDK obliegenden Aufgaben beeinträchtigen. Weiterhin ist zu beachten, dass die durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen erlassenen Richtlinien nach § 282 Abs. 2 Satz 3 SGB V zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung auch für den erweiterten, jedoch systemfremden, Personenkreis analog anzuwenden wären.

Grundsätzlich muss ausgeschlossen sein, dass diese Regelung Auswirkungen auf die Strukturen des MDK nach sich ziehen.

Änderungsvorschlag vdek

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 65

§ 278 (Arbeitsgemeinschaft)

Beabsichtigte Neuregelung

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) soll auch als Medizinischer Dienst für die Bahn-BKK tätig sein. Das GKV-VSG schafft hier die Rechtsgrundlage für eine bereits zwischen Bahn-BKK und MDK geltende Rahmenvereinbarung. Damit wird auch gewährleistet, dass die Bahn-BKK in die Finanzierung der Leistungen des MDK einbezogen ist.

Stellungnahme vdek

Die Einbindung der BAHN-BKK in das MDK-System kann grundsätzlich befürwortet werden. Die Einbindung sollte jedoch nicht als exklusiver Träger des MDK neben den Landesverbänden und den Ersatzkassen erfolgen. Vielmehr sollte die BAHN-BKK in das System der Betriebskrankenkassen integriert werden und dadurch einen Zugang zum MDK-System erhalten. Die BAHN-BKK sollte wie alle anderen BKK dem Landesverband beitreten müssen, in dem die BAHN-BKK ihren Sitz hat. Damit würden nicht nur die BAHN-BKK den anderen BKK sondern damit auch alle Versicherten gleichgestellt.

Änderungsvorschlag vdek

Auf die Anpassung des § 278 Abs. 2 SGB V wird verzichtet. Stattdessen sollte der § 207 Abs. 1 S. 3 SGB V dahingehend angepasst werden, dass die BAHN-BKK den anderen BKK gleichgestellt würde. Dazu sollte dort der Passus *„mit Ausnahme der Betriebskrankenkassen der Dienstbetriebe des Bundes“* gestrichen werden.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 66

§ 279 (Verwaltungsrat und Geschäftsführer)

Beabsichtigte Neuregelung

zu a)

aa) Neben Vertretern der Versicherten und Arbeitgeber soll der Verwaltungsrat eines MDK zukünftig zu einem Drittel aus stimmberechtigten Vertretern

der Pflegebedürftigen beziehungsweise Angehörigen und Vertretern der Pflegeberufe bestehen. Diese werden von den zuständigen obersten Landesbehörden auf Vorschlag der Organisationen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie den maßgeblichen Verbänden der Pflegeberufe bestimmt.

bb) Zukünftig sind hauptamtliche Mitarbeiter von Krankenkassen von einer Tätigkeit in den MDK-Verwaltungsräten ausgeschlossen.

b) Die Höchstzahl der Mitglieder beträgt künftig 18 Mitglieder. Die Mitgliederzahl kann angemessen erhöht werden, wenn mehrere Landesverbände einer Kassenart Mitglieder des MDK sind. Dabei darf sich an dem Verhältnis im Verwaltungsrat nichts ändern. Die Änderung soll sechs Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes wirksam werden, damit die regulären Wahltermine ausreichend vorbereitet werden können.

c) Um sicherzugehen, dass innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes in allen MDK-Verwaltungsräten die Neuregelung greift, sieht das Gesetz aber eine Übergangsregelung vor: Für die Verwaltungsräte, in denen die reguläre Amtsdauer des Verwaltungsrates noch mehr als drei Jahre beträgt, werden von der zuständigen Landesbehörde zusätzlich zu den oben bestimmten Mitgliedern weitere Vertreter bestimmt. Dabei darf ihr Anteil ein Drittel nicht überschreiten. Für diesen Fall kann die Höchstzahl von 18 Mitgliedern im MDK überschritten werden.

Stellungnahme vdek

a. aa. Die Vertreter in den Verwaltungsräten der MDK sind unmittelbar oder mittelbar demokratisch legitimiert. Diese Legitimation ist ein konstituierendes Merkmal der selbstverwalteten Sozialversicherung in Deutschland. Es ist zwingend, dass nur die, die die Leistungen finanzieren und für die der Versicherungsschutz organisiert wird, über die Mittelverwendung und die dafür notwendigen operativen Prozesse entscheiden. Diese grundlegenden Entscheidungen treffen in den MDK die jeweiligen Verwaltungsräte, die sich aus von den Selbstverwaltungsgremien der Kranken- und Pflegekassen gewählten Vertretern zusammensetzen. Mit diesen Entscheidungen des Verwaltungsrates schaffen die Kranken- und Pflegekassen die organisatorische Grundlage für die Arbeit des MDK-Systems. Diese Organisationsentscheidungen sollten auch zukünftig den Trägern vorbehalten bleiben, die das MDK-System finanzieren.

Die Aufnahme weiterer, jedoch nicht durch die Selbstverwaltungsorgane gewählte, Personengruppen in die Entscheidungsgremien würde gegen das Legitimationsprinzip verstoßen sowie eine direkte Einflussnahme auf die Zuständigkeit der Selbstverwaltung darstellen. Die stimmberechtigte Einbindung der Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen als auch die Vertreter der Pflegeberufe durch Benennung der Landesaufsichtsbehörde in die Verwaltungsräte der MDK bedeutet deshalb ein direkter Eingriff auf das Selbstbestimmungsrecht der Sozialpartner.

Die Arbeit in den MDK-Verwaltungsräten bezieht sich sowohl auf die Tätigkeiten des MDK für die soziale Pflegeversicherung als auch für die gesetzli-

che Krankenversicherung. Deshalb ist unverständlich, warum Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie der Pflegeberufe durch eine stimmberechtigte Einbindung in die Verwaltungsräte der MDK einseitig bevorteilt werden sollen. Die Interessen der Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen als auch die Vertreter der Pflegeberufe werden bereits heute intensiv bei der Erarbeitung der Pflegerichtlinien – und damit selbstverständlich auch der Pflegebegutachtungsrichtlinien – eingebunden. Dies ist an dieser Stelle auch angemessen und sinnvoll.

Aus den vorgenannten Gründen lehnen die Ersatzkassen die Einbeziehung und ein Stimmrecht von Vertretern der Pflegebedürftigen in den Verwaltungsräten der MDK ab.

In Bezug auf die Vertreter der Pflegeberufe kommt erschwerend hinzu, dass diese generell einem Interessenkonflikt unterliegen. Zwischen dem Prüf- und Qualitätssicherungsauftrag des MDK und dem unternehmerischen Interesse der Leistungserbringer in der Pflege besteht naturgemäß ein Zielkonflikt. Es hieße, einer Partikulargruppe und ihren berufsständischen Interessen einen einseitigen Vorteil zu gewähren, wenn sie mit Stimm- oder Antragsrechten ausgestattet in den Entscheidungsgremien des MDK Einzug hielten.

bb. Die Zuständigkeiten und Aufgaben des Verwaltungsrates und der Geschäftsführung als zentrale Entscheidungsebenen des MDK sind gesetzlich festgelegt. Die Aufgaben des Verwaltungsrates beziehen sich beispielsweise auf die Satzung, Feststellung des Haushaltsplans, Überprüfung der Betriebs- und Rechnungsführung sowie Wahl und Entlastung des Geschäftsführers. Die gesetzlich festgelegten Aufgaben dieser Organe beziehen sich demnach bewusst auf die Gesamtleistung des MDK und nicht auf den Einzelfall. Sie beinhalten keine fachliche Weisungsbefugnis für die einzelne Gutachtertätigkeit und greifen damit auch nicht in die Unabhängigkeit der gutachterlichen Tätigkeit der Ärzte und Pflegekräfte ein. Auch die Finanzierung des MDK durch eine Umlage bezieht sich auf die Gesamtleistung des MDK. Da sich die Aufgaben des Verwaltungsrates auf die Gesamtleistung des MDK beziehen und der Verwaltungsrat keinen Einfluss auf die Einzelfallbegutachtung bzw. den Gutachter ausüben kann, sollten die Selbstverwaltungsorgane der Träger auch weiterhin Mitarbeiter von Kranken-/Pflegekassen in die Verwaltungsräte der MDK wählen können. Die Mitarbeiter der Kranken-/Pflegekassen leisten als Teil des Verwaltungsrates einen wesentlichen sachkundigen Beitrag zur reibungslosen Zusammenarbeit des MDK mit den Kranken-/Pflegekassen. Die Unabhängigkeit der Entscheidungen des MDK wird von einem Anstellungsverhältnis bei einer gesetzlichen Krankenkasse nicht berührt.

cc. Wie oben aufgeführt, lehnen die Ersatzkassen eine stimmberechtigte Beteiligung der Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen als auch die Vertreter der Pflegeberufe in den Verwaltungsräten der MDK ab. Sollte es dennoch zu einer Beteiligung kommen, weisen wir auf einen Irrtum des Gesetzgebers hin. Mit seinem Vorschlag zur Besetzung der Verwaltungsräte der MDK kann keine Drittelparität geschaffen werden, weil die Besonderheiten des Ersatzkassensystems außer Acht gelassen werden. Die Gremien der

Ersatzkassen sind aus historischen Gründen nicht paritätisch mit Arbeitgeber- und Versichertenvertretern besetzt. An dieser Stelle ist auf entsprechende Regelungen im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes zu verweisen. Im Übrigen sind die Verwaltungsräte der MDK auch heute schon nicht paritätisch besetzt.

Änderungsvorschlag vdek

Die Neuregelung sollte gestrichen werden.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 67

§ 238 (Ausnahmen)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung stellt sicher, dass künftig der jeweils zuständige MDK die Aufgaben des MDK für die BAHN-BKK wahrnimmt.

Stellungnahme vdek

Die Einbindung der BAHN-BKK in das MDK-System ist grundsätzlich zu befürworten; die Streichung der Sätze 1 und 2 ist damit folgerichtig.

Änderungsvorschlag vdek

Keiner. Zur weiteren Einbindung der Bahn BKK in das System der Betriebskrankenkassen siehe Bewertung zu Nr. 65.

Ergänzender Änderungsvorschlag zur Krankenhausabrechnungsprüfung:

Änderungsvorschlag

275 Abs. 1c Satz 3 SGB V wird gestrichen.

Hilfsweise:

An § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V wird folgender Satz 4 angefügt: *„Führt die Rechnungsprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen zu einer Minderung des Rechnungsbetrags, hat das Krankenhaus der Krankenkasse eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu zahlen.“*

Begründung

Die Krankenkassen sind gesetzlich dazu verpflichtet, eine Krankenhausrechnung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen überprüfen zu lassen, wenn sie Auffälligkeiten bei der Rechnungsprüfung feststellen. § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V sieht vor, dass die Krankenkasse dem Krankenhaus

eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu zahlen hat, wenn die Rechnungsprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags geführt hat. Andererseits hat das Krankenhaus keine Aufwandspauschale zu zahlen und keine Sanktionen zu befürchten, wenn sich die Rechnung als fehlerhaft herausstellt. In diesen Fällen muss es lediglich den Differenzbetrag ausgleichen. Problematisch ist, dass eine Vielzahl der Krankenhausrechnungen fehlerhaft ist und es den Krankenhäusern an Anreizen fehlt korrekt abzurechnen. Daher ist die Vorschrift zu streichen. Hilfsweise ist eine symmetrische Ausgestaltung der Aufwandspauschale erforderlich, um gleiche Bedingungen in der Abrechnungsprüfung zu schaffen und die Krankenkassen sowie die Solidargemeinschaft nicht einseitig zu belasten.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 71

§ 299

Beabsichtigte Neuregelung

- a. Abweichend von der regelmäßigen Begrenzung auf eine Stichprobe kann unter bestimmten Voraussetzungen auch eine Vollerhebung erfolgen, Der Gemeinsame Bundesausschuss kann Ausnahmen von der Pflicht zur Pseudonymisierung versichertenbezogener Daten zulassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen dürfen für die Durchführung der Qualitätsprüfungen nach § 136 Absatz 2 von den Daten Kenntnis erlangen.
- b. Die Pseudonymisierung muss beim jeweiligen Leistungserbringer erfolgen, der G-BA kann dies aber in bestimmten Fällen auf eine festzulegende Stelle übertragen.

Stellungnahme vdek

Aus fachlicher Sicht wird der Änderungsvorschlag grundsätzlich begrüßt, da er diverse Umsetzungsschwierigkeiten beseitigt, die bisher eine sorgfältige Beurteilung der Qualität bestimmter vertragsärztlicher Leistungen verhindert haben. Der Änderungsvorschlag fußt auf einem gemeinsamen Gesetzesänderungsvorschlag des G-BA und wurde von Seiten des G-BA auch mit Blick auf den Datenschutz geprüft.

Änderungsvorschlag vdek

Keiner.

Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 106 (Wirtschaftlichkeitsprüfung)

Beabsichtigte Neuregelung

Auf Landes- und Bundesebene werden Vereinbarungen über die Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung auf der Basis von bundeseinheitlichen Richtlinien gemäß § 106a Abs. 3 und § 106b Abs. 2 geschlossen. Die Datenbasis der Prüfung für die ärztlichen Leistungen bleibt unverändert. Für die verordneten Leistungen gibt es keine Datenbasis. Wie bisher gilt, eine Vorstandshaftung für Durchführung und Bereitstellung der erforderlichen Daten.

Stellungnahme vdek

Die jetzt klare Trennung in die Bereiche ärztlich erbrachter und ärztlich veranlasster Leistungen dient der Transparenz. Der ersatzlose Wegfall der Richtgrößenprüfung ist kritisch zu sehen, da somit ein sozialgerichtlich überprüfbares Verfahren geopfert wird, ohne eine adäquate Ersatzregelung zu schaffen. Die Vorstandshaftung bleibt.

Änderungsvorschlag vdek

Streichung der Neuregelung.

Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 106a - neu - (Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen)

Beabsichtigte Neuregelung

Der § 106a regelt ausschließlich den Umgang mit ärztlich erbrachten Leistungen. Die bisherigen Regelungen bleiben inhaltlich unverändert. Allerdings wurden aufgrund der Neuordnung redaktionelle Anpassungen vorgenommen.

Stellungnahme vdek

Inhaltlicher Änderungsbedarf besteht nicht. Wegen des Zusammenhangs zur Abschaffung der Richtgrößenprüfung wird die Regelung dennoch kritisch gesehen.

Änderungsvorschlag vdek

Streichung der Neuregelung.

Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 106c – neu – (Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen)

Beabsichtigte Neuregelung

Bildung einer Prüfungsstelle und eines Beschwerdeausschusses. Letzterer ist paritätisch besetzt und finanziert von Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen (KV'en) und hat einen unparteiischen Vorsitzenden. Die Amtszeit ist auf zwei Jahre limitiert. Die Bestimmung des Leiters der Prüfungsstelle erfolgt durch die Vertragspartner oder durch die regional zuständige oberste Aufsichtsbehörde. Nähere Bestimmungen zur Geschäftsführung kommen vom Bundesministerium für Gesundheit mit Zustimmung durch Bundesrat einschl. Entschädigungsregelungen und Festlegung der Pflichten.

Das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss gilt als Vorverfahren. Klagen gegen dessen Beschlüsse haben keine aufschiebende Wirkung. Bei Verstößen gegen das Gesetz oder die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) (§ 92) findet kein Vorverfahren statt.

Auch länder-(KV-) übergreifende Prüfungsstellen und Beschwerdeausschüsse sind möglich. Es besteht einmal jährlich Berichtspflicht gegenüber der jeweiligen Aufsichtsbehörde.

Stellungnahme vdek

Die Regelung entspricht in weiten Teilen der bisherigen Regelung. Hinsichtlich der – auch bisher entsprechenden – kurzen Amtszeit von zwei Jahren wäre eine Verlängerung zu diskutieren. Wegen des Zusammenhangs zur Abschaffung der Richtgrößenprüfung ist die Regelung insgesamt gleichwohl kritisch zu sehen.

Änderungsvorschlag vdek

Streichung der Neuregelung.

Sollte der Gesetzgeber an der Regelung festhalten wollen, ist die Dauer der Amtsführung von zwei auf mindestens vier, besser sechs Jahre zu verlängern.

Artikel 9 (Änderung des Krankenpflegegesetzes)

Nr. 1

§ 4 (Dauer und Struktur der Ausbildung)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dieser Regelung wird das Verfahren zur Entwicklung von Ausbildungsplänen für Modellvorhaben zur Substitution ärztlicher Leistungen durch Pflegekräfte gemäß § 63 Abs. 3c SGB V vereinfacht und die Genehmigung durch die zuständigen Fachministerien beschleunigt.

Stellungnahme vdek

Aufgrund fehlender Ausbildungspläne konnten diese Modellvorhaben bisher nicht umgesetzt werden. Die Anpassung ist daher positiv zu bewerten.

Änderungsvorschlag vdek

Keiner.

Artikel 12 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

§ 44 (Aufzubringende Mittel der Krankenkassen für den Innovationsfonds)

Beabsichtigte Neuregelung

In § 92a Absatz 4 Satz 1 SGB V – neu – wird vorgegeben, dass die jährlichen Fördermittel für den Innovationsfonds in Höhe von 300 Millionen Euro jeweils zur Hälfte vom Gesundheitsfonds und von den Krankenkassen getragen werden. In § 92a Absatz 4 Satz 2 SGB V – neu – wird dem Bundesversicherungsamt zudem die Aufgabe übertragen, die Umlage der Krankenkassen zur Finanzierung des Innovationsfonds zu erheben. Nach § 92a Absatz 4 SGB V – neu – ist das Nähere zur Erhebung der Finanzmittel für den Innovationsfonds durch das Bundesversicherungsamt bei den Krankenkassen dabei in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) zu regeln.

In § 44 Absatz 1 – neu – wird geregelt, wie das Bundesversicherungsamt jährlich rechnerisch den von jeder Krankenkasse zu leistenden Finanzierungsanteil am Innovationsfonds ermittelt: Für jede Krankenkasse errechnet sich der von ihr zu tragende jährliche Förderbetrag, indem der auf die Krankenkassen insgesamt entfallende Finanzierungsanteil nach § 92a Absatz 4 SGB V – neu – (in Höhe von 150 Millionen Euro jährlich) durch die Versicherungentage aller Krankenkassen geteilt und mit den Versicherungentagen der einzelnen Krankenkassen multipliziert wird. Durch die Gewichtung mit den Versicherungentagen wird dabei gewährleistet, dass die einzelnen Krankenkassen entsprechend der Anzahl der bei ihnen jeweils versicherten Personen an der Finanzierung des Innovationsfonds beteiligt werden. In § 44 Absatz 2 –

neu – wird vorgegeben, dass das Bundesversicherungsamt den so für jede Krankenkasse ermittelten tatsächlichen Finanzierungsanteil für den Innovationsfonds von den Zuweisungen der Krankenkasse für Satzungs- und Ermessensleistungen absetzt und den Betrag dem Innovationsfonds zuführt. Dadurch kann auf ein gesondertes Umlageverfahren bei den derzeit 131 Krankenkassen verzichtet und der Verwaltungsaufwand auf ein Minimum reduziert werden.

Die Regelungen nach §§ 39 und 41 sind entsprechend anzuwenden, d. h. die Regelungen werden entsprechend der üblichen RSA-Systematik im Monatsverfahren, in den Strukturanpassungen und im Jahresausgleich umgesetzt. Das bedeutet, dass sich der von den Krankenkassen zu tragende Betrag in Höhe von 150 Millionen Euro pro Jahr über das Jahr hinweg aufbaut und er zur Beginn des Jahres noch nicht in voller Höhe zur Verfügung steht. Die Mittelaufbringung folgt damit der Mittelverwendung, die ebenfalls über das Jahr hinweg erfolgen wird. Für den nicht anzunehmenden Fall, dass bereits zu Beginn eines Jahres höhere Mittel benötigt werden, kann zunächst auf den ohnehin durch Gesundheitsfonds (Liquiditätsreserve) zu tragenden Anteil von 150 Millionen Euro zurückgegriffen werden.

Stellungnahme vdek

Die Regelung des § 44 RSAV ist eine Folgeänderung des § 92a Absatz 4 Satz 1 SGB V. Der von der Krankenkasse für den Fonds zu tragende jährliche Förderbetrag, wird je nach Inanspruchnahme anhand des Versichertenanteils bemessen. Die gesetzliche Krankenversicherung vertritt mehrheitlich die Haltung, dass der GKV-Zuschuss per Umlageverfahren auf alle Mitgliedskassen nach KM6 (Mitglieder) und nicht nach Versicherten erfolgen sollte.

Änderungsvorschlag vdek

Keiner.

Artikel 13 (Änderung der Zulassungsordnung für Vertragsärzte)

Nr. 3

§ 46 Absatz 4 – neu –

Beabsichtigte Neuregelung

Regelungen zur Reduktion bzw. Erlass von Gebühren im Rahmen von Zulassungsverfahren in Gebieten mit bestehender oder drohender Unterversorgung.

Stellungnahme vdek

Die Maßnahme dient der Niederlassungsförderung in Gebieten mit bestehender bzw. drohender Unterversorgung und ist daher zu begrüßen.

Änderungsvorschlag vdek

Keiner.

Artikel 14 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte)

Nr. 3

§ 46

Beabsichtigte Neuregelung

Regelungen zur Reduktion bzw. Erlass von Gebühren im Rahmen von Zulassungsverfahren in Gebieten mit bestehender oder drohender Unterversorgung.

Stellungnahme vdek

Die Maßnahme dient der Niederlassungsförderung in Gebieten mit bestehender bzw. drohender Unterversorgung und ist daher zu begrüßen.

Änderungsvorschlag vdek

Keiner.

Artikel 15 (Änderung der Verordnung über die Schiedsämter für die vertragsärztliche (vertragszahnärztliche) Versorgung (Schiedsamtverordnung))
Nr. 3
§ 22a (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Der neu geschaffene § 22a gibt vor, dass die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) bei einer Erweiterung des Bundesschiedsamtes um Vertreter der DKG die Geschäftsführungskosten und die Schiedsgebühren entsprechend ihrem Stimmanteil zu tragen hat.

Stellungnahme vdek

Die Aufnahme von § 22a in die Schiedsamtverordnung wird begrüßt. Die bisherigen Regelungen sehen eine jeweils hälftige Tragung der genannten Kosten durch die KBV und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen vor. Die DKG im Falle einer Erweiterung des Bundesschiedsamtes um Vertreter der DKG an den Kosten für das Bundesschiedsamt zu beteiligen, ist sachgerecht.

Änderungsvorschlag vdek

Keiner.

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