

**Stellungnahme des  
AOK-Bundesverbandes  
zur Anhörung des Bundesministerium  
für Gesundheit  
am 22.08.2018**

**Zum Referentenentwurf eines Gesetzes für  
schnellere Termine und bessere Versorgung  
(Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG)  
vom 23.7.2018**

Stand 16.08.2018

AOK-Bundesverband  
Rosenthaler Straße 31  
10178 Berlin

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



**Inhaltsverzeichnis:**

<b>I. Vorbemerkung .....</b>	<b>- 7 -</b>
<b>II. Stellungnahme zu den Regelungen des Referentenentwurfs .....</b>	<b>- 11 -</b>
<b>Artikel 1 Änderungen des Fünftes Buch Sozialgesetzbuch .....</b>	<b>- 11 -</b>
Nr. 2a § 5 Abs. 2 Satz 3 SGB V Versicherungspflicht .....	- 11 -
Nr. 2b § 5 Abs. 8 Satz 3 SGB V Versicherungspflicht .....	- 12 -
Nr. 3 § 6 Abs. 8 SGB V Versicherungsfreiheit .....	- 13 -
Nr. 4 § 7 Abs. 3 SGB V Versicherungsfreiheit bei geringfügiger Beschäftigung .....	- 14 -
Nr. 6 a) § 10 SGB V Familienversicherung .....	- 15 -
Nr. 6 b) § 10 SGB V Familienversicherung .....	- 16 -
Nr. 6 c) § 10 SGB V Familienversicherung .....	- 17 -
Nr. 7 § 13 Abs. 3a SGB V - Kostenerstattung .....	- 18 -
Nr. 8 § 14 SGB V Teil-Kostenerstattung .....	- 19 -
Nr. 9 § 16 Abs. 3a SGB V Ruhen des Anspruchs .....	- 20 -
Nr. 10 § 20j SGB V Einführung medikamentöser HIV- Präexpositionsprophylaxe (PrEP) .....	- 21 -
Nr. 11 § 27a SGB V Künstliche Befruchtung .....	- 24 -
Nr. 13 § 29 Abs. 5 (neu) SGB V Kieferorthopädische Behandlung - Umsetzung der Mehrkostenregelung .....	- 25 -
Nr. 14 § 31a SGB V Rechtsbereinigung beim Umsetzungsdatum des Medikationsplans .....	- 27 -
Nr. 15 § 33 SGB V Korrektur eines Verweisfehlers der Mehrkostenregelung Intraokularlinse .....	- 28 -
Nr. 16 § 35 a SGB V Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen .....	- 29 -
Nr. 17 § 37b SGB V Spezialisierte ambulante Palliativversorgung .....	- 30 -
Nr. 18 § 39 SGB V Krankenhaus .....	- 31 -
Nr. 19 § 39a SGB V Stationäre und ambulante Hospizleistungen .....	- 32 -
Nr. 20 § 39b SGB V Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkasse. -	- 33 -
Nr. 21 § 40 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Schiedsstellen .....	- 34 -
Nr. 22 § 44 SGB V Krankengeld .....	- 35 -
Nr. 23 § 46 SGB V Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld .....	- 37 -
Nr. 24 § 49 SGB V Ruhen des Krankengeldes .....	- 39 -
Nr. 25 § 50 SGB V Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes .....	- 40 -
Nr. 26 § 51 SGB V Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe .....	- 42 -
Nr. 27 § 55 SGB V Leistungsanspruch beim Zahnersatz .....	- 44 -
Nr. 28 § 57 SGB V Beziehungen zu Zahnärzten und Zahntechnikern .....	- 45 -
Nr. 29 § 64a SGB V Modellvorhaben zur Arzneimittelversorgung .....	- 46 -
Nr. 30 § 64c SGB V Modellvorhaben zum Screening auf 4MRGN .....	- 47 -

Nr. 31 § 65c SGB V Klinische Krebsregister.....	- 48 -
Nr. 32 § 73 SGB V Konkretisierung des hausärztlichen Versorgungsauftrags-	49 -
Nr.33 § 73b Absatz 5 Satz 3 SGB V Hausarztzentrierte Versorgung .....	- 50 -
Nr. 34 § 74 SGB V Stufenweise Wiedereingliederung .....	- 51 -
Nr. 35 § 75 SGB V Erweiterung der Terminservicestellen .....	- 52 -
Nr. 36 § 75a SGB V Förderung der Weiterbildung.....	- 54 -
Nr. 37 § 76 SGB V Freie Arztwahl .....	- 55 -
Nr. 39 § 85 SGB V Gesamtvergütung Zahnärzteebereich .....	- 56 -
Nr. 40 Buchstabe a) § 87 Abs. 1c SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte.....	- 57 -
Nr. 40 b) Buchstabe b § 87 Abs. 2 S. 3 SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte.....	- 58 -
Nr. 40 c) § 87 Absatz 2a Satz 23 SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte.....	- 60 -
Nr. 40 d) § 87 Absatz 2b SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte.....	- 62 -
Nr. 40 e) § 87 Absatz 2c SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte.....	- 64 -
Nr. 40 f) § 87 Absatz 2d SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte.....	- 65 -
Nr. 40 g) § 87 Absatz 2g SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte.....	- 66 -
Nr. 40 h) § 87 Absatz 2g (neu) SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte - Offene Sprechstunde .....	- 67 -
Nr. 40 i) § 87 Absatz 3b SGB V Änderungen zum Institut des Bewertungsausschusses (InBA) .....	- 69 -
Nr. 40 j) § 87 Absatz 3d SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte.....	- 70 -
Nr. 40 k) § 87 Absatz 4 SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte.....	- 71 -
Nr. 40 l) § 87 Absatz 5a SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte.....	- 72 -
Nr. 40 m) § 87 Absatz 6 SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte.....	- 73 -

Nr. 41 a) § 87a Absatz 3 Satz 5 ff SGB V Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbidityorientierte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten .....	- 74 -
Nr. 42 § 87b Absatz 4 Satz 1 SGB V – Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung) .....	- 80 -
Nr. 43 § 87d SGB V Vergütung vertragsärztlicher Leistungen im Jahr 2012..	- 81 -
Nr. 44 § 87e SGB V Zahlungsanspruch bei Mehrkosten .....	- 82 -
Nr. 45 § 89 SGB V Schiedsamt .....	- 83 -
Nr. 46 § 89 a SGB V - Schiedsamt .....	- 86 -
Nr. 47 § 95 SGB V Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung .....	- 90 -
Nr. 47(c) § 95 SGB V Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung .....	- 92 -
Nr. 47 (e) § 95 SGB V - Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung.....	- 93 -
Nr. 48 § 96 SGB V - Zulassungsausschüsse.....	- 94 -
Nr. 49 § 101 SGB V Überversorgung .....	- 95 -
Nr. 50 § 103SGB V Zulassungsbeschränkungen .....	- 96 -
Nr. 51 § 105 SGB V Förderung der vertragsärztlichen Versorgung .....	- 99 -
Nr. 52 § 106a SGB V Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen .....	- 102 -
Nr. 53 §106 b SGB V Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher verordneter Leistungen .....	- 103 -
Nr. 55 § 114 Absatz 2 und Absatz 5 SGB V Landesschiedsstelle.....	- 104 -
Nr. 56 § 115 SGB V Dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten .....	- 105 -
Nr. 56 § 115 Absatz 3 und Absatz 3a SGB V Dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten.....	- 106 -
Nr. 57 § 115b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus.....	- 107 -
Nr. 58 § 116b SGB V Ambulante spezialfachärztliche Versorgung.....	- 108 -
Nr. 59 § 117 SGB V Hochschulambulanzen.....	- 109 -
Nr. 60 § 118 SGB V Psychiatrische Institutsambulanzen.....	- 110 -
Nr. 61 § 118a SGB V Geriatrie Institutsambulanzen .....	- 111 -
Nr. 62 § 120 Absatz 3a Satz 1SGB V Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen.....	- 112 -
Nr. 63 § 129 Abs. 5 SGB V Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung- 113 -	
Nr. 63 §129 Abs. 8 und Abs. 10SGB V Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung .....	- 115 -
Nr. 64 §130b Abs. 5, Abs. 6 und Abs. 9 SGB V Vereinbarungen zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmern über Erstattungsbeträge für Arzneimittel, Verordnungsermächtigung .....	- 116 -
Nr. 65 § 132a in Verbindung Nr. 45 § 89 SGB V - Versorgung mit häuslicher Krankenpflege.....	- 117 -
Nr. 66 § 132d SGB V Spezialisierte ambulante Palliativversorgung .....	- 118 -
Nr. 67 § 134a Absatz 4 SGB V Versorgung mit Hebammenhilfe .....	- 119 -
Nr. 68 § 135 Absatz 2 Satz 8 SGB V Bewertung der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden .....	- 120 -

Nr. 69 § 137e Absatz 4 Satz 5 SGB V Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden .....	- 121 -
Nr. 70 § 140a Absatz 2 Satz 2 SGB V Besondere Versorgung.....	- 122 -
Nr. 71 § 188 Abs. 2 Satz 3 SGB V Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft.....	- 123 -
Nr. 72 § 190 Abs. 11a SGB V Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger .....	- 124 -
Nr. 73 § 197a SGB V Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (in Verbindung mit § 81a Absatz 3b und § 47a SGB XI).....	- 125 -
Nr. 74 § 217 f SGB V Aufgaben des Spitzenverbandes Bund .....	- 126 -
Nr. 75 § 225 Satz 1 Nummer 1 und 3 SGB V Beitragsfreiheit bestimmter Rentenantragsteller.....	- 127 -
Nr. 76 § 228 Abs. 2 SGB V Rente als beitragspflichtige Einnahmen .....	- 128 -
Nr. 77 § 235 SGB V Beitragspflichtige Einnahmen von Rehabilitanden, Jugendliche und Behinderten in Einrichtungen .....	- 129 -
Nr. 78 § 237 Satz 3 SGB V Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtiger Rentner.....	- 130 -
Nr. 79 § 256 Absatz 1 Satz 1 SGB V Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen.....	- 131 -
Nr. 80 § 274 SGB V Prüfung der Krankenkassen und ihrer Verbände.....	- 132 -
Nr. 81 § 275 Abs. 1 SGB V Begutachtung und Beratung.....	- 134 -
Nr. 82 Buchstabe a) § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr.7 SGB V Sozialdaten bei den Krankenkassen .....	- 135 -
Nr. 82 Buchstabe b) § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 12 SGB V Sozialdaten bei den Krankenkassen .....	- 136 -
Nr. 83 § 291a SGB V Elektronische Patientenakte .....	- 137 -
Nr. 84 § 291b SGB V Gesellschaft für Telematik.....	- 139 -
Nr. 85 § 293 SGB V Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungs- erbringer .....	- 140 -
Nr. 86 § 295 b) aa) cc) SGB V Übermittlungspflichten und Abrechnung ärztlicher Leistungen.....	- 141 -
Nr. 86 § 295 b) bb) c) d) SGB V Übermittlungspflichten und Abrechnung ärztlicher Leistungen.....	- 143 -
Nr. 87 § 295a SGB V Abrechnung der im Rahmen von Verträgen nach § 73b und § 140a sowie vom Krankenhaus im Notfall erbrachten Leistungen .....	- 145 -
Nr. 88 § 299 SGB V Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung .....	- 146 -
Nr. 89 § 305 SGB V Auskünfte an Versicherte .....	- 147 -
<b>Artikel 2 Änderungen des Bundesvertriebenengesetzes .....</b>	<b>- 148 -</b>
§ 11 Absatz 6 des Bundesvertriebenengesetzes.....	- 148 -
<b>Artikel 3 Änderungen des Sozialgerichtsgesetzes .....</b>	<b>- 150 -</b>
Nr. 1-3 § 29 Abs. 4 Nr. 1 .....	- 150 -
<b>Artikel 4 Änderung des Aufwendungsausgleichsgesetzes.....</b>	<b>- 151 -</b>
Nr. 1 und 2 § 11 Absatz 2 des Aufwendungsausgleichsgesetzes.....	- 151 -
<b>Artikel 5 Änderung der Schiedsamtverordnung .....</b>	<b>- 152 -</b>

<b>Artikel 6 Änderungen der Schiedsstellenverordnung</b> .....	- 154 -
Nr. 6 § 2, 8 und 9 Schiedsstellen.....	- 154 -
<b>Artikel 8 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch</b> .....	- 155 -
Nr. 2 a) § 25 SGB XI Familienversicherung .....	- 155 -
Nr. 2 b) § 25 SGB XI Familienversicherung .....	- 156 -
Nr. 3 § 37 SGB XI - Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen.....	- 157 -
Nr. 5 § 71 SGB XI Pflegeeinrichtungen Nr. 6 § 72 SGB XI Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag.....	- 158 -
Nr. 7 § 112a SGB XI Qualitätssicherung bei ambulanten Betreuungsdiensten, Übergangsregelung .....	- 160 -
Nr. 8 § 120 SGB XI Pflegevertrag bei häuslicher Pflege.....	- 161 -
<b>Artikel 9 Änderung des Arzneimittelgesetzes</b> .....	- 162 -
Nr. 9 §13 - Herstellungserlaubnis .....	- 162 -
<b>Artikel 10 – Änderung der Arzneimittelpreisverordnung</b> .....	- 163 -
Nr. II.3.7 § 2 - Arzneimittelpreisverordnung .....	- 163 -
<b>Artikel 11 Änderung des Transfusionsgesetzes</b> .....	- 164 -
§ 12a Richtlinien zum Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft und Technik zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen .....	- 164 -
<b>Artikel 13 Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte</b> .....	- 165 -
Nr.13 § 19a Ärzte-ZV - Mindestsprechstunden.....	- 165 -
Nr. 13 § 19 Ärzte-ZV .....	- 166 -
<b>III. Weiterer Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes</b> - 167 -	
Nr. 40 § 87 Abs. 1 Sätze 8 und 9 SGB V neu – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte.....	- 167 -
§ 67 SGB V Elektronische Kommunikation – Versicherte aufnehmen .....	- 168 -
§ 291b SGB V Nutzung internationaler Standards aufnehmen .....	- 170 -
§ 295 SGB V Übermittlungspflichten und Abrechnung bei ärztlichen Leistungen“ .....	- 171 -
§ 11 BVFG Änderungen in Bezug auf den Anspruch auf Mutterschafts- oder Krankengeld für die in genannten Personen .....	- 172 -
§ 11 BVFG Rechtsbereinigung .....	- 173 -

## I. Vorbemerkung

Mit dem Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung will die Bundesregierung

- allen gesetzlich Versicherten einen gleichwertigen Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung ermöglichen,
- die Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen verbessern,
- Leistungsansprüche der Versicherten in einzelnen Bereichen der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung erweitern und
- die Möglichkeiten der Digitalisierung im Gesundheitswesen für Patienten im Versorgungsalltag stärker praktisch nutzbar machen.

Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft sind alle Maßnahmen, die einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung leisten können, grundsätzlich zu begrüßen. Durch die geplante Erweiterung des Sprechstundenangebotes, die Ausweitung der Aufgaben der Terminservicestellen und auch die Klarstellung des hausärztlichen Auftrags kann die Leistungsfähigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung verbessert werden. Damit können Wartezeiten verhindert und Patienten insbesondere davon abgehalten werden, sich an die besser zugänglichen und vermeintlich komfortableren Notfallaufnahmen in den Krankenhäusern zu wenden. Hierzu können auch die Verpflichtungen zur Veröffentlichung der Sprechstundenzeiten sowie offene Sprechstunden beitragen.

Bei einigen Regelungsvorschlägen bzgl. der Verbesserung des Zugangs zur vertragsärztlichen Versorgung ist allerdings zu beachten, dass sie Vertragsärzten Anreize liefern können, ihr Abrechnungsverhalten zu optimieren. So soll es künftig eine bessere Vergütung geben:

- für die Vermittlung von Terminen durch Hausärzte oder Terminservicestellen,
- für die Behandlung von neuen Patienten in den Arztpraxen,
- für Leistungen, die in zusätzlichen sog. „offenen Sprechstunden“ erbracht und abgerechnet werden und
- für Akut- und Notfälle in den Sprechstunden.

Um der Strategieanfälligkeit der geplanten Maßnahmen entgegenzuwirken, muss sichergestellt werden, dass die zusätzlichen Beitragsmittel tatsächlich zielgerichtet in die Verbesserung der Versorgung investiert und die geplanten Veränderung auch umfassend evaluiert werden. Andernfalls sind zusätzliche Finanzmittel für Vertragsärzte aus Sicht der AOK-Gemeinschaft nicht zu rechtfertigen.

Grundsätzlich ist es Aufgabe der kassenärztlichen Selbstverwaltung, die Versorgung der Bevölkerung in der Art sicherzustellen, dass Ärzte gut erreichbar sind und sie in dringenden Fällen den Zugang zur fachärztlichen Versorgung zeitnah gewährleisten. Dass es dazu finanzieller Anreize bedarf, ist den Beitragszahlern allerdings kaum zu vermitteln, da es sich hier um ein reines Organisationsproblem innerhalb der Ärzteschaft handelt. Daher erwartet die AOK, dass die zusätzlichen Ausgaben nachweislich der besseren Versorgung der Versicherten zugutekommen.

### *Kostspielige Finanzspritzen für die zahnärztliche Versorgung ohne Garantie auf Verbesserung der Versorgung und Entlastung der Versicherten*

Im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung sollen zur Behebung von angeblichen Versorgungsproblemen in ländlichen und strukturschwachen Regionen die bisherige Punktwertdegression abgeschafft werden. Dies ist abzulehnen. Es gibt weder ausreichende Belege für Versorgungsprobleme in den genannten Gebieten noch ist zu erwarten, dass diese breit streuende Vergütungserhöhung geeignet ist, die im Gesetzentwurf unterstellten Probleme zielgerichtet zu lösen.

Darüber hinaus werden, wie im Koalitionsvertrag vorgesehen, die befundorientierten Festzuschüsse zum Zahnersatz von bisher 50 auf 60 Prozent erhöht. Hiermit ist die Erwartung verbunden, dass die Kosten, die die Versicherten außerhalb des Sachleistungsprinzips zu tragen haben, gesenkt werden können. Um das Ziel zu erreichen, sind allerdings begleitende Instrumente zur Begrenzung der von den Versicherten zu tragenden Kostenanteile erforderlich. Andernfalls besteht die Gefahr, dass die erwarteten Mehrausgaben der Krankenkassen von immerhin 570 Mio. Euro letztlich nicht als Entlastung bei den Patienten ankommen.

Trotz der zunehmenden Belastung der Versicherten mit Eigenanteilen in der zahnärztlichen Versorgung soll das umstrittene Prinzip der Mehrkostenregelung nun auch auf den Bereich der Kieferorthopädie übertragen werden. Zwar versucht der Gesetzgeber mit dem Vorschlag, einige der in der bisherigen Praxis vorkommenden Probleme mit spezifischen Regelungen zu begegnen, allerdings fehlt es bisher an einer evidenzbasierten Festlegung der zentralen Leistungsinhalte. Diese ist aber Voraussetzung für eine mündige Verbraucherrolle der Familien, worauf auch zuletzt der Bundesrechnungshof hingewiesen hat. Daher sollte der Gemeinsame Bundesausschuss mit der Festlegung von Inhalt und Umfang der kieferorthopädischen Versorgung beauftragt werden und die Versorgung weiterhin im Rahmen des Sachleistungsprinzips erfolgen.

### *Sicherstellung der Versorgung im ländlichen Raum*

Für ländliche unterversorgte Gebiete werden die Sicherstellungsinstrumente erweitert und flexibilisiert. Dabei werden die Handlungsmöglichkeiten der Leistungserbringer wie auch der KV erweitert und gestärkt und ihre finanzielle Ausstattung aufbauend auf früheren Gesetzen zur Stärkung der Versorgungsstruktur weiter erhöht. In gleichem Maße werden die Beteiligungsrechte der Krankenkassen noch weiter vermindert. Bislang gibt es keinerlei systematische Erhebungen, die Schlussfolgerungen darüber zulassen, welchen Wirkungsgrad die Maßnahmen in der Vergangenheit erzielt haben. Daher ist es nicht möglich, die Frage zu beantworten, ob bislang Wirkungen nachweisbar sind bzw. ob mit neuen Regelungen folgerichtige Weiterentwicklungen angestoßen werden. Eine systematische Evaluation wäre vor diesem Hintergrund geboten.

Die obersten Landesbehörden sollen zukünftig nicht nur die Rechtsaufsicht ausüben, sondern aktiv in die Sicherstellung der Versorgung und die Entscheidungen der gemeinsamen Selbstverwaltung eingreifen bzw. auf diese übergehen. Damit wird ein reines Privileg der Landesbehörden unter Umgehung aller Regelungsebenen, die für die gemeinsame Selbstverwaltung nach dem SGB V verpflichtend sind, geschaffen. Es wären mildere Mittel möglich, die den obersten Landesbehörden eine regionale Mitgestaltung erlauben würden; die Regelung wird deshalb mit Nachdruck abgelehnt. Die AOK lehnt ebenfalls den ordnungspolitisch außergewöhnlich großen Eingriff in Regelungsbefugnisse der gemeinsamen Selbstverwaltung ab, nach der alle Zulassungssperren für drei Arztgruppen bzw. eine Subgruppe aufgehoben und diese damit weder versorgungspolitisch noch in anderer Weise nachvollziehbar gegenüber allen anderen Arztgruppen privilegiert werden. Es ist nicht nachvollziehbar, warum ausgerechnet für

Arztgruppen mit Nachwuchsproblemen Regelungen geschaffen werden, von denen insbesondere gut versorgte Regionen profitieren werden.

Nachvollziehbar sind die Regelungen zu Medizinischen Versorgungszentren (MVZs). Die Fülle der Detail- und Nachbesserungsregelungen, die in der vergangenen Dekade zu MVZs getroffen wurden, zeigt jedoch auch, dass die Entwicklung moderner Versorgungsstrukturen einer grundlegenden Reform bedarf, bei der auch die Patienteninteressen wieder mehr in den Fokus rücken müssen.

#### *Reform der Konfliktlösungsinstanzen in der gemeinsamen Selbstverwaltung*

Mit dem TSVG sollen die Schiedsämter in der gemeinsamen Selbstverwaltung neu strukturiert werden. Zusätzliche sektorenübergreifende Instanzen werden geschaffen. Die systematische Überarbeitung und die Neuregelung sind grundsätzlich sinnvoll. Allerdings sollte die vorgesehene Stimmverteilung, die die Krankenkassenseite in eine strukturelle Minderheitenposition bringt, dringend korrigiert werden. Die Stimmenzahl der Krankenkassenseite muss deshalb der gemeinsamen Stimmenzahl der Leistungserbringer entsprechen.

#### *Einschränkungen bei der Preisverhandlung in der Impfstoffversorgung*

Die vorgesehene Einschränkung bei der Verhandlung von Abgabepreisen für Impfstoffe wird von der AOK-Gemeinschaft abgelehnt. Sie führt zu einer möglicherweise nicht beabsichtigten Verlagerung von finanziellen Vorteilen beim Einkauf von Impfstoffen an die Apotheker. Diese Apotheken (insbesondere auf Impfstoffe spezialisierte Versender) werden verstärkt von günstigen Einkaufskonditionen für die Direktbelieferung von Arztpraxen profitieren, während die Krankenkassen die fiktiven Listenpreise zu erstatten haben. Für diesen Lieferweg gilt die Arzneimittelpreisverordnung nicht und damit auch nicht das Rabattverbot für Apotheken. Ein Beitrag zur Versorgungssicherheit ist von dieser Regelung nicht zu erwarten.

#### *Elektronische Patientenakte*

Die geplanten Regelungen zur Umsetzung der elektronischen Patientenakte (ePA) im Wettbewerb sind grundsätzlich zu begrüßen. Insbesondere die Möglichkeit des selbstständigen und direkten Zugriffs für Versicherte auf ihre Daten, auch mittels mobiler Endgeräte, war überfällig. Dabei ist es nur folgerichtig, dass die Unterscheidung zwischen Patientenakte und -fach entfällt. Auch der klare Auftrag an die Krankenkassen, ihren Versicherten eine Akte anzubieten, ist richtig. Hier ist ggf. zu bewerten, ob es dann noch einer Gesundheitsakte nach §68 SGB V bedarf.

Allerdings bewegen sich die Änderungen sehr stark im bisherigen starren Regelungsrahmen der Gesellschaft für Telematik (gematik) und laufen Gefahr, ähnlich lange in der Umsetzung zu benötigen, wie andere Vorhaben der Telematikinfrastruktur auch. Dagegen könnte ein Wettbewerb um innovative Lösungen zu einer höheren Geschwindigkeit bei der Entwicklung und Umsetzung digitaler Anwendungen und Prozesse führen. Dazu bedarf es aber weiterer Änderungen im vorliegenden Referentenentwurf. Zentral ist dabei die Erweiterung der Regelung in § 67 SGB V zum weiteren Ausbau der elektronischen Kommunikation zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen um die Gruppe der Versicherten (eine entsprechende Gesetzesänderung wird unter III. vorgeschlagen). Auch die Rolle der gematik muss im Sinne einer Netzagentur neu definiert werden, ähnlich wie bereits von Vertretern des Bundesministeriums für Gesundheit öffentlich geäußert. Die gematik sollte sich dabei auf die Sicherstellung der

Interoperabilität und die Einhaltung der grundlegenden Infrastruktur fokussieren. Vernetzte digitale Anwendungen und Dienste sollten dagegen in einem regulierten Wettbewerb entstehen.

Im Folgenden wird zu den einzelnen Regelungen des Referentenentwurfs Stellung genommen.

## **II. Stellungnahme zu den Regelungen des Referentenentwurfs**

### **Artikel 1 Änderungen des Fünftes Buch Sozialgesetzbuch**

#### **Nr. 2a § 5 Abs. 2 Satz 3 SGB V Versicherungspflicht**

##### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Durch die Neuregelung wird die ursprünglich durch das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz für die KVdR-Vorversicherungszeit anrechenbare Mitgliedszeit für Kinder, Stief- und Pflegekinder von drei Jahren je Kind eingegrenzt. Bisher konnten Zeiten für Stief- oder Pflegekinder auch dann noch berücksichtigt werden, wenn sie bereits zum Zeitpunkt der Eheschließung der Eltern bzw. der Adoption die Altersgrenzen nach § 10 Abs. 2 SGB V vollendet hatten.

##### **B Stellungnahme**

Die Anlehnung an die Altersgrenzen der Prüfung der Elterneigenschaft für den Beitragszuschlag in der Pflegeversicherung ist sachgerecht und stärkt die Abgrenzung zwischen PKV und GKV. Auch wenn auf die Krankenkassen ein geringfügig erhöhter Aufwand für die Überprüfung zukommt, wird die Änderung begrüßt.

##### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Nr. 2b § 5 Abs. 8 Satz 3 SGB V Versicherungspflicht**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Eine Anpassung zur Vorrangversicherung wird vorgenommen. Rentenbezieher, die aufgrund der Gleichstellung von freiwilligen und versicherungspflichtigen Versicherungszeiten bei der Prüfung der KVdR-Vorversicherungszeit, zum 31.03.2002 versicherungspflichtig geworden sind, konnten aufgrund ihrer geringen Rente und dem Anspruch auf Familienversicherung im Zusammenhang mit dem eingeräumten Bestandsrecht weiterhin in der Familienversicherung verbleiben. Durch die Streichung von § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V auf den diese Regelung Bezug nimmt, ist zukünftig auf das bisherige Recht zu verweisen.

### **B Stellungnahme**

Folgeänderung aufgrund der Streichung von § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Nr. 3 § 6 Abs. 8 SGB V Versicherungsfreiheit**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Der Absatz wird aufgehoben.

### **B Stellungnahme**

Die Streichung ist sachgerecht, da sie der Rechtsbereinigung dient.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Nr. 4 § 7 Abs. 3 SGB V Versicherungsfreiheit bei geringfügiger Beschäftigung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Der Absatz wird wegen Zeitablaufs aufgehoben.

### **B Stellungnahme**

Die Streichung ist sachgerecht, da sie der Rechtsbereinigung dient.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Nr. 6 a) § 10 SGB V Familienversicherung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Klarstellung bezüglich der Berücksichtigung von Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen, die wegen der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, bei der Ermittlung des Gesamteinkommens für die Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung.

### **B Stellungnahme**

Die Regelung wird begrüßt, da sie eine Verfahrens- und Verwaltungsvereinfachung umsetzt, die zu einem bereits mehrfach geforderten Bürokratieabbau bei den Krankenkassen führen wird.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## Nr. 6 b) § 10 SGB V Familienversicherung

### A Beabsichtigte Neuregelung

aa) Streichung der Angabe, ab wann diese Vorschrift gilt.

bb) Ergänzung, dass bei behinderten Kindern eine Familienversicherung möglich ist, wenn die Behinderung bereits zu einem Zeitpunkt innerhalb der Altersgrenzen für die Familienversicherung eingetreten ist, auch wenn eine Familienversicherung aufgrund einer Vorrangversicherung ausgeschlossen war.

### B Stellungnahme

aa) Die Streichung ist sachgerecht, da Prüfungen der Familienversicherung zu einem früheren Zeitpunkt nicht mehr erfolgen können.

bb) Die Regelung wird begrüßt, da sie eine Verfahrens- und Verwaltungsvereinfachung umsetzt, die zu einem bereits mehrfach geforderten Bürokratieabbau bei den Krankenkassen führen wird.

### C Änderungsvorschlag

aa) siehe hierzu auch Artikel 8 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch, Nr. 2  
b) § 25 SGB XI Familienversicherung

bb) Keiner

## **Nr. 6 c) § 10 SGB V Familienversicherung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Ergänzung, dass die Familienversicherung für Stief- und Enkelkinder möglich ist, wenn das Stief- bzw. Enkelkind in den eigenen Haushalt aufgenommen wurde. Eine Prüfung des überwiegenden Unterhalts entfällt bei der Aufnahme in den eigenen Haushalt.

### **B Stellungnahme**

Die Regelung wird begrüßt, da sie eine Verfahrens- und Verwaltungsvereinfachung umsetzt, die zu einem bereits mehrfach geforderten Bürokratieabbau bei den Krankenkassen führen wird.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Nr. 7 § 13 Abs. 3a SGB V - Kostenerstattung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

In § 13 Absatz 3a Satz 4 wird durch die Einfügung der Wörter „gemäß § 87 Absatz 1c“ auf die neu eingeführte Ermächtigungsgrundlage des vertragszahnärztlichen Gutachterverfahrens hingewiesen.

### **B Stellungnahme**

Folgeänderung, um das vertragszahnärztliche Gutachterverfahren im Gesetz zu legitimieren.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## Nr. 8 § 14 SGB V Teil-Kostenerstattung

### A Beabsichtigte Neuregelung

Klarstellung, dass nicht nur der Personenkreis der aktiven DO-Angestellte der Krankenkassen und ihrer Verbände, sondern auch der Personenkreis der DO-Versorgungsempfänger Teilkostenerstattungstarif in Anspruch nehmen können.

### B Stellungnahme

Streitig war bislang, ob die Krankenkassen die Teilkostenversicherung auch für Versorgungsempfänger (also pensionierte DO-Angestellte) durchführen dürfen. Die Änderung schafft insoweit Rechtsklarheit und stellt die gängige Praxis der Krankenkassen auf eine sichere Grundlage.

### C Änderungsvorschlag

Keiner

## Nr. 9 § 16 Abs. 3a SGB V Ruhen des Anspruchs

### A Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Ergänzung des § 16 Absatz 3a wird klargestellt, dass das Vorliegen der Voraussetzungen von Hilfebedürftigkeit nach SGB II oder SGB XII von den nach diesen Büchern zuständigen Trägern und nicht von den Krankenkassen festzustellen ist. Den Versicherten wird ein Antragsrecht gegenüber den SGB II-/SGB XII-Trägern eingeräumt, die die Hilfebedürftigkeit zu prüfen und ggf. zu bescheinigen haben.

### B Stellungnahme

Die klarstellende Regelung, dass beim Ruhen von GKV-Leistungen wegen Beitragschulden die Prüfung der Hilfebedürftigkeit nach SGB II oder SGB XII von zuständigen Trägern und nicht von Krankenkassen durchzuführen ist, wird grundsätzlich begrüßt. Das Antragsrecht für die Versicherten allein reicht jedoch nicht aus, eine Vielzahl Versicherter vor unsachgemäßem Leistungsruhen zu bewahren. In Fällen der versteckten Altersarmut sollten die Krankenkassen ein eigenständiges Antragsrecht erhalten. Nur so wird sichergestellt, dass dem gesetzgeberischen Willen zur Vermeidung von Leistungsruhen bei Hilfebedürftigkeit umfassend nachgekommen werden kann.

### C Änderungsvorschlag

Im neuen Satz 5 werden hinter den Worten „des Versicherten“ die Worte „oder der zuständigen Krankenkasse“ eingefügt.

## Nr. 10 § 20j SGB V Einführung medikamentöser HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP)

### A Beabsichtigte Neuregelung

Versicherte mit einem erhöhten HIV-Infektionsrisiko, die älter als 16 Jahre sind, haben Anspruch auf ärztliche Beratung über Fragen der medikamentösen HIV-Präexpositionsprophylaxe, erforderliche Untersuchungen, Verordnung und nach der Beratung einer Versorgung mit dafür zugelassenen Arzneimitteln. Das Nähere zu Anspruchsberechtigten und Voraussetzungen ist in den Bundesmantelverträgen zu regeln.

### B Stellungnahme

a) Gesellschaftlich und gesundheitsökonomisch sind Präventionsmaßnahmen wichtig um schwerwiegende und chronische Erkrankungen zu vermeiden. Die Nutzen-Risiko-Abwägung der HIV-PrEP ist komplex und die verfügbare Evidenz ist – insbesondere bzgl. der Wirksamkeit außerhalb von Studien - noch unzureichend. Die Ausweitung der Leistungspflicht der PrEP auf die GKV darf daher keinesfalls das Risikoverhalten für ungeschützte Sexualkontakte fördern bzw. einer Bagatellisierung auch aktueller Informations- und Aufklärungskampagnen der BzGA Vorschub leisten. Die Wirkstoffkombination Emtricitabin/Tenofoviridisproxil ist für eine Anwendung als HIV-PrEP zusätzlich und nicht ersetzend zu Safer-Sex-Praktiken zugelassen, die darüber hinaus vor weiteren sexuell übertragbaren Erkrankungen (STIs eng: sexually transmitted infections) schützen.

Für die PrEP spricht eine Reduktion des HIV-Infektionsrisikos um bis zu 92% - eine dauerhafte tägliche Einnahme vorausgesetzt. Wenn die Arzneimittelanwendung nicht konsequent erfolgt und darüber hinaus auf Safer-Sex-Praktiken verzichtet wird, ist die Anwendung fragwürdig. Studien zeigen unter der PrEP einen signifikanten Anstieg ungeschützter Sexualkontakte. Daher könnte die PrEP das Risiko bzw. die Ansteckung mit anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen erhöhen.

Die Therapieadhärenz ist insbesondere stark gefährdet durch akute Nebenwirkungen, wie Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit und Diarrhoe, die sehr häufig schon nach einmaliger Anwendung auftreten können und die die Patienten direkt im täglichen Leben massiv einschränken und belasten. Zudem kann es bei langfristiger Anwendung zu schweren Nebenwirkungen, wie Nierenversagen und Nierenfunktionsstörungen, frakturbegünstigende Knochenanomalien, sowie Gewichtszunahme mit Anstieg der Blutzucker- und Blutfettwerte kommen. Dies kann die Therapietreue zusätzlich beeinträchtigen.

Auch mangels Therapietreue kann es bei PrEP-Nutzern zu (unentdeckten) HIV-Infektion kommen. Durch die weitere Gabe allein einer PrEP-Medikation bei erfolgter Ansteckung können sich HIV-Resistenzmutationen entwickeln, die eine HIV-Behandlung hinsichtlich Wirksamkeit und Verträglichkeit erschweren. Hierbei ist an die Situation bei Antibiotika zu erinnern, deren übermäßiger und breiter Einsatz zu erheblichen Schwierigkeiten bei der Behandlung mit zunehmend resistenten Erregern geführt hat.

HIV-Neuinfektionen können bereits heute zeitnah nach möglichem Viruskontakt durch eine Postexpositions-Prophylaxe (PEP) verhindert werden. Hierfür wird neben der PrEP-Wirkstoffkombination Emtricitabin/Tenofoviridisproxil zusätzlich Raltegravir (Isentress®) eingesetzt. Damit kann anlassbezogen sehr gut auf Einzelfälle reagiert werden.

Obwohl die Zulassung der medikamentösen HIV-PrEP allein in Kombination mit Safer-Sex-Praktiken erteilt wurde, ist aber die zitierte deutsch-österreichische Leitlinie, an der sich die Zielgruppenbestimmung orientieren soll, primär auf Menschen mit ungeschütztem Sexualverkehr und entsprechendem Risikoverhalten fokussiert. Es ist gesellschaftlich hoch fragwürdig, wenn die GKV einen entsprechenden off-label-Gebrauch mit den dargestellten Risiken und Folgen finanzieren soll.

Sollte dennoch eine Gesetzesänderung zu Lasten der GKV erfolgen, sind Beratungsleistungen und notwendige Untersuchungen sowie die Therapiekontrolle eines zulassungskonformen Einsatzes wichtig und daher sinnvoller Weise durch die GKV zu tragen. Die Kosten für das Arzneimittel sollten allerdings, wie auch in ähnlich gelagerten Fällen (z. B. Kontrazeption) vom erwachsenen Patienten getragen werden. Denn auch andere wirksame Präventionsmaßnahmen, wie Kondome, verhindern zuverlässig eine Ansteckung mit HIV und anderen STIs (eng: sexually transmitted infections; Syphilis, Chlamydien, Gonorrhoe, Hepatitis C u. a.).

Die Kostenschätzung im Referentenentwurf dürfte insgesamt, unabhängig von der tatsächlichen Zielgruppe, zu gering kalkuliert sein. Aus den Erfahrungen z. B. im Zusammenhang mit der Cannabis-Gesetzgebung wurden die eingangs postulierten Patientenzahlen innerhalb kürzester Zeit weit überschritten.

**b)** Zur Ausgestaltung der möglichen neuen Leistungspflicht bedarf es einer breiten gesellschaftlichen Debatte und eines transparenten Verfahrens, welches die Beteiligung der verschiedenen Interessengruppen sicherstellt. Deshalb ist es sinnvoll dem G-BA die Festlegung von Zugangsvoraussetzungen, ärztlicher Leistung und eine Definition der Zielgruppe, die von dieser Leistung profitieren soll, zu übertragen. Anschließend wären dann zur weiteren Umsetzung Abstimmungen zwischen den Trägern des Bewertungsausschusses erforderlich. Die Fristenplanung zur Beantwortung der komplexen Fragen, welche Arztgruppen überhaupt die ärztliche Beratung, Untersuchung und Verordnung durchführen kann und wie der betroffene Personenkreis definiert werden soll, ist ambitioniert und berücksichtigt dabei in Anbetracht der potentiellen Risiken nicht die Tragweite der Entscheidung. Die üblichen Beratungs- und Entscheidungsfristen sollten auch in diesem Fall Anwendung finden.

Zur Beurteilung der möglichen neuen Leistungspflicht auf das Infektionsgeschehen, sollte neben den HIV-Neuinfektionen auch der Einfluss auf die Verbreitung anderer STIs untersucht werden. Der Zeitpunkt der Evaluation sollte entsprechend der Einführung der Leistungspflicht beispielsweise auf Ende 2022 verschoben werden um gesicherte Aussagen aus dem Verordnungsgeschehen abzuleiten.

## C Änderungsvorschlag

Streichung

Sollte am Regelungsvorhaben festgehalten werden wird Abs. 1 wie folgt formuliert:

(1) Versicherte mit einem erhöhten HIV-Infektionsrisiko, die älter als 16 Jahre sind, haben Anspruch auf ärztliche Beratung über Fragen der medikamentösen Präexpositionsprophylaxe zur Verhütung einer Ansteckung mit HIV. Hierzu zählen auch die bei Anwendung der dafür zugelassenen Arzneimittel erforderlichen Untersuchungen sowie die Verordnung dieser Arzneimittel. Das Nähere zum Kreis der Anspruchsberechtigten und zu den Voraussetzungen für die Ausführung der Leistungen *regelt der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in den Richtlinien § 92 Absatz 1 Satz 2*

*Nummer 6.* Auf Grundlage der Regelung hat der Bewertungsausschuss den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zu überprüfen und spätestens innerhalb von *drei* Monaten nach *Inkrafttreten der Regelung* nach Satz 3 anzupassen.

Abs. 2 wird wie folgt formuliert:

(2) Versicherte nach Abs. 1 haben *bis zum vollendeten 20. Lebensjahr* nach Beratung Anspruch auf Versorgung mit verschreibungspflichtigen *Arzneimitteln* zur Präexpositionsprophylaxe *einer HIV-Infektion*. § 31 Abs. 2 bis 4 gilt entsprechend.

Abs. 3 wird wie folgt formuliert:

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Wirkungen der ärztlichen Verordnung der Präexpositionsprophylaxe auf das Infektionsgeschehen *mit sexuell übertragbaren Erkrankungen* bis Ende 2022 nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards.

## Nr. 11 § 27a SGB V Künstliche Befruchtung

### A Beabsichtigte Neuregelung

Erweiterung des Leistungsanspruchs der künstlichen Befruchtung nach § 27a SGB V um die Möglichkeit der Kryokonservierung von Keimzellgewebe, Ei- und Samenzellen in Fällen, in denen eine akute Krebserkrankung bzw. deren Behandlung zu einem unwiederbringlichen Fertilitätsverlust führen würde und eine Kryokonservierung erforderlich ist, um nach der Genesung eine künstliche Befruchtung zu ermöglichen.

### B Stellungnahme

Die rechtliche Änderung führt dazu, dass Versicherte aufgrund einer drohenden Fortpflanzungsunfähigkeit durch eine akute Krebserkrankung und der folgenden Behandlung - zusätzlich zur Entnahme von Eierstockgewebe, was heute bereits eine Leistung der GKV ist – einen Anspruch auf Kostenübernahme der Kryokonservierung von Ei- und Samenzellen erhalten.

Durch die Regelungen zur Kryokonservierung entstehen der GKV geschätzte Mehrausgaben in Höhe eines mittleren zweistelligen Millionenbetrages. Die Kryokonservierung im Zusammenhang mit der künstlichen Befruchtung ist wie die künstliche Befruchtung selbst eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und damit über den Bundeszuschuss auszugleichen.

### C Änderungsvorschlag

Keiner

## **Nr. 13 § 29 Abs. 5 (neu) SGB V Kieferorthopädische Behandlung - Umsetzung der Mehrkostenregelung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Es erfolgt die Ausweitung der Mehrkostenregelung, jetzt auch für den kieferorthopädischen Bereich. Es wird neu gesetzlich geregelt, welche mehrkostenfähigen Leistungen bei einer zukünftigen kieferorthopädischen Behandlung (Mehrleistungen, Zusatzleistungen, außervertragliche Leistungen) abgerechnet werden können. Hierzu sollen die Bundesmantelvertragspartner in der Analogie zur bereits bestehenden Vereinbarung zwischen KZBV und dem BDK (Bund Deutscher Kieferorthopäden) ein Katalog zur Anwendung von Mehrleistungen sowie ein Formular entwickeln, welche dem Versicherten die Behandlungsalternativen aufzeigen und gleichzeitig als Aufklärung und Information dienen soll. Dabei soll nur noch die KZV und dann aber auch nur Anlassbezogen die Umsetzung der Informationspflichten prüfen können.

### **B Stellungnahme**

Diese Gesetzesinitiative ist im Interesse der gesetzlich Krankenversicherten abzulehnen.

Die Inhalte im neuen Absatz 5 ignorieren komplett die Bemühungen des Bundesrechnungshofes aus dem Jahr 2017 und aus April 2018, der die Umsetzung einer aktuellen Nutzenbewertung in der kieferorthopädischen Versorgung mehrmals, auch medial, eingefordert hat. Das BMG hat im Juli 2018 mit einer aktuellen Ausschreibung zur wissenschaftlichen Nutzenbewertung reagiert.

Es entsteht der Eindruck, dass schnellstmöglich und damit im derzeitigen Gesetzgebungsverfahren die langjährigen Forderungen zur gesetzlichen Legitimation einer Mehrkostenregelung durch den Bund der Deutschen Kieferorthopäden umgesetzt werden soll, um damit die Abrechnungsfähigkeit von privatärztlichen Leistungen auch für gesetzlich Krankenversicherte zu ermöglichen. Darüber hinaus soll nur noch anlassbezogen und nur noch durch die KZV eine Prüfung der mehrkostenfähigen Leistungen erfolgen. Den Krankenkassen wird diese Prüfmöglichkeit entzogen, so dass die Krankenkassen ihre Versicherten nicht mehr über die Kosten aufklären und informieren können. Was über Mehrkosten perspektivisch abgerechnet werden kann, sollen die Bundesmantelvertragspartner beschreiben. Ignoriert wird allerdings der Tatbestand, dass völlig unklar ist, welche Leistungen state of the art sind und wenn schon in dem Duktus der Mehrkostenregelung diskutiert werden sollte, dann fehlt hier der erste Schritt, die Beschreibung der Regelleistung und damit die Abgrenzung zwischen Regelversorgung und Mehrkostenregelung.

Würde man dieser Gesetzesinitiative tatsächlich folgen, so würde das Sachleistungsprinzip weiter ausgehöhlt und die gesetzlich Krankenversicherten noch stärker finanziell überfordert.

Die Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung sollen auch im Bereich der Kieferorthopädie die Möglichkeit erhalten die Richtlinien in geeigneten Abständen überprüfen zu können. Demnach sollte der Gemeinsame Bundesausschuss in regelmäßigen Abständen eine Überprüfung des Nutzens hinsichtlich der notwendig ausreichend und wirtschaftlichen Versorgung in der Kieferorthopädie durchführen können und somit immer auch die neusten wissenschaftlichen Erkenntnisse für den gesetzlich Krankenversicherten erarbeiten. Aufgrund der aktuellen Forderungen des Bundesrechnungshofes zur fehlenden Nutzenbewertung, sollte auch eine Frist eingeführt werden. Das

Bundesministerium für Gesundheit kann nach Fristablauf eine Institution beauftragen, welches die kieferorthopädischen Richtlinien nach den allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards überprüft.

### **C     Änderungsvorschlag**

In § 29 Abs. 4 Satz 2 werden folgende Sätze 3 und 4 angefügt:

„Satz 3: Inhalt und Umfang der kieferorthopädischen Versorgung ist in geeigneten Zeitabständen zu überprüfen und an die zahnmedizinische Entwicklung anzupassen.

Satz 4: Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Maßnahmen in Satz 3 bis zum 31.12.2021 umzusetzen. 5Das Bundesministerium für Gesundheit kann nach Fristablauf eine Institution zur Überprüfung der kieferorthopädischen Versorgung beauftragen.“

Streichung des neuen Absatzes 5.

## **Nr. 14 § 31a SGB V Rechtsbereinigung beim Umsetzungsdatum des Medikationsplans**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Streichung des Datums „ab dem 1. Oktober 2016“.

### **B Stellungnahme**

Weil der papierene Medikationsplan bereits umgesetzt wurde, ist die Rechtsbereinigung nachvollziehbar.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Nr. 15 § 33 SGB V Korrektur eines Verweisfehlers der Mehrkostenregelung Intraokularlinse**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

### **B Stellungnahme**

Keine

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Nr. 16 §35 a SGB V Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Zukünftig sollen G-BA-Beschlüsse innerhalb eines Monats auch in englischer Sprache zur Verfügung stehen.

### **B Stellungnahme**

Die Regelung wird begrüßt. Dies fördert den fachlichen internationalen Austausch.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## Nr. 17 § 37b SGB V Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Es erfolgte die Bereinigung einer bereits verstrichenen Frist.

### **B Stellungnahme**

Die Bereinigung ist redaktioneller Natur.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## Nr. 18 § 39 SGB V Krankenhaus

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Durch Änderung des Absatz 1a wird die Zuständigkeit des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums nach § 89a für die Rahmenvereinbarung zum Entlassmanagement geregelt.

### **B Stellungnahme**

Bisher war der Konfliktmechanismus das Schiedsamt nach § 89 Abs. 4, welches um Vertreter der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft in jeweils gleicher Zahl erweitert wurde und mit einfacher Stimmenmehrheit beschloss.

Es handelt sich um eine Folgeänderung infolge der Überarbeitung des § 89 SGB V und die Einführung des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums nach § 89a SGB V.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## Nr. 19 § 39a SGB V Stationäre und ambulante Hospizleistungen

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Es erfolgte die Bereinigung einer bereits verstrichenen Frist.

### **B Stellungnahme**

Die Bereinigung ist redaktioneller Natur.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## Nr. 20 § 39b SGB V Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkasse

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Es erfolgte die Bereinigung einer bereits verstrichenen Frist.

### **B Stellungnahme**

Die Bereinigung ist redaktioneller Natur.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Nr. 21 § 40 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Schiedsstellen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

- a) In § 40 Abs. 2 Satz 4 zweiter Halbsatz werden die Wörter „Bundesschiedsamt entsprechend § 118a Absatz 2 Satz 2 ist das Bundesschiedsamt“ durch die Wörter „sektorenübergreifenden Schiedsgremiums gemäß § 89a ist das sektorenübergreifende Schiedsgremium“ ersetzt und die Wörter „um Vertreter“ durch die Wörter „mit Vertretern“ ersetzt und das Wort „erweitern“ durch das Wort „besetzen“ ersetzt.
- b) Absatz 3 Satz 8 wird folgender Satz aufgehoben „Die Krankenkasse berichtet ihrer Aufsichtsbehörde jährlich über Fälle nach Satz 6“.

### **B Stellungnahme**

- a) Die Anpassung des § 40 Abs. 2 Satz 4 zweiter Halbsatz wird als unkritisch angesehen.
- b) Die Streichung des § 40 Abs. 3 Satz 8 wird begrüßt.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## Nr. 22 § 44 SGB V Krankengeld

### A Beabsichtigte Neuregelung

a) Es wird klargestellt, dass hauptberuflich Selbstständige die Möglichkeit zur Wahl eines Krankengeldanspruches haben und zwar unabhängig davon, ob sie nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V nachrangig pflichtversichert oder freiwilliges Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung sind.

b) Um die Möglichkeit einer missbräuchlichen Gestaltung des Krankengeldanspruches je nach voraussichtlicher Leistungsanspruchnahme auszuschließen, wird klargestellt, dass für einen Zeitraum, in dem bereits eine Arbeitsunfähigkeit besteht, keine Wahlerklärung zur Absicherung des Krankengeldanspruches wirksam abgegeben werden kann.

### B Stellungnahme

Die beabsichtigten Neuregelungen zu a) und b) werden befürwortet.

#### Zu a)

Im Zusammenhang mit der Einführung des Krankengeldausschlusses für Versicherungspflichtige nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde in der Gesetzesbegründung ausgeführt, dass hauptberuflich Selbstständige, bezogen auf den Krankengeldwahltarif als zum damaligen Zeitpunkt einzige Option der Krankengeldabsicherung, nicht vom Krankengeldanspruch ausgeschlossen sein sollen. Die nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V Pflichtversicherten sind nach der Gesetzesbegründung zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz hingegen deshalb vom Krankengeldanspruch ausgeschlossen, weil ein Krankengeldanspruch für sie als nicht erforderlich angesehen wurde, da es sich überwiegend um Personen handelt, denen bei Arbeitsunfähigkeit kein Arbeitsentgelt entgeht (BT-Drs. 16/3100, S. 107). Der Personengruppe der nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V pflichtversicherten hauptberuflich Selbstständigen, denen bei Arbeitsunfähigkeit zuvor erzieltes, beitragspflichtiges Arbeitseinkommen entgehen kann, wollte der Gesetzgeber die Wahlmöglichkeit eines Krankengeldanspruches jedoch nicht verweigern.

Mit der Regelung wird auch der Lebenswirklichkeit der nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V pflichtversicherten hauptberuflich Selbstständigen Rechnung getragen, bei denen gleichermaßen Arbeitseinkommen bei Arbeitsunfähigkeit ausfallen kann und insofern wird eine Gleichbehandlung der in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten hauptberuflich Selbstständigen gewährleistet.

Die Erweiterung der Wahlmöglichkeit auf die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherten hauptberuflich Selbstständigen ist sachgerecht und stellt sie dem Personenkreis der freiwillig versicherten hauptberuflich Selbstständigen gleich. Den möglichen Mehrausgaben durch Krankengeldzahlungen stehen höhere Beitragseinnahmen aufgrund des anzuwendenden allgemeinen Beitragssatzes ausgleichend gegenüber.

#### Zu b)

Die beabsichtigte Neuregelung sieht vor, dass eine Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 und 3 nicht wirksam für einen Zeitraum abgegeben werden kann, in dem bereits eine Arbeitsunfähigkeit besteht und damit die Möglichkeit einer missbräuchlichen Ge-

staltung des Krankengeldanspruchs je nach voraussichtlicher Leistungsanspruchnahme auszuschließen.

Wäre eine wirksame Abgabe einer Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 und 3 im Falle einer bereits bestehenden Arbeitsunfähigkeit möglich, würde das der gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde liegende Solidaritätsprinzip unterlaufen, da sich Versicherte dann regelmäßig erst mit oder nach Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit für die Abgabe der Wahlerklärung entscheiden würden, um vorherige höhere Beitragsbelastungen zu vermeiden.

Das Krankengeld wäre dann nahezu ausschließlich von der Solidargemeinschaft und gerade nicht auch von den das Krankengeld in Anspruch nehmenden Versicherten finanziert. Das führt zu einer ungerechtfertigten finanziellen Benachteiligung der Beiträger zahlenden Solidargemeinschaft, die auszuschließen ist.

Im Gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene vom 25.08.2009 zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17.07.2009 (BGBl. I, Nr. 43, vom 22. Juli 2009, ab S. 1990) wurde dazu Folgendes vereinbart:

„Ist das Mitglied zum Zeitpunkt der Abgabe der Wahlerklärung arbeitsunfähig oder tritt die Arbeitsunfähigkeit zwischen dem Tag der Abgabe und des Wirksamwerdens der Wahlerklärung ein, wirkt die Wahlerklärung erst zu dem Tag, der auf das Ende dieser Arbeitsunfähigkeit folgt, frühestens jedoch zum Beginn des auf den Eingang der Wahlerklärung folgenden Monats. Tritt am Tag des Wirksamwerdens der Wahlerklärung Arbeitsunfähigkeit ein, besteht ein Anspruch auf Krankengeld.“

Damit entspricht dieser Vorschlag der bisher schon umgesetzten Verfahrensweise in der Praxis und schafft Rechtssicherheit.

Zur Vermeidung des Missbrauchs der Krankengeldoption sollte auch der Krankengeldanspruch ausgeschlossen werden, wenn eine Erkrankung, die zur Arbeitsunfähigkeit führt, bei Abgabe der Wahlerklärung bereits diagnostiziert war. Der nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V wahlberechtigte Personenkreis kann nämlich nach der Diagnostik einer Erkrankung die ärztliche Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit unmittelbar beeinflussen. Es besteht die Möglichkeit, zunächst die Krankengeldoption zu wählen und Arbeitsunfähigkeit erst nach dem Wirksamwerden der Wahlerklärung ärztlich feststellen zu lassen.

Ein solcher Leistungsmissbrauch kann nicht dem Willen des Gesetzgebers entsprechen. Auch aus Gleichbehandlungsgründen ist ein Ausschluss des Krankengeldanspruchs für bei Abgabe der Wahlerklärung bereits diagnostizierte Erkrankungen angezeigt, denn andere krankengeldberechtigte Mitglieder haben nicht die Möglichkeit, ihre Versicherungsrisiken nur im „Bedarfsfall“ abzusichern.

Somit muss in der Gesetzesbegründung zusätzlich ein klarstellender Hinweis dahingehend aufgenommen werden, dass „zum Zeitpunkt einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit“ nicht allein die Attestierung einer Arbeitsunfähigkeit zu verstehen ist.

## **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## Nr. 23 § 46 SGB V Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld

### A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung soll sichergestellt werden, dass Versicherten, deren Mitgliedschaft mit Anspruch auf Krankengeld vom lückenlosen Bestand des Anspruchs auf Krankengeld abhängig ist, bei verspäteter Feststellung einer Folgearbeitsunfähigkeitsbescheinigung das Versicherungsverhältnis und der Anspruch auf Krankengeld nicht dauerhaft entfallen und sie das Krankengeld nach dem Zeitraum der „Lücke“ weiter erhalten können.

### B Stellungnahme

Nach § 46 Satz 1 SGB V entsteht der Anspruch auf Krankengeld bei Krankenhausbehandlung oder Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung von ihrem Beginn an; im Übrigen von dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit an. Der Anspruch auf Krankengeld bleibt jeweils bis zu dem Tag bestehen, an dem die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit ärztlich festgestellt wird, wenn diese ärztliche Feststellung spätestens am nächsten Werktag nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit erfolgt; Samstage gelten insoweit nicht als Werktage. Das bedeutet, dass Arbeitsunfähigkeitsfolgebescheinigungen spätestens am nächsten, auf den letzten Tag der zuvor bescheinigten (Erst-) Arbeitsunfähigkeit folgenden Arbeitstag, der ein Werktag ist, ausgestellt werden müssen, um einen nahtlosen Bezug von Krankengeld sicher zu gewährleisten.

Wird die Folgebescheinigung verspätet ausgestellt, hat dies in Abhängigkeit vom versicherungsrechtlichen Status unterschiedliche Auswirkungen.

Während bei Personen, deren Beschäftigungsverhältnis auch während der Arbeitsunfähigkeit weiter besteht, der Anspruch auf Krankengeld mit dem Tag der ärztlichen Feststellung der weiteren Arbeitsunfähigkeit wieder auflebt, weil auch zu diesem Zeitpunkt eine versicherungspflichtige Mitgliedschaft mit Anspruch auf Krankengeld besteht und das Krankengeld damit nur für die Tage, die die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt zu spät aufgesucht wurde, entfällt, sieht die bisherige Rechtslage bei den nach § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V versicherten Personen (z.B. gekündigten Arbeitnehmer/innen, Arbeitslosen) einen Wegfall des Versicherungsschutzes vor, wenn die Arbeitsunfähigkeit nicht lückenlos nachgewiesen wird. Die Konsequenz des Wegfalles bedeutet in der Regel, dass für den/die Versicherte bei weiterbestehender Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankengeld mehr besteht.

Mit der beabsichtigten Neuregelung soll erreicht werden, dass Versicherte, deren weitere Arbeitsunfähigkeit verspätet festgestellt wurde, nicht aus der Mitgliedschaft in der Krankenversicherung ausscheiden und deren Anspruch auf Krankengeld dadurch nicht dauerhaft entfällt, sondern lediglich für die Dauer der Feststellungslücke ruht. Damit wird eine Gleichbehandlung aller Versicherten im Krankengeldbezug erreicht und weitere Klageverfahren können vermieden werden.

Die Änderung wird begrüßt.

Allerdings ist der Wortlaut der vorgeschlagenen beabsichtigten Neuregelung nicht eindeutig und klar formuliert, um der o.g. Intention gerecht zu werden und muss konkretisiert werden.

Die bisherige Formulierung zielt auf den Nachweis und nicht auf die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit ab. Die Wirkung einer verspäteten Vorlage der Arbeitsunfähigkeit

nach § 49 Absatz 1 Nr. 5 SGB V soll aber gerade nicht von der Neuregelung betroffen sein. Hierfür ist für alle Krankengeldbezieher ein Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld vorgesehen, solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet ist. Dies gilt nicht, wenn die Meldung innerhalb einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit erfolgt.

Vielmehr geht es bei der Neuregelung um die verspätete Feststellung der Arbeitsunfähigkeit mit den oben beschriebenen Konsequenzen. Dies sollte im Gesetzestext auch klar so formuliert sein.

### **C      Änderungsvorschlag**

Nach § 46 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Für Versicherte, deren Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nummer 2 vom Bestand des Anspruchs auf Krankengeld abhängig ist, bleibt der Anspruch auf Krankengeld auch bestehen, wenn die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit verspätet festgestellt wird; für die Dauer der Feststellungslücke gilt § 49 Absatz 1 Nummer 8 n.F. entsprechend.“

In § 49 Abs. 1 Nr. 7 wird der Punkt am Satzende durch ein Komma ersetzt und folgende neue Nr. 8 eingefügt:

„solange die Arbeitsunfähigkeit nicht rechtzeitig festgestellt wurde.“

## Nr. 24 § 49 SGB V Ruhen des Krankengeldes

### A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung wird sichergestellt, dass der Bezug von Verletztengeld der gesetzlichen Unfallversicherung rechtssicher bei der Feststellung der Leistungsdauer des Krankengeldes berücksichtigt wird.

### B Stellungnahme

Die Vorschrift zur Dauer des Krankengeldes (§ 48 SGB V) will sicherstellen, dass die gesetzliche Krankengeld-Höchstanspruchsdauer von 78 Wochen sowohl bei identischen Krankheiten als auch bei wechselnden Krankheitsbildern nicht überschritten wird und Krankengeld nicht den Charakter einer rentenähnlichen Dauerleistung erhält. Auch der Hinzutritt einer unfallunabhängigen Krankheit zu einer unfallbedingten Erkrankung wird nach Auffassung des BSG zu Recht als "Hinzutreten einer Krankheit" zu einer anderen während einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit im Sinne des § 48 Abs. 1 Satz 2 SGB V bewertet.

Diese Rechtsfolge ist seit dem In-Kraft-Treten des Verwaltungsvereinfachungsgesetzes vom 21.03.2005 (BGBl I S. 818) beim Zusammentreffen unfallbedingter und unfallunabhängiger Erkrankungen allerdings nicht mehr gewährleistet. Die „kurzfristigen“ Entgeltersatzleistungen Verletztengeld und Krankengeld können sich nunmehr zu einer Gesamtdauer von mehr als drei Jahren kumulieren. Zeitrenten hingegen werden in der Regel für einen Zeitraum von zwei Jahren zugebilligt.

Die jetzt (wieder) vorgesehene Nennung des Verletztengeldbezuges als Ruhenstatbestand für den Krankengeldanspruch wird unterstützt.

Um sicher zu stellen, dass die Ausschlussregelung nach § 11 Abs. 5 SGB V die Wirkung der (neuen) Ruhensregelung nach § 49 Abs. 1 Nr. 3a SGB V hinsichtlich der Dauer des Anspruchs auf Krankengeld nach § 48 SGB V nicht aufhebt, sollte zusätzlich eine Ergänzung in § 48 SGB V dahingehend erfolgen, dass hierfür die Ruhensregelung maßgeblich ist.

### C Änderungsvorschlag

Neben der beabsichtigten Neuregelung in § 49 Abs. 1 Nr. 3a soll in

§ 48 Absatz 3 nach Satz 2 ein neuer Satz 3 eingefügt werden:

„ Satz 2 gilt nicht für Zeiten, in denen Krankengeld aufgrund des Bezugs von Verletztengeld ruht.“

## Nr. 25 § 50 SGB V Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes

### A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Folgeregelungen zur Neuregelung der Hinzuverdienstmöglichkeiten bei gleichzeitigem Bezug einer Teil- oder Vollrente wegen Alters durch das Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz) vom 8. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2838).

a) Mit der Neuregelung wird ausgehend von einer typisierenden Betrachtung bei Versicherten, die die Regelaltersgrenze nach § 35 Satz 1 Nummer 1 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch erreicht haben, die Abgrenzung der Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung von der gesetzlichen Rentenversicherung dadurch gewährleistet, dass der Krankengeldanspruch dann nicht ausgeschlossen ist, wenn statt der beanpruchbaren Altersvollrente eine Altersteilrente bis zur Höhe von zwei Dritteln der Altersvollrente gewählt wird.

b) Die Regelung sieht vor, dass bei einer durch das Flexirentengesetz möglich gewordenen rückwirkenden Aufhebung einer Vollrente wegen Alters aufgrund des Überschreitens der Hinzuverdienstgrenze rückwirkend kein Anspruch auf Krankengeld und in der Folge auch keine Pflicht zur Entrichtung von Beiträgen nach dem allgemeinen Beitragssatz entsteht.

### B Stellungnahme

Die vorgesehenen Regelungen werden begrüßt.

Zu a)

Mit dem Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz) vom 8. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2838) ist den Anspruchsberechtigten einer Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung seit dem 1. Juli 2017 die Möglichkeit eröffnet worden, statt der Altersvollrente eine Teilrente mindestens in Höhe von 10 Prozent der Vollrente bis hin zu 99 Prozent der Vollrente zu wählen. Nach der bis zum 30. Juni 2017 geltenden Rechtslage konnte eine Rente wegen Alters als Teilrente maximal bis zu zwei Dritteln der Vollrente in Anspruch genommen werden.

Somit besteht seit dem 1. Juli 2017 die Möglichkeit, durch Verzicht auf einen beliebig kleinen Teil des Rentenanspruchs die Altersvollrente in eine Teilrente umzuwandeln und damit einen Anspruch auf die zusätzliche Entgeltersatzleistung Krankengeld zu generieren. Eine derartige Kumulation von Entgeltersatzleistungen entspricht jedoch nicht der Systematik des Sozialgesetzbuchs und war vom Gesetzgeber auch nicht intendiert. Erforderlich ist deshalb die Festlegung eines Höchstbetrages, bis zu dem neben dem Bezug einer Altersteilrente ein Krankengeldanspruch bestehen kann.

Mit der Neuregelung wird die bis zum 30. Juni 2017 geltende Rechtslage wiederhergestellt.

Zu b)

Durch die neu geschaffene Möglichkeit eines rückwirkenden Wechsels von einer Voll- in eine Teilrente oder von einer Teil- in eine Vollrente ergeben sich Auswirkungen auf den Krankengeldanspruch sowie die Beitragspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Wird eine Rente wegen Alters als Vollrente gezahlt, ist vom Beginn der Vollrente an der Krankengeldanspruch nach § 50 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V ausgeschlossen. Wird infolge des Überschreitens der Hinzuverdienstgrenze des neuen § 34 Absatz 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) die Vollrente rückwirkend in eine Teilrente abgeändert oder entfällt der Altersrentenanspruch rückwirkend komplett, entsteht damit nach bisheriger Rechtslage auch rückwirkend ein Anspruch auf Krankengeld und anstelle des ermäßigten Beitragssatzes nach § 243 SGB V ist rückwirkend auch der allgemeine Beitragssatz nach § 241 SGB V zu entrichten.

Dies führt zu einem erheblichen finanziellen und administrativen Aufwand für Versicherte, Krankenkassen und Arbeitgeber. Arbeitgeber müssen bereits abgeschlossene Entgeltabrechnungszeiträume nachträglich korrigieren. Versicherte sind einerseits (ebenso wie Arbeitgeber) mit Beitragsnachforderungen der Krankenkasse konfrontiert und müssen andererseits nachträglich Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für teils weit in der Vergangenheit liegende Zeiträume vorlegen, um einen Krankengeldanspruch überhaupt realisieren zu können. Letzteres begegnet besonderen Schwierigkeiten, da über die gegenüber dem Arbeitgeber bestehenden Nachweispflichten nach § 5 des Entgeltfortzahlungsgesetzes hinaus wegen § 50 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V der Krankenkasse keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorzulegen ist.

In typisierender Betrachtung ist festzustellen, dass ein eventueller nachträglicher Krankengeldanspruch, der ohnehin nur in einer geringen Zahl von Fällen entstehen und aufgrund der Dokumentationsanforderungen in noch weniger Fällen zu realisieren sein dürfte, die erhebliche Belastung nicht rechtfertigt, die mit einer Rückwirkung für die Gesamtheit der Betroffenen einherginge.

Um diese nachträgliche Belastung der Versicherten zu vermeiden, wird geregelt, dass bei einer rückwirkenden Aufhebung einer Vollrente wegen Alters wegen des Überschreitens der Hinzuverdienstgrenze rückwirkend kein Anspruch auf Krankengeld und in der Folge auch keine Pflicht zur Entrichtung von Beiträgen nach dem allgemeinen Beitragssatz entsteht. Damit werden die dargestellten, mit einem rückwirkenden Wechsel von einer Voll- in eine Teilrente wegen Alters sowie die mit einem rückwirkenden Entfall des Altersrentenanspruchs einhergehenden Probleme vermieden.

## **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## Nr. 26 § 51 SGB V Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

### A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine weitere Folgeregelung durch das Flexirentengesetz.

Versicherten, die eine Teilrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, kann die Krankenkasse eine Frist von vier Wochen setzen, innerhalb der sie einen Antrag bei der Rentenversicherung zur Überprüfung des Hinzuverdienstes zu stellen haben.

### B Stellungnahme

Die Regelung wird befürwortet. Mit der Regelung können längere Zeiträume mit Erstattungsansprüchen und Rückabwicklungen zwischen Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern vermieden und administrativer Aufwand für Arbeitgeber sowie Mehrkosten für die Krankenkassen vermindert werden.

Wird eine Rente wegen Alters unter Berücksichtigung des Hinzuverdienstes als Teilrente gezahlt, besteht ein Anspruch auf Krankengeld. Ist entgegen der vorherigen Prognose die für eine Vollrente geltende Hinzuverdienstgrenze nicht überschritten worden, wird rückwirkend die Teilrente in eine Vollrente abgeändert. Damit entfällt ebenso rückwirkend ab dem Beginn der Vollrente der Anspruch auf Krankengeld.

Ist neben der Teilrente eine Arbeitsunfähigkeit eingetreten, wegen der von der Krankenkasse Krankengeld zu gewähren ist, ergibt sich aufgrund des, mit dem rückwirkend eingetretenen Vollrentenanspruch ebenfalls rückwirkend entfallenden Krankengeldanspruchs für die Krankenkasse ein Erstattungsanspruch, der regelmäßig aus der Rentennachzahlung (teilweise) beglichen wird. Der die Rente überschießende Krankengeldbetrag verbleibt jedoch bei den Versicherten, da er von der Krankenkasse nicht mehr zurückgefordert werden kann (§ 50 Absatz 1 Satz 2 SGB V a.F.).

Diese Fallgestaltungen treten praktisch häufiger im Zusammenhang von Rente und Hinzuverdienst auf, weil nach § 34 Abs. 3b Satz 1 SGB VI bei der Beurteilung der Rente als Voll- oder Teilrente als Hinzuverdienst nur Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen und vergleichbares Einkommen berücksichtigt wird. Der Bezug von Entgeltersatzleistungen (z.B. Krankengeld) stellt kein vergleichbares Einkommen in diesem Sinne dar, weshalb ein entsprechender Bezug nicht als Hinzuverdienst angerechnet werden darf. Erkrankten Versicherte während des Teilrentenbezugs, ist daher vielfach von einem Wegfall der Teilrente auszugehen bzw. erfolgt regelmäßig eine Nachzahlung einer erhöhten Teilrente.

Nach bisheriger Rechtslage haben die Krankenkassen weiter Krankengeld zu zahlen, wenn der/die Versicherte von seinem/ihrer Recht nach § 34 Absatz 3e SGB VI einen Antrag auf Überprüfung der Altersrente zu stellen, nicht Gebrauch macht, auch wenn bereits absehbar ist, dass die Hinzuverdienstgrenze nicht mehr überschritten wird und damit der Anspruch auf eine Vollrente bestehen müsste, womit dem Grunde nach kein Anspruch auf Krankengeld mehr besteht.

Dies würde dann erst im Rahmen der turnusmäßigen Überprüfung der Rentenhöhe nach § 34 Abs. 3d SGB VI durch den Rentenversicherungsträger zum 01.07. des Folgejahres für das vergangene Kalenderjahr festgestellt werden. Wird dann entgegen der vorherigen Prognose die für eine Vollrente geltende Hinzuverdienstgrenze nicht überschritten, wird rückwirkend die Teilrente in eine Vollrente abgeändert.

Die beabsichtigte Neuregelung berücksichtigt diese Rahmenbedingungen und knüpft an die Regelung des neuen § 34 Absatz 3e SGB VI an. Danach hat der Rentenversicherungsträger bei Hinzuverdienständerungen auf Antrag der Versicherten auch unterjährig eine neue Prognoseentscheidung zu treffen. Im Rahmen pflichtgemäßer Ermessensausübung können Krankenkassen anhand der bei ihnen vorhandenen Daten (im Zusammenhang mit der Krankengeldberechnung vom Arbeitgeber gemeldetes Arbeitsentgelt, Dauer der Arbeitsunfähigkeit beziehungsweise des Krankengeldbezuges) Versicherte zur Stellung eines Antrages nach dem neuen § 34 Absatz 3e SGB VI auffordern, wenn selbst im Falle der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit in der verbleibenden Zeit des Kalenderjahres mit dem durchschnittlichen Hinzuverdienst des laufenden Kalenderjahres die Hinzuverdienstgrenze nach § 34 Absatz 2 SGB VI voraussichtlich nicht mehr überschritten wird.

### **C     Änderungsvorschlag**

Keiner

## Nr. 27 § 55 SGB V Leistungsanspruch beim Zahnersatz

### A Beabsichtigte Neuregelung

Im Bereich der Prothetik sollen die befundbezogenen Festzuschüsse von bisher 50 Prozent auf 60 Prozent erhöht werden. Diese Maßnahme soll zum 01.01.2021 in Kraft treten. In diesem Zusammenhang erfolgt auch eine Anhebung der Bonusregelung auf 70 bzw. 75 Prozent (regelmäßiger Nachweis der zahnärztlichen Untersuchung nach 5 Jahren bzw. 10 Jahren).

Die Erhöhung der befundbezogenen Festzuschüsse erfordert darüber hinaus eine Anpassung der Härtefallregelung bzw. des sogenannten gleitenden Härtefalls. Damit der sich aus der Festzuschusshöhe von 60 Prozent der Kosten der Regelversorgung und dem weiteren Betrag für diejenigen Versicherten, bei denen die Einkommensgrenze für die Härtefallregelung nur geringfügig überschritten wird, deren Gesamtzuschuss nicht die tatsächlichen Kosten der Zahnersatzversorgung übersteigt, wird der zusätzliche Betrag auf 40 Prozent begrenzt.

### B Stellungnahme

Ziel dieser Regelung ist die finanzielle Entlastung des gesetzlich Krankenversicherten und daher zu begrüßen, auch wenn jährliche Mehrkosten in Höhe von € 570 Mio. für die GKV insgesamt zu erwarten sind. Darüber hinaus muss neben dieser Gesetzesinitiative die Begrenzung des Steigerungsfaktors für die gleichartige und andersartige Versorgung geregelt werden, denn die prozentuale Erhöhung betrifft nur die Regelversorgung. Siehe hierzu ein Änderungsvorschlag zu § 87 e Sätze 4 und 5 SGB V über den Zahlungsanspruch bei Mehrkosten.

### C Änderungsvorschlag

Keiner

## Nr. 28 § 57 SGB V Beziehungen zu Zahnärzten und Zahntechnikern

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

In den Absätzen 1 und 2 werden die Sätze 8 und 9 an die neuen Formulierungen in § 89 SGB V (Schiedsamt) entsprechend angepasst.

### **B Stellungnahme**

An den bisherigen Fristen für die jeweiligen Schiedsämter (Zahnärzte/Zahntechnik) ändert sich nichts. Die Anpassung dient dem G-BA, die fristgerechte Bekanntgabe der Festzuschussbeträge im Bundesanzeiger umzusetzen.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Nr. 29 § 64a SGB V Modellvorhaben zur Arzneimittelversorgung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Es handelt sich um eine Änderung zur Vereinheitlichung des Schiedswesens im Zusammenhang mit § 89 SGB V.

### **B Stellungnahme**

Es handelt sich konkret um eine Folgeänderung zur Neufassung von § 89 SGB V.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## Nr. 30 § 64c SGB V Modellvorhaben zum Screening auf 4MRGN

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Es handelt sich um eine Änderung zur Vereinheitlichung des Schiedswesens im Zusammenhang mit § 89a SGB V.

### **B Stellungnahme**

Es handelt sich konkret um eine Folgeänderung zur Neufassung von § 89a SGB V.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## Nr. 31 § 65c SGB V Klinische Krebsregister

### A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht eine Verlängerung der Nachbesserungsfrist zur Erfüllung der Förderkriterien als Voraussetzung der finanziellen Förderung klinischer Krebsregister durch die GKV um ein weiteres Jahr – bis zum 31.12.2019 vor. Die Regelungen zum neuen Schiedsgremium § 89a betreffen die klinischen Krebsregister im Kontext der dreiseitigen Vereinbarung von Meldevergütungen.

### B Stellungnahme

Die Verlängerung ist inhaltlich und zeitlich aufgrund des aktuellen Umsetzungsstandes nachvollziehbar. Aus finanzieller Sicht bedeutet die Anpassung, dass volles Geld für unvollständige Leistungen gezahlt wird. Unbeschadet davon wären beim Thema Krebsregister grundsätzliche Änderungen zu erwirken, weil die gesamte Konstruktion aufwendig, teuer und wenig effizient ist.

Die Regelungen zum neuen Schiedsgremium § 89a sind gegenüber dem Status Quo zu begrüßen. Vgl. Stellungnahme zu Nr. 46 (neues sektorenübergreifendes Schiedsgremium).

### C Änderungsvorschlag

Keiner

## **Nr. 32 § 73 SGB V Konkretisierung des hausärztlichen Versorgungsauftrags**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Das hausärztliche Aufgabenspektrum wird konkretisiert und ergänzt um die verpflichtende Aufgabe der Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins bei einem Facharzt. Für diese koordinative Vermittlung soll gemäß § 87 Absatz 2b Satz 5 (Nr. 40, d, cc) eine Zuschlagsregelung im EBM aufgenommen werden. Gemäß Begründung ist eine Vermittlung dann erforderlich, wenn eine Terminvermittlung über die Terminservicestelle oder eine eigenständige Terminvereinbarung durch Patienten aufgrund der medizinischen Besonderheit des Einzelfalls oder der Dringlichkeit nicht angemessen oder nicht zumutbar ist.

### **B Stellungnahme**

Die Konkretisierung des hausärztlichen Aufgabenspektrums wird begrüßt. Die Aufnahme einer zusätzlichen EBM-Zuschlagsposition wird abgelehnt (siehe dazu auch Nr. 40, d, cc).

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

**Nr.33 § 73b Absatz 5 Satz 3 SGB V Hausarztzentrierte Versorgung****A Beabsichtigte Neuregelung**

Korrektur eines Verweisfehlers. Mit dem Präventionsgesetz vom 17. Juli 2015 wurde der frühere § 20d zu § 20i (Primäre Prävention durch Schutzimpfungen). Die Regelung holt eine bislang versäumte redaktionelle Folgeänderung nach.

**B Stellungnahme**

Die Regelung wird begrüßt.

**C Änderungsvorschlag**

Keiner

## Nr. 34 § 74 SGB V Stufenweise Wiedereingliederung

### A Beabsichtigte Neuregelung

Die Option für Versicherte, bei längerer Erkrankung stufenweise in das Arbeitsleben zurückzukehren, wird gestärkt. Durch die Neuregelung sollen Ärztinnen und Ärzte verpflichtet werden, künftig ab einer bescheinigten Dauer der Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen die Option einer stufenweisen Wiedereingliederung (SWE) regelmäßig zu prüfen. Damit soll gewährleistet werden, dass Versicherte, für die das Verfahren der stufenweisen Wiedereingliederung geeignet ist, auch tatsächlich von einer solchen Maßnahme profitieren können. Näheres zum Verfahren soll durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in seiner Richtlinie nach § 92 SGB V festgelegt werden.

### B Stellungnahme

Eine regelmäßige ärztliche Feststellung, ob eine SWE möglich ist, ist sachgerecht und wird unterstützt. Dennoch wird eine festgeschriebene Prüfung nach sechs Wochen als zu früh und nicht zielführend angesehen, da Ziel und Zweck der Wiedereingliederung für Langzeiterkrankte angedacht ist. Zu bedenken ist, dass eine zeitlich vorgeschriebene Feststellung einer möglichen SWE in noch laufende Therapien oder Behandlungen fallen kann und zu diesem Zeitpunkt damit unnötige Entscheidungen des Arztes erwartet werden. Des Weiteren muss eine SWE nicht immer zur Verkürzung der Krankengeldbezugszeiten führen, sondern kann diese auch verlängern (bis zum SWE-Ende), wenn das voraussichtliche AU-Ende auch kurzfristiger zu erwarten ist.

Die beabsichtigte Neuregelung wird als nicht notwendig erachtet. Die Feststellung einer SWE sollte vom Arzt – so wie heute gängige Praxis – individuell, in Abhängigkeit von der Diagnose und zum geeigneten Zeitpunkt erfolgen.

Im Rahmen der Digitalisierung würde sich anbieten, auch eine elektronische Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten sowie des SWE-Plans an den Arbeitgeber gesetzlich zu regeln. Damit könnte eine SWE schneller und zielgerichteter festgestellt und eingeleitet werden.

### C Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 34 ist zu streichen.

## Nr. 35 § 75 SGB V Erweiterung der Terminservicestellen

### A Beabsichtigte Neuregelung

- a) aa) Bisher umfasste der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen unter anderem die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung. Diese Regelung wird erweitert und umfasst damit zukünftig auch die hausärztliche und die kinder- und jugendärztliche Versorgung. Damit sind künftig ebenfalls für diese Arztgruppen über die Terminservicestelle Termine zu vermitteln.

bb) Der inzwischen obsoleter Umsetzungstermin der Terminservicestellen wird gelöscht. An seine Stelle tritt eine erweiternde Neufassung, nach der ab 1. April 2019 die Terminservicestellen für 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche unter einer bundeseinheitlichen Telefonnummer erreichbar sein müssen. Zusätzlich haben die Kassenärztlichen Vereinigungen im Internet über die Sprechstundenzeiten der Ärzte zu informieren.

cc) und dd) Nach Absatz 1a Satz 3 hatten die Terminservicestellen bisher lediglich den Auftrag, Versicherten bei Vorliegen einer Überweisung zu einem Facharzt innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin zu vermitteln. Bei Augen- und Frauenärzten bedurfte es keiner Überweisung. Dieser Auftrag wird zum einen entsprechend der vorgenommenen Erweiterung um die hausärztliche und kinder- und jugendliche Versorgung auf alle Leistungserbringer ausgeweitet. Ein neu eingefügter Satz 4 regelt, dass es für die Vermittlung von Behandlungsterminen bei Fachärzten (mit Ausnahme bei Augen- und Frauenärzten) weiter einer Überweisung bedarf. Das selbige gilt für Fälle, in denen im Bundesmantelvertrag vorgesehen wird, dass ausnahmsweise auch für einen Behandlungstermin bei einem Haus- oder einem Kinder- und Jugendarzt eine Überweisung erforderlich ist (siehe jj)). Zum anderen haben die Terminservicestellen den Versicherten bei der Suche nach einem Hausarzt zu unterstützen, der sie dauerhaft behandelt und ab dem 1. April 2019 in Akutfällen auch ohne Vorliegen einer Überweisung eine unmittelbare ärztliche Versorgung zu vermitteln, die auf Grundlage einer Priorisierung zu erfolgen hat.

ee) bis ii) Redaktionelle Folgeanpassungen aufgrund der Änderungen nach aa) bis dd)

jj) Satz 10 des Absatz 1a enthält die Regelungsaufträge an die Bundesmantelvertragspartner. Die inzwischen obsoleter Frist zur Umsetzung der bisherigen Aufträge wird gestrichen. Neu hinzu kommt der bereits und cc) bis dd) erwähnte Auftrag, im Bundesmantelvertrag zu regeln, in welchen Fällen es bei der Vermittlung zu einem Haus- oder einem Kinder- und Jugendarzt ausnahmsweise einer Überweisung bedarf. Erforderlich ist dies in Fällen, in denen ein Behandlungstermin bei einem Hausarzt für eine besondere Versorgung vermittelt wird, die einen Fachkundenachweis, eine besondere Praxisausstattung oder andere Anforderungen an die Versorgungsqualität erfordert.

Als Folge der Aufnahme des zusätzlichen Auftrages erfolgen bei den bisherigen Aufträgen Nummerierung- sowie Verweisanpassungen.

kk) Redaktionelle Anpassung des Verweises als Folgeänderung.

ll) Nach Satz 13 gelten die Regelungen zur Terminvermittlung auch für ein Erstgespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde und der sich daraus ergebenden zeitnah erforderlichen Behandlungstermine. Aufgrund des inzwischen in Kraft getretenen Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Absatz 6a Satz 3 (Neufassung Psychotherapie-Richtlinie), wird der Verweis hierauf gestrichen. Zusätzlich erfolgt eine redaktionelle Anpassung der Verweise als Folgeänderung.

mm) Die derzeit fakultativ ausgestaltete Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigungen durch die Kassenärztlichen Bundesvereinigung, indem diese eine Struktur für ein elektronisch gestütztes Wartezeitenmanagement bei der Terminvermittlung anbietet, wird nunmehr verpflichtend.

- b) Folgeänderung zur Änderung des § 89 Absatz 3 Satz 4 bis 6.
- c) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird verpflichtet, zusätzlich zu den bereits in Absatz 7 genannten Richtlinien eine Richtlinie für ein digitales Angebot zur Vermittlung von Behandlungsterminen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 (Vermittlung von Behandlungsterminen bei einem Leistungserbringer innerhalb einer Woche) sowie zur Vermittlung einer unmittelbaren ärztlichen Versorgung in Akutfällen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 aufzustellen. Zusätzlich ist die bereits bestehende Richtlinie zur bundeseinheitlichen Notdienstnummer an die ab 1. April 2019 verfügbare 24/7- Telefonnummer anzupassen.

Die neuen Richtlinien müssen sicherstellen, dass die von Vertragsärzten in Umsetzung der Richtlinienvorgaben genutzten elektronischen Programme von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zugelassen sind. Demnach müssen die Richtlinien Regelungen zur Zertifizierung erforderlicher Praxissoftware zum Terminmanagement enthalten.

## **B Stellungnahme**

- zu a) aa) Erweiterung wird ausdrücklich begrüßt
- zu a) bb) Erweiterung wird ausdrücklich begrüßt
- zu a) cc) und dd) Grundsätzlich ist die Ausweitung der Aufgaben der Terminservice-stelle zu begrüßen.
- zu a) ee) bis ii) Nachvollziehbare Folgeänderungen/ redaktionelle Änderungen
- zu a) jj) Die Regelung wird begrüßt.
- zu a) kk) Nachvollziehbare Folgeänderung
- zu a) ll) Nachvollziehbare Folgeänderung
- zu a) mm) Entstehende Vereinheitlichung durch die Verpflichtung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird als sinnvoll erachtet
- zu b) Nachvollziehbare Folgeänderung
- zu c) Eine durch Richtlinien erreichbare Einheitlichkeit der Vermittlung wird als sinnvoll erachtet.

## **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## Nr. 36 § 75a SGB V Förderung der Weiterbildung

### A Beabsichtigte Neuregelung

Schiedswesen – dreiseitige Vereinbarung zur Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung

- a) Streichung der inzwischen durch die Umsetzung obsolet gewordenen Frist, bis zu der die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft eine Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung zu vereinbaren haben.
- b) Bisher gibt es bei der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung keine Konfliktlösungsmöglichkeit. Um Verzögerungen bei Konfliktfällen zu vermeiden wird geregelt, dass in den Fällen, in denen eine Vereinbarung nicht zustande kommt, künftig das neue sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a entscheidet.

### B Stellungnahme

zu a) Nachvollziehbare Änderung

zu b) Auch wenn die Einrichtung eines Schiedsgremiums im Falle der Vereinbarung zur Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung als nur bedingt notwendig erachtet wird, kann der Verweis auf die Zuständigkeit des neue sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a nachvollzogen werden.

### C Änderungsvorschlag

Keine

## Nr. 37 § 76 SGB V Freie Arztwahl

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Folgeregelung § 75: redaktionelle Korrektur wegen neuer Satzzählung in § 75 - redaktionelle Änderung.

### **B Stellungnahme**

Keine

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## Nr. 39 § 85 SGB V Gesamtvergütung Zahnärzteebereich

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Abschaffung der Degression in der Gesamtvergütung für die vertragszahnärztliche Versorgung

### **B Stellungnahme**

Begründet wird die Abschaffung der Degression für vertragszahnärztliche Leistungen mit der Beseitigung von Hemmnissen bei der Niederlassung in strukturschwachen Gebieten. Diesbezüglich empirisch dargelegte Versorgungsprobleme sind nicht bekannt.

Die Umsetzung weiterer monetärer Anreize in der vertragszahnärztlichen Gesamtvergütung, wie dies in der fachärztlichen Versorgung der Fall ist, wird abgelehnt.

### **C Änderungsvorschlag**

Die im § 85 gesetzlich geregelten Absätze 4b bis 4f sind nicht aufzuheben.

## Nr. 40 Buchstabe a) § 87 Abs. 1c SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

### A Beabsichtigte Neuregelung

Gesetzliche Legitimation für das vertragszahnärztliche Gutachterverfahren

### B Stellungnahme

Die Zielsetzung zur Aufnahme des Absatz 1c bedeutet neben den bereits etablierten MDK Gutachterverfahren die Schaffung einer gesetzlichen Legitimation und jetzt neu, auch für das seit Jahren praktizierte vertragszahnärztliche Gutachterverfahren, welches im Bundesmantelvertrag Zahnärzte beschrieben ist. Dieser Absatz 1c und die damit verbundene sozialdatenschutzrechtliche Begleitregelung zur Verarbeitung notwendiger personenbezogener Daten ist zu befürworten.

Es fehlt allerdings der Bezug zur Prüfung der zweijährigen Gewährleistungspflicht, die für die Krankenkasse zur Leistungsentscheidung elementarer Bestandteil und im § 136a Abs. 4 Satz 3 SGB V SGB V beschrieben ist. Es muss eine Ergänzung im neuen Absatz 1c vorgenommen werden.

### C Änderungsvorschlag

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

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

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

1. bei kieferorthopädischen Maßnahmen,
2. bei der Behandlung von Parodontopathien,
3. bei der Versorgung von Zahnersatz und Zahnkronen, **einschließlich der Prüfung der Gewährleistung nach § 136a Absatz 4 Satz 3,**
4. für implantologische Maßnahmen bei Ausnahmeindikationen gemäß § 28 Absatz 2 Satz 9 abweichend von § 275 Absatz 1, 2 und 3 statt einer gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung eine gutachterliche Stellungnahme im Wege des im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehene Gutachterverfahrens einholen. <sup>2</sup>Das Nähere insbesondere zur Bestellung der Gutachter, Einleitung des Gutachterverfahrens sowie der Begutachtung wird durch die Bundesmantelvertragspartner geregelt. <sup>3</sup>Der behandelnde Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem von der Krankenkasse benannten vertragszahnärztlichen Gutachter die für die gutachterliche Stellungnahme erforderlichen Daten zu übermitteln. <sup>4</sup>Der vertragszahnärztliche Gutachter darf die vom Vertragszahnarzt übermittelten Daten nur zur Erstellung der in Satz 1 genannten gutachterlichen Stellungnahme verarbeiten.
5. Im Übrigen gilt § 275 Absatz 5, § 276 Absatz 1, Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 und § 277 Absatz 1 Sätze 1 bis 3 für das im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehene Gutachterwesen entsprechend.“

## **Nr. 40 b) Buchstabe b § 87 Abs. 2 S. 3 SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die geplante Neuregelung fasst die bisherige Regelung wesentlich genauer und verbindlicher und führt die darauf fußende, bereits in der 288. Sitzung des Bewertungsausschusses festgelegte, wirtschaftliche Anpassung des EBM in eine verbindliche gesetzliche Regelung mit einer fixen zeitlichen Umsetzungsvorgabe.

Nun müssen die wirtschaftlichen Aspekte insbesondere bei medizinisch-technischen Geräten unter der Berücksichtigung der Arztgruppen in bestimmten Zeitabständen aktualisiert werden. Grundlage soll grundsätzlich die Kostenstrukturhebung des Statistischen Bundesamts sein, die noch durch sachgerechte Stichproben von Daten über Einnahmen und Ausgaben ergänzt werden können.

Die erste Neubewertung des EBM soll zum 30.09.2019 erfolgen. Hierbei sind insbesondere die Leistungen mit hohem technischen Leistungsanteil zu berücksichtigen. Dabei soll berücksichtigt werden, dass bei der Erbringung von technischen Leistungen in einem bestimmten Zeitraum die Bewertung ab einem bestimmten Schwellenwert sinkt.

Der Bewertungsausschuss muss hierfür dem BMG zum 31.03.2019 ein Konzept vorlegen.

Die gesetzliche Regelung gilt ab der 1. Lesung.

### **B Stellungnahme**

Die Aufnahme der Regelung ins Gesetz wird begrüßt. Seit der 288. Sitzung des Bewertungsausschusses haben die untergeordneten Gremien versucht im Rahmen der EBM Weiterentwicklung auch die wirtschaftlichen Aspekte bei der Kalkulation, hierbei insbesondere die Berücksichtigung des technischen Leistungsanteils, methodisch neu zu definieren. Erste Analysen des Instituts des Bewertungsausschusses zeigten große Potentiale. Zudem fordert die Kassenseite die Berücksichtigung der Fixkostendegression, die im Entwurf ebenfalls seine Berücksichtigung findet. Ärzte, die eine Vielzahl von Leistungen erbringen, werden kostentechnisch gegenüber anderen Ärzten bevorzugt. Die Kalkulation richtet sich nicht nach dem Anbieter mit der größten Leistungsmenge. Die hier gewonnenen Überschüsse sind nicht geplant und von daher ist es sachgerecht, ab einem gewissen Schwellenwert die Bewertung anzupassen.

Sachgerecht ist es auch, die Einsparungen bei den technischen Leistungen in die „sprechende Medizin“ zu überführen und diese Arztgruppen somit zu stützen, weil diese Leistungen nicht so stark mengenausweitungsfähig sind.

Der Zeitplan ist ambitioniert, wird jedoch unterstützt, weil Vorüberlegungen bereits existieren. Die Umsetzung scheiterte hauptsächlich an der fehlenden Einigungsfähigkeit der beteiligten Bänke mit unterschiedlichen Interessenlagen. Es existieren jedoch auch Aspekte, die bisher methodisch nicht befriedigend gelöst werden konnten.

Es wird zudem der Aspekt begrüßt, dass auch zukünftig regelhaft insbesondere die technischen Leistungen vor dem Hintergrund der rasanten technischen und digitalen Veränderungen auf einer aktualisierten betriebswirtschaftlichen Basis überprüft werden müssen

Um die Umsetzung zu fördern, sollte jedoch der Entwurf in einem Teilaspekt angepasst werden. Der Entwurf geht davon aus, dass „grundsätzlich“ die Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamtes und zusätzliche „sachgerechte Stichproben von Daten über Einnahmen und Aufwendungen“ verwendet werden können. Beide benannten Quellen bilden aber nur unzureichend, z.B. die Zeitaufwände oder andere betriebswirtschaftliche Aspekte wie Gerätepreise/-typen einer Praxis/Arztgruppe ab, die für eine Neukalkulation von Bedeutung sein könnten. Daher sollte die Einengung im Text aufgehoben werden und in diesem Falle die Textierung des bisherigen Paragraphen genutzt werden, der inhaltlich weiter gefasst war.

### **C      Änderungsvorschlag**

Änderung des neuen § 87 Abs. 2 S. 4, 2. Halbsatz:

„... ergänzend können sachgerechte Stichproben von Daten bei vertragsärztlichen Leistungserbringern verwendet werden. ....“

## Nr. 40 c) § 87 Absatz 2a Satz 23 SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

### A Beabsichtigte Neuregelung

Neufassung des Satzes zur EBM-Regelung zu Notfall und Notdienst mit Auftrag zur Regelung der Abrechnungsfähigkeit der Leistungen des Kapitel 1.2 des EBM für alle Leistungserbringer während der Sprechzeiten i.S. von Akutfällen bis zum 01.04.2019

Mit der geplanten Neuregelung zur Anpassung des EBM erfolgt eine Gleichstellung der Vergütung für vertragsärztliche Leistungserbringer und Krankenhäuser in Bezug auf die Abrechnung von Leistungen des Kapitels 1.2. des EBM (u.a. Notfallpauschalen und Schweregradzuschläge) während der Sprechzeiten für Akutfälle und ambulante Notfälle (am Krankenhaus), sofern diese aufgrund der Vermittlung durch die Terminservice-stelle behandelt wurden. D.h., Leistungen des Kapitels 1.2 des EBM sollen nunmehr auch während der Sprechzeiten aufgrund einer Vermittlung durch die Terminservice-stelle von vertragsärztlichen Leistungserbringern und Krankenhäusern extrabudgetär abrechenbar sein.

In seiner Begründung führt der Gesetzgeber weiter aus:

„Mit der Neufassung des § 87 Absatz 2a Satz 23 wird das Ziel verbunden, die Behandlung von Versicherten in Akutfällen während der Sprechstundenzeiten durch vertragsärztliche Leistungserbringer zu fördern und die Notfallambulanzen der Krankenhäuser während dieser Zeiten von Behandlungsfällen zu entlasten, die in den vertragsärztlichen Versorgungsstrukturen versorgt werden können...“

Der AOK-BV bezweifelt, dass dieses Ziel mit einer Gleichstellung und gleichzeitiger Ausdeckelung der Vergütung erreicht wird, weil dadurch Steuerungsanreize entfallen.

Durch den bisherigen Vorwegabzug wurde die Versorgung aus der Morbiditätsbedingte Vergütung (MGV) gezahlt und Finanzmittel wurden für die Versorgung am Krankenhaus benötigt. Die Kassenärztliche Vereinigung (und grundsätzlich auch die Ärzte) haben Interesse, diesen Finanzmittelabfluss an die Krankenhäuser zu verringern. Bei einer extrabudgetären Vergütung fehlt dieser Anreiz. Zwar können die Ärzte nun die Akutfälle extrabudgetär vergütet erhalten, allerdings sind die Notfallpauschalen niedriger vergütet als die Grund-/Versichertenpauschalen. Zudem findet eine Entlastung der MGV statt, wodurch der Arzt selbst ohne weiteres Tun zum Status Quo gewinnt.

Sollte der Gesetzgeber an seinem Vorschlag festhalten, sollte die Regelung auf drei Jahre befristet werden. Erst wenn durch eine Evaluation festgestellt wird, dass die Regelung tatsächlich messbar umsteuert, sollte sie fortgesetzt werden.

### B Stellungnahme

Die Regelung zur Gleichstellung der Vergütung wird begrüßt; ausdrücklich abgelehnt wird jedoch die in der Begründung aufgeführte Finanzierung der Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (vgl. hierzu die Ausführungen zu Nr. 41 a)

**C     Änderungsvorschlag**

Aus der Begründung zu Nr. 40 zu Buchstabe c werden die Sätze 6 und 7 ersatzlos gestrichen und folgende Satz angefügt:

„Die Regelung in §87b Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend für Akutfälle“.

## Nr. 40 d) § 87 Absatz 2b SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

### A Beabsichtigte Neuregelung

- Neustrukturierung des Absatzes;
- Einzelleistungen oder Leistungskomplexe im EBM auch für Leistungen für die erfolgreiche Terminvermittlung durch einen Hausarzt einschl. der Aufnahme eines Zuschlages in den EBM;
- Eine ergänzende verbindliche Regelung zur leistungsgerechteren Vergütung von Neupatienten

Zu aa)

Neustrukturierung des Absatzes zur besseren Übersichtlichkeit und Lesbarkeit und Ergänzung des Umfangs der hausärztlichen Versorgung, um Leistungen für die erfolgreiche Vermittlung sowie einer ergänzenden verbindlichen Regelung zur leistungsgerechteren Vergütung von Neupatienten bis zum 01.04.2019

Zu bb)

Neben einer Neustrukturierung des Absatzes zur Verbesserung der Übersichtlichkeit und Lesbarkeit ist bis zum 01.04.2019 eine Regelung in den EBM aufzunehmen, welche eine bessere und leistungsgerechtere Vergütung für Neupatienten aufgrund des grundsätzlichen Mehraufwandes bei Neuaufnahme gewährleistet. Eine Präzisierung der Definition „Neupatienten“ ist der Begründung zu entnehmen. Unter Neupatienten sind Patienten zu verstehen, welche erstmalig überhaupt oder aufgrund seines Umzugs in der jeweiligen Arztpraxis erstmalig behandelt werden. Weiterhin fallen unter die Definition Patienten, welche wegen einer neu aufgetretenen Krankheit in einer bereits von ihnen aufgesuchten Arztpraxis behandelt werden. Ferner können soweit medizinisch-fachlich geboten, auch Patienten subsumiert werden, welche länger als ein Jahr (z.B. 2 Jahre) nicht in der Praxis behandelt wurden.

Zu cc)

Zur Förderung einer erfolgreichen Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 ist durch den Bewertungsausschuss Ärzte bis zum 01. April 2019 eine Zuschlagsregelung im EBM aufzunehmen. Sofern bis zum Stichtag keine Regelung existiert ist ein Betrag in Höhe von 2 EURO je erfolgreicher Vermittlung abrechenbar.

### B Stellungnahme

Zu aa)

Der bisherige Absatz wird lesbarer dargestellt. Zur Hervorhebung der neuen Aufgabe werden zusätzlich die in §73 Abs. 1 S.2 Nr.2 SGB V normierten Leistungen zur Terminvermittlung aufgenommen. Damit wird der Auftrag klar umschrieben.

Zu bb)

Die nunmehr verbindliche Vorgabe zur Regelung einer aufwandsgerechteren Vergütung für Neupatienten wird grundsätzlich begrüßt. Bürokratische Herausforderungen lassen sich insbesondere in der Definition und Abgrenzung der Neupatienten vermuten. Auf eine pragmatische und umsetzungsfähige Lösung ist hinzuwirken.

Insofern ist unter den Begriff des Neupatienten grundsätzlich auf eine Subsumierung der neu aufgetretenen Erkrankungen zu verzichten. In der hausärztlichen Arztpraxis behandelte Patienten sind i.d.R. langjährig bekannt. Ein grundsätzlicher Mehraufwand für bereits bekannte Patienten, bei welchen eine neue bzw. Folgeerkrankung auftritt wird im Gegensatz zu erstmalig in der Arztpraxis behandelte Patienten nicht gesehen. Besondere Personengruppen, wie Ältere oder Chroniker, bei denen vermehrt mit neuen Erkrankungsbildern zu rechnen ist, werden bereits im EBM durch erhöhte Pauschalen oder Zuschlagspositionen berücksichtigt.

Ferner sollte vor dem Hintergrund einer zeitnahen und weniger bürokratielastigen Umsetzung eine Konkretisierung in der Begründung dahin gehend erfolgen, dass Patienten, welche länger als vier Jahre nicht die Arztpraxis aufgesucht haben, Neupatienten gleichzustellen sind.

Es ist deutlich hervorzuheben, dass eine monetäre Privilegierung nur für den ersten Kontakt bzw. das erste Quartal gilt.

Zu cc)

Die Förderung einer erfolgreichen Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 ist grundsätzlich nachvollziehbar. Eine extrabudgetäre Vergütung ist nicht notwendig, da die Vermittlung eines Behandlungstermins durch einen Hausarzt bereits heute ein grundsätzlicher Bestandteil seiner koordinativen Aufgaben und folglich im Rahmen der zu leistenden Gesamtvergütung durch die gesetzlichen Krankenkassen ausfinanziert ist.

## **C Änderungsvorschlag**

Zu aa)

Keiner

Zu bb)

In Satz 4 der Begründung zu Nr. 40, Buchstabe d), zu Doppelbuchstabe bb) werden die Worte „zum anderen aber auch Patientinnen und Patienten, die wegen einer neu aufgetretenen Krankheit in einer bereits von ihnen aufgesuchten Arztpraxis ärztlich behandelt werden und somit keine begonnene Behandlung einer bereits bestehenden Krankheit fortgesetzt wird“ gestrichen.

Satz 5 der Begründung zu Nr. 40, Buchstabe d), zu Doppelbuchstabe bb) wird wie folgt geändert:

„Unter dem Fall des Neupatienten können unter Berücksichtigung der von den Selbstverwaltungspartnern gefassten Definition „Krankheitsfall“ in § 21 Absatz 1 des Bundesmantelvertrag-Ärzte Patienten subsumiert werden, die länger als vier Jahre nicht in der Praxis behandelt wurden.“

Zu cc)

Keiner

## **Nr. 40 e) § 87 Absatz 2c SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Neben einer Neustrukturierung des Absatzes zur Verbesserung der Übersichtlichkeit und Lesbarkeit ist analog zu Nr. 40 d, bb) bis zum 01.04.2019 eine Regelung in den EBM aufzunehmen, welche eine bessere und leistungsgerechtere Vergütung für Neupatienten aufgrund des grundsätzlichen Mehraufwandes bei Neuaufnahme gewährleistet. Eine Präzisierung der Definition „Neupatienten“ ist in der Begründung als Verweis zu Nr. 40 d, bb) zu entnehmen.

### **B Stellungnahme**

Es wird auf die Ausführungen Nr. 40 d, bb) verwiesen. Die Möglichkeit des Bewertungsausschusses für einzelne Facharztgruppen keine Differenzierung der Grundpauschalen nach Neupatienten vorzunehmen wird ausdrücklich begrüßt. Bereits heute schon ist für ausgewählte Facharztgruppen charakteristisch, dass diese grundsätzlich nur neue Patienten versorgen, da kein bestehender Patientenstamm vorliegen kann.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

**Nr. 40 f) § 87 Absatz 2d SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte**

**A Beabsichtigte Neuregelung**

Redaktionelle Anpassung; Streichung einer Doppelung.

**B Stellungnahme**

Keine

**C Änderungsvorschlag**

Keiner

**Nr. 40 g) § 87 Absatz 2g SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte**

**A Beabsichtigte Neuregelung**

Redaktionelle Anpassung; Neunummerierung durch Streichung eines nicht besetzten Absatzes 2f.

**B Stellungnahme**

Keine

**C Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Nr. 40 h) § 87 Absatz 2g (neu) SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte - Offene Sprechstunde**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Drei Monate nachdem im BMV-Ä die Detailregelungen zur offenen Sprechstunde nach § 19a Zulassungsverordnung (Erhöhung der Sprechstunden von 20 auf mindestens 25 Stunden; davon mindestens fünf als offene Sprechstunden ohne Terminvereinbarung) vereinbart wurden (bis zum 31. März 2019), sind für die Abrechenbarkeit der Versichertenpauschalen nach § 87 (2b) und Grundpauschalen nach § 87 (2c) die Voraussetzungen im EBM zu schaffen. Somit gilt als Stichtag der 30. Juni 2019.

Voraussetzung ist, dass bei einem vollen Versorgungsauftrag der Arzt mindestens Leistungen im Umfang von 20 Stunden in der Woche nachweisen kann und dass eine Überweisung vorliegt. Dies soll sicherstellen, dass die offene Sprechstunde der Versorgung medizinisch notwendiger Behandlungsfälle dient. Ausgenommen vom Überweisungsvorbehalt sind Augenärzte und Frauenärzte.

Überprüft werden soll die Abgabe der Leistungen in einer offenen Sprechstunde durch die Angabe der Uhrzeit.

### **B Stellungnahme**

Die Einführung der offenen Sprechstunde für Patienten mit Überweisungsschein bei Arztgruppen der Grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung wird grundsätzlich begrüßt, ist aus Sicht des AOK-BV aber keine zwingende Notwendigkeit. Die Möglichkeit der Erreichbarkeit von Ärzten, insbesondere der Grundversorgenden Patientenversorgung, durch Versicherte ohne vorherige Terminvereinbarung sollte bereits heute eine Selbstverständlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung darstellen und mit den jährlich ca. 37 Milliarden Euro, die die Gesetzliche Krankenversicherung für die ambulante ärztliche Versorgung bezahlt, auskömmlich gegenfinanziert sein.

Darüber hinaus wirkt die Förderung, vor dem Hintergrund, dass eine Vielzahl an Ärzten bereits aktuell mehr als 20 Stunden pro Woche Sprechstunden anbietet, tendenziell als reiner Mitnahmeeffekt ohne reale Steuerungswirkung. Mithin birgt es das Risiko, dass sämtliche Versicherten- und Grundpauschalen ab dem Erreichen eines Schwellenwerts extrabudgetär zu vergüten sind. Offene Sprechstunden werden somit ggf. gezielt vergütungsanreizorientiert eingesetzt.

Zwar wird auch in Großstädten tendenziell über Versorgungsengpässe geklagt, obgleich nach den Planungen genügend Ärzte niedergelassen sein sollten, Probleme sind aber eher in strukturell schwachen Gebieten zu beklagen. Hier werden die Ärzte jedoch bereits heute lange Sprechstundenzeiten anbieten und es ist sicherlich richtig, über eine gesonderte Vergütung als Anreiz dieses Angebot aufrecht zu erhalten, nachzudenken. Die geplante Honorierung wird aber ohne Berücksichtigung der Auslastung in den Planungsbereichen ausgeschüttet. Lenkungsmechanismen und Anreize für Ärzte sich in ländlichen Gebieten niederzulassen werden damit konterkariert.

Die gesonderte Vergütung greift erst, wenn der Arzt nachweist, dass er neben der offenen Sprechstunde Leistungen im Umfang von 20 Stunden erbracht hat. Die reine Angabe von Sprechstundenzeiten reicht nicht. Damit muss die KV vor Ausschüttung der Honorare je Einzelfall die Zeiten je Woche überprüfen. Das korrespondiert mit den neuen Vorgaben aus dem § 95 Absatz 3 SGB V und ist zu begrüßen. Das bedeutet

aber auch, dass wöchentlich die Bewertung der Versicherten und Grundpauschalen durch den Wechsel von budgetär zu extrabudgetär wechseln kann. Zudem kommt die Überprüfung der Uhrzeit hinzu. Eine Prüfung wird somit aufwändig sein.

### **C     Änderungsvorschlag**

In Satz 4 der Begründung zu Nr. 40, Buchstabe h) werden die Worte „extrabudgetären Vergütung für“ im 2. Absatz gestrichen.

## **Nr. 40 i) § 87 Absatz 3b SGB V Änderungen zum Institut des Bewertungsausschusses (InBA)**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

In Absatz 3b werden die Sätze 3 bis 7 durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Erfüllt das Institut seinen Aufgaben nicht in dem vorgesehenen Umfang oder nicht entsprechend der geltenden Vorgaben oder wird es aufgelöst, kann das Bundesministerium für Gesundheit eine oder mehrere der in Satz 2 genannten Organisationen oder einen Dritten mit den Aufgaben nach Satz 1 beauftragen. Absatz 6 gilt entsprechend.“

### **B Stellungnahme**

Ein Teil der Änderungen kommt dadurch zustande, dass Sonderregelungen für Zeiten, in denen das InBA noch nicht gegründet war, obsolet sind.

Das BMG konnte bereits bisher einen oder mehrere der Träger oder einen Dritten mit Aufgaben zur Vorbereitung von Beschlüssen beauftragen, um die zeitnahe Umsetzung von Beschlüssen sicher zu stellen, sofern das InBA seine Aufgaben nicht nachkommt. Die Möglichkeit, einen Dritten zu beauftragen, bestand bisher auch für die Träger selbst.

Der Gesetzgeber erweitert jedoch grundsätzlich seine Kompetenzen, weil er diese Möglichkeit nun nur noch für das BMG vorsieht. Die Träger und damit die gemeinsame Selbstverwaltung werden damit in ihren bisherigen Rechten beschnitten. Dieser Schritt erschließt sich nicht.

Dieser Einschnitt ist abzulehnen.

### **C Änderungsvorschlag**

Nach dem neuen Satz 3 wird der bisherige Satz 5 eingefügt. Die neue Regelung lautet somit:

„(3b) Erfüllt das Institut seinen Aufgaben nicht in dem vorgesehenen Umfang oder nicht entsprechend der geltenden Vorgaben oder wird es aufgelöst, kann das Bundesministerium für Gesundheit eine oder mehrere der in Satz 2 genannten Organisationen oder einen Dritten mit den Aufgaben nach Satz 1 beauftragen. Abweichend von den Sätzen 1 und 2 können die in Satz 2 genannten Organisationen einen Dritten mit den Aufgaben nach Satz 1 beauftragen. Absatz 6 gilt.“

## **Nr. 40 j) § 87 Absatz 3d SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Der Absatz 3d wird neu strukturiert und als Folge der Änderung im § 87 Absatz 3b SGB V die Rechte über die Ausstattung des beauftragten Dritten sowie die Nutzung der Daten nach Absatz 3f dem BMG übertragen.

### **B Stellungnahme**

Die Änderung, dass nur noch das BMG über die Ausstattung eines beauftragten Dritten bestimmen kann, wird analog zur Ablehnung im § 87 Absatz 3b SGB V hier ebenfalls als unnötiger Eingriff in die gemeinsame Selbstverwaltung abgelehnt.

### **C Änderungsvorschlag**

Der letzte Satz im Entwurf wird geändert:

„(3d) ...Über die Ausstattung des beauftragten Dritten nach Absatz 3b mit den für die Aufgabenwahrnehmung erforderlichen Sach- und Personalmitteln sowie die Nutzung der Daten gemäß Absatz 3f entscheidet das Bundesministerium für Gesundheit bzw. bei Auftragsvergabe durch die Träger des Instituts des Bewertungsausschusses der Bewertungsausschuss.“

**Nr. 40 k) § 87 Absatz 4 SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte**

**A Beabsichtigte Neuregelung**

Redaktionelle Anpassung

**B Stellungnahme**

Keine

**C Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Nr. 40 I) § 87 Absatz 5a SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Folgerregelung aufgrund der Einführungen einer einheitlichen sektorenübergreifenden Konfliktlösung in § 89a. Absatz 5a wird in diesem Zuge neu gefasst. Die Ergänzung des erweiterten Bewertungsausschusses nach Absatz 4 um Vertreter der Krankenhaus- bzw. Krankenkassenseite ist aufgrund der Übertragung der Kompetenz im Konfliktfall auf das sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a obsolet. Gleiches gilt für die Regelungen zur Benennung der weiteren unparteiischen Mitglieder nach den bisherigen Sätzen 2 bis 4, die durch die Übertragung der Konfliktlösung auf das neue Entscheidungsgremium ebenfalls hinfällig sind.

### **B Stellungnahme**

Die Regelung wird begrüßt.

Da der Gesetzgeber die Konfliktlösung in der ASV nun dem neuen Schiedsgremium nach § 89a übertragen hat, ist die Änderung konsequent.

Der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss hat in der Vergangenheit selten getagt. Durch die Beteiligung von drei Seiten mussten viele Mitglieder berufen werden. Die Übertragung auf das neue Gremium trägt somit auch zur Verschlankung bei.

### **C Änderungsvorschlag**

Keine

## Nr. 40 m) § 87 Absatz 6 SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

### A Beabsichtigte Neuregelung

Beauftragung des InBA durch das BMG vor Fristablauf.

aa) Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wird in die Lage versetzt, bereits vor Ablauf einer gesetzlichen oder vom BMG gesetzten Frist das Institut zu beauftragen, Datenerhebungen in Auftrag zu geben und Sachverständigengutachten einzuholen. Voraussetzung hierfür ist, dass die Beratungen sowie die Beschlussfassung durch den Bewertungsausschuss nicht oder nicht in einem angemessenen Umfang vorbereitet oder durchgeführt werden.

bb) Änderung eines Verweises wegen des zusätzlichen Satzes.

### B Stellungnahme

aa) Die Regelung wird als unangemessener Eingriff in die gemeinsame Selbstverwaltung abgelehnt.

Die bisherige Regelung sah vor, dass nach Fristablauf gesetzlicher Vorgaben oder vom BMG gesetzter Fristen, z.B. bei Beanstandungen, das BMG selbst das InBA beauftragen oder Gutachten einholen konnte, um die Vereinbarungen selbst festzusetzen. Diese Regelung konnte nachvollzogen werden, weil durch das Verstreichen von Fristen das BMG zum Handeln gedrängt wird. Die Fälle, das Fristen nicht eingehalten wurden, sind allerdings relativ selten und begründbar.

Die neue Regelung geht von der These aus, dass der Bewertungsausschuss regelhaft die Fristen nicht einhält und deswegen das BMG im Vorgriff gezwungen ist, Zwangsmaßnahmen vorzubereiten. Zwar wird das BMG ggf. damit in die Lage versetzt, unmittelbar nach Fristablauf Ersatzvornahmen auszusprechen, müsste dafür aber bereits relativ lange im Voraus das Versagen des Bewertungsausschusses feststellen. Es ist jedoch wahrscheinlich, dass wie bisher Fristen regelhaft eingehalten werden, auch wenn dies häufiger knapp geschieht. Bei einer Beauftragung des Instituts führt das zudem zu einer Doppelbelastung und damit ggf. zu weiteren Verzögerungen einer Beschlussvorbereitung.

bb) redaktionelle Folgeänderung.

### C Änderungsvorschlag

Der Absatz 6 wird nicht geändert:

aa) Streichung des Vorschlags

bb) keine redaktionelle Änderung notwendig

## Nr. 41 a) § 87a Absatz 3 Satz 5 ff SGB V Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsorientierte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

### A Beabsichtigte Neuregelung

Neustrukturierung und Aufzählung von Leistungen, welche außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung mit Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten sind.

Es erfolgt eine Festlegung zur Vergütung von Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für:

1. Leistungen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit
2. Leistungen, aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Abs. 1a Satz 3 Nummer 1, soweit es sich nicht um verschiebbare Routineuntersuchungen und Bagatellerkrankungen handelt,
3. Leistungen der erfolgreichen Vermittlung eines Behandlungstermins durch Hausärzte nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2,
4. Leistungen, die während der Sprechzeiten in Akutfällen nach § 87 Absatz 2a Satz 23 und in Notfällen erbracht werden,
5. Leistungen der Versicherten- und Grundpauschale nach § 87 Absatz 2b Satz 3 und Absatz 2c Satz 2 für Patienten, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmalig diagnostiziert und behandelt werden,
6. Leistungen der Versicherten- und Grundpauschale für Patienten, die in der offenen Sprechstunde nach § 87 Absatz 2g behandelt werden.

### B Stellungnahme

Zu 2.

Das Vorhaben der zusätzlichen Förderung der Übernahme von Patienten zur Weiterbehandlung aufgrund der Vermittlungsaktivität einer Terminservicestelle wird grundsätzlich begrüßt. Die in diesem Zusammenhang stehende Regelung einer extrabudgetären Vergütung wird als nicht sachgerecht und aufgrund ihrer zweifelhaften Anreizwirkung abgelehnt.

Vertragsärztliche Leistungen, welche aufgrund einer Vermittlung durch die Terminservicestelle erbracht werden, unterscheiden sich nicht von einer vertragsärztlichen Leistungserbringung aufgrund einer Vermittlung bzw. Überweisung durch einen Vertragsarzt oder auch durch eine vom Patienten selbst angestoßene Eigeninitiative. Insofern führt die Regelung zu einer Disparität mit der Folge, dass eine Vermittlung durch die Terminservicestelle finanziell stärkere Anreize setzt. Die i.d.R. etablierte Behandlungskaskade Hausarzt-Facharzt wird somit künftig für den Facharzt weniger finanziell attraktiv mit dem Risiko, dass rein aus finanzieller Perspektive eine Behandlungskaskade Hausarzt-Terminservicestelle-Facharzt etabliert wird. Die Terminservicestelle sollte jedoch grundsätzlich als zusätzliche Maßnahme zur Sicherstellung einer zeitnahen Zurverfügungstellung eines Behandlungstermins verstanden werden und nicht als substitutive Maßnahme.

Die Vermittlungstätigkeit der Terminservicestelle beschränkt sich hierbei auf eine koordinative Funktion. Die Versorgung der Versicherten erfolgt weiterhin durch die Vertragsärzte und Psychotherapeuten. Im Ergebnis hat somit eine Förderung aus der von den gesetzlichen Krankenkassen mit befreiender Wirkung gezahlten Gesamtvergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung zu erfolgen.

Zudem ist sicherzustellen, dass eine Anreizwirkung eine Parität hinsichtlich des Zugangswegs zur Behandlung einerseits herstellt und andererseits nicht in Konkurrenz zu weiteren Fördermaßnahmen steht.

Beispielsweise kann diese Regelung dazu führen, dass die ebenfalls beabsichtigte Regelung der Förderung einer offenen Sprechstunde konterkariert wird. Ein Anreiz zur Erhöhung einer mindestens fünf Stunden wöchentlich vorzuhaltenden Sprechstunde wird insofern negiert, da für diese offene Sprechstundentätigkeit lediglich die Grund- und Versichertenpauschalen extrabudgetär vergütet werden.

Die Vergütung nach §87a Abs.3 S. 5 Nr.2 (neu) außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach §87a Abs. 3 S.1 sollte nach angemessener Zeit wie andere neue Leistungen in ihren Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen und auf die Versorgungswirkungen evaluiert werden. Um eine zügige Entscheidung über den Fortbestand der Regelung zu erreichen, sollte die Regelung automatisch enden, sofern die Wirksamkeit nicht eindeutig belegt wird. Da die Regelung nicht vom G-BA sondern vom Gesetzgeber festgelegt wurde, muss dieser konsequenterweise über das Fortführen nach der Evaluation bestimmen, sofern er keinen Dritten beauftragt. Unterstützung können der Bewertungsausschuss und dessen Institut geben.

Darüber hinaus sind zwingend Regelungen zur Bereinigungspflicht und Vorgaben zum Bereinigungsverfahren in den Gesetzestext aufzunehmen, um eine Doppelfinanzierung bei zusätzlicher extrabudgetärer Vergütung auszuschließen. Eine schlichte Erwähnung lediglich in der Gesetzesbegründung, dass bei der jährlichen Anpassung des Behandlungsbedarfes gem. § 87a Abs. 3 Satz 1 durch die Beteiligten zu prüfen ist, ob und wie eine Bereinigung des Behandlungsbedarfes durch Überführung von Leistungen in die extrabudgetären Gesamtvergütungen zu erfolgen hat, ist nicht ausreichend.

Zu 3.

Die Vermittlung eines Behandlungstermins durch einen Hausarzt ist bereits heute ein grundsätzlicher Bestandteil seiner koordinativen Aufgaben und folglich im Rahmen der zu leistenden Gesamtvergütung durch die gesetzlichen Krankenkassen ausfinanziert. Darüber hinaus sind gemäß § 87 Absatz 2b Satz 3 Betreuungs-, Koordinations- und Dokumentationsleistungen Bestandteil der Versichertenpauschalen. Die gemäß § 87 Abs. 2b Satz 4 und 5 beabsichtigte Zuschlagsregelung für die erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 ist grundsätzlich nachvollziehbar und sollte aus den bestehenden Mitteln der bereitgestellten Gesamtvergütung finanziert werden.

Die Vergütung nach § 87a Abs.3 S. 5 Nr.3 (neu) außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach §87a Abs. 3 S.1 sollte nach angemessener Zeit wie andere neue Leistungen in ihren Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen und auf die Versorgungswirkungen evaluiert werden. Um eine zügige Entscheidung über den Fortbestand der Regelung zu erreichen, sollte die Regelung automatisch enden, sofern die Wirksamkeit nicht eindeutig belegt wird. Da die Regelung nicht vom G-BA sondern vom Gesetzgeber festgelegt wurde, muss dieser konsequenterweise über das Fortführen nach der Evaluation bestimmen, sofern er keinen Dritten beauftragt. Unterstützung kann der Bewertungsausschuss und dessen Institut geben.

Darüber hinaus sind zwingend Regelungen zur Bereinigungspflicht und Vorgaben zum Bereinigungsverfahren in den Gesetzestext aufzunehmen, um eine Doppelfinanzierung bei zusätzlicher extrabudgetärer Vergütung auszuschließen. Eine schlichte Erwähnung lediglich in der Gesetzesbegründung, dass bei der jährlichen Anpassung des Behandlungsbedarfes gem. § 87a Abs. 3 Satz 1 durch die Beteiligten zu prüfen ist, ob und wie

eine Bereinigung des Behandlungsbedarfes durch Überführung von Leistungen in die extrabudgetären Gesamtvergütungen zu erfolgen hat, ist nicht ausreichend.

Zu Nr. 4

Die vorgesehene Förderung einer Behandlung von Akutfällen während der Sprechstundenzeiten durch vertragsärztliche Leistungserbringer wird grundsätzlich begrüßt. Eine extrabudgetäre Vergütung wird abgelehnt, da die Gefahr einer Fehlallokation entsteht. Eine zusätzliche Förderung ist zwingend aus dem gemäß § 87b Absatz 1 Satz 3 SGB V eigens gebildeten Honorarvolumen zu finanzieren.

Explizites Ziel der Regelung ist die Entlastung von Notfallambulanzen der Krankenhäuser während der Sprechzeiten aufgrund der Übernahme der Versorgung von Akutfällen durch vertragsärztliche Leistungserbringer. Als zusätzlicher Anreizhebel soll eine extrabudgetäre Vergütung dienen. Gerade dieser Hebel birgt jedoch das Risiko, dass Anreize zur Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer abgeschwächt und Maßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung zur aktiven Steuerung reduziert werden. Der Arzt hätte zukünftig zwar die Möglichkeit durch die Versorgung von Akutfällen extrabudgetär zusätzliche Honorare zu generieren, er würde aber bereits durch den Wegfall des Vorwegabzugs an sich besser als heute gestellt, selbst wenn er inaktiv wäre. Eine Steuerungswirkung und Handlungsnotwendigkeit für die vertragsärztlichen Leistungserbringer ist deshalb innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung stärker gegeben.

Neben dem Risiko einer verminderten Steuerungswirkung wird eine Ungleichbehandlung in der Art der Finanzierung für die Versorgung von Akutfällen während der Sprechstunden (extrabudgetär) und außerhalb der Sprechstundenzeit (budgetiert) gebilligt.

Des Weiteren lässt die ergänzende Formulierung „... und in Notfällen erbracht werden“, erheblichen Interpretations- und Deutungsspielraum hinsichtlich der extrabudgetären Finanzierung des künftigen Leistungsumfanges zu. Hierbei könne durchaus verstanden werden, dass eine vertragsärztliche Notfallversorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten extrabudgetär vergütet werden soll, obwohl eine solche Absicht aus der Begründung nicht ersichtlich ist.

Die Vergütung nach § 87a Abs.3 S. 5 Nr.4 (neu) außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach §87a Abs. 3 S.1 sollte nach angemessener Zeit wie andere neue Leistungen in ihren Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen und auf die Versorgungswirkungen evaluiert werden. Um eine zügige Entscheidung über den Fortbestand der Regelung zu erreichen, sollte die Regelung automatisch enden, sofern die Wirksamkeit nicht eindeutig belegt wird. Da die Regelung nicht vom G-BA sondern vom Gesetzgeber festgelegt wurde, muss dieser konsequenterweise über das Fortführen nach der Evaluation bestimmen, sofern er keinen Dritten beauftragt. Unterstützung können der Bewertungsausschuss und dessen Institut geben.

Gleichwohl eine extrabudgetäre Finanzierung grundsätzlich abgelehnt wird, sind bei Umsetzung des Vorhabens zwingend Regelungen zur Bereinigungspflicht und Vorgaben zum Bereinigungsverfahren in den Gesetzestext aufzunehmen, um eine Doppelfinanzierung zu vermeiden.

Zu Nr. 5

Vertragsärztliche Leistungserbringer sollen für die Versorgung von Neupatienten künftig eine extrabudgetäre Vergütung der Versicherten- und Grundpauschalen erhalten.

Eine Differenzierung der Versicherten- und Grundpauschalen im EBM in Bestands- und Neupatienten soll gemäß § 87 Absatz 2b Satz 3 sowie § 87 Absatz 2c erstmalig zum 01. April 2019 erfolgen.

Eine aufwandsgerechte Differenzierung der Pauschalen in Bestands- und Neupatienten ist grundsätzlich nachvollziehbar. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass im Status Quo die Finanzierung aus der morbiditätsbedingten Vergütung erfolgt und in der jährlichen Weiterentwicklung dieser MGV die Zahl der Versicherten bereits berücksichtigt wird. Eine zusätzliche Vergütung im Rahmen einer extrabudgetären Finanzierung wird abgelehnt. Eine Neujustierung der Legendierung und Bewertung der Versicherten und Grundpauschalen durch den Bewertungsausschuss Ärzte und eine Finanzierung aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung wird als zweckmäßig und ausreichend erachtet. Ferner wird erreicht, dass kein Anreiz für eine mögliche vergütungsoptimierte Versorgungssteuerung entsteht.

Die Vergütung nach § 87a Abs.3 S. 5 Nr.5 (neu) außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach §87a Abs. 3 S.1 sollte nach angemessener Zeit wie andere neue Leistungen in ihren Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen und auf die Versorgungswirkungen evaluiert werden. Um eine zügige Entscheidung über den Fortbestand der Regelung zu erreichen, sollte die Regelung automatisch enden, sofern die Wirksamkeit nicht eindeutig belegt wird. Da die Regelung nicht vom G-BA sondern vom Gesetzgeber festgelegt wurde, muss dieser konsequenterweise über das Fortführen nach der Evaluation bestimmen, sofern er keinen Dritten beauftragt. Unterstützung können der Bewertungsausschuss und dessen Institut geben.

Darüber hinaus sind zwingend Regelungen zur Bereinigungspflicht und Vorgaben zum Bereinigungsverfahren in den Gesetzestext aufzunehmen, um eine Doppelfinanzierung bei zusätzlicher extrabudgetärer Vergütung auszuschließen. Eine schlichte Erwähnung lediglich in der Gesetzesbegründung, dass bei der jährlichen Anpassung des Behandlungsbedarfes gem. § 87a Abs. 3 Satz 1 durch die Beteiligten zu prüfen ist, ob und wie eine Bereinigung des Behandlungsbedarfes durch Überführung von Leistungen in die extrabudgetären Gesamtvergütungen zu erfolgen hat, ist nicht ausreichend.

Zu Nr. 6

Eine extrabudgetäre Förderung der offenen Sprechstunde wird abgelehnt. Die Möglichkeit der Erreichbarkeit von Ärzten, insbesondere der grundversorgenden Patientenversorgung, durch Versicherte ohne vorherige Terminvereinbarung sollte bereits heute eine Selbstverständlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung darstellen und mit den jährlich ca. 37 Milliarden Euro, die die Gesetzliche Krankenversicherung für die ambulante ärztliche Versorgung bezahlt, auskömmlich gegenfinanziert sein.

Darüber hinaus wirkt die Förderung, vor dem Hintergrund, dass eine Vielzahl an Ärzten bereits aktuell mehr als 20 Stunden pro Woche Sprechstunden anbietet, tendenziell als reiner Mitnahmeeffekt ohne reale Steuerungswirkung. Mithin birgt es das Risiko, dass sämtliche Versicherten- und Grundpauschalen ab dem Erreichen eines Schwellenwerts extrabudgetär zu vergüten sind. Offene Sprechstunden werden somit ggf. gezielt vergütungsanreizorientiert eingesetzt.

Die Vergütung nach § 87a Abs.3 S. 5 Nr. 2 (neu) außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach §87a Abs. 3 S.1 sollte nach angemessener Zeit wie andere neue Leistungen in ihren Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen und auf die Versorgungswirkungen evaluiert werden. Um eine zügige Entscheidung über den Fortbestand der Regelung zu erreichen, sollte die Regelung automatisch enden, sofern die Wirksamkeit nicht eindeutig belegt wird. Da die Regelung nicht vom G-BA sondern vom Gesetzgeber festgelegt wurde, muss dieser konsequenterweise über das Fortführen

nach der Evaluation bestimmen, sofern er keinen Dritten beauftragt. Unterstützung können der Bewertungsausschuss und dessen Institut geben.

Weiterhin sind zwingend Regelungen zur Bereinigungspflicht und Vorgaben zum Bereinigungsverfahren in den Gesetzestext aufzunehmen, um eine Doppelfinanzierung auszuschließen, sofern an einer zusätzlichen extrabudgetären Vergütung festgehalten wird.

Zu Nr. 2 bis Nr. 6

Die in 2. bis 6. aufgeführten ärztlichen Leistungen sind heute weitgehend Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a Abs. 2 SGB V. Ärzte behandeln z.B. auch heute Neu-Patienten, Akutfälle zu ihren Sprechzeiten oder haben Koordinationsaufgaben zu leisten, wenn ein Patient von weiteren Ärzten behandelt werden soll oder muss. Deshalb ist die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu bereinigen.

### **C Änderungsvorschlag**

In § 87a Absatz 3 wird Satz 5 durch folgende Sätze ersetzt:

„Von den Krankenkassen sind folgende Leistungen außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 zu vergüten.“

§ 87a Absatz 3 Satz 5 Nr. 2 wird gestrichen.

In § 87b Absatz 1 Satz 3 werden nach dem Wort „Notdienst“ die Wörter „sowie die Vergütung von Leistungen der Versicherten und Grundpauschale aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1, soweit es sich nicht um Fälle nach § 75 Absatz 1a Satz 8 handelt“ eingefügt und das Wort „erfolgt“ durch „erfolgen“ ersetzt.

Alternativ zur Herstellung einer Parität zwischen den Fördermaßnahmen, falls an der extrabudgetären Vergütung festgehalten wird:

§ 87a Absatz 3 Satz 5 Nr. 2. wird wie folgt gefasst:

„Leistungen der Grund- und Versichertenpauschale, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1, soweit es sich nicht um Fälle nach § 75 Absatz 1a Satz 8 handelt,“

§ 87a Absatz 3 Satz 5 Nr. 3 wird gestrichen.

§87a Absatz 3 Satz 5 Nr. 4 wird gestrichen.

Alternativ:

§87a Absatz 3 Satz 5 Nr. 4 wird neu formuliert:

„4. Leistungen, die während der Sprechstundenzeiten aufgrund einer Vermittlung durch die Terminservicestelle sowohl in Notfällen als auch in Akutfällen nach §87 Absatz 2a S23 erbracht werden,“

§87a Absatz 3 Satz 5 Nr. 4 wird gestrichen.

§87a Absatz 3 Satz 5 Nr. 4 wird gestrichen.

Sollte der Gesetzgeber an seiner Vergütungsregelung festhalten, wird hilfsweise folgender Passus angefügt:

Nach § 87a Abs.3 S. 5 ff. SGB V (neu) werden folgende Sätze eingefügt:

„Die Vergütung nach § 87a Abs.3 S. 5 Nr. 2 bis 6 (neu) außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen endet nach drei Jahren. Bis dahin ist die Regelung vom Bewertungsausschuss hinsichtlich seiner Wirkung auf das Leistungsgeschehen zu evaluieren. Das Ergebnis ist dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Dieses entscheidet auf Basis des Evaluationsergebnisses über die Fortführung dieser Regelungen.“

Für den Fall, dass an einer Vergütung der Leistungen nach § 87a Absatz 3 Satz 5 Nr. 2 bis 6 (neue Fassung) außerhalb der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 festgehalten wird, ist eine Bereinigungspflicht für diese Leistungen aufzunehmen. In diesem Fall ist § 87a Abs. 3 SGB V um den neuen Satz Nr. 7 zu ergänzen:

„Der Behandlungsbedarf nach Absatz 3 Satz 2 ist nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach Absatz 5 Satz 7 in den Vereinbarungen nach Absatz 3 um die Leistungen zu bereinigen, die nach Absatz 3 Satz 5 Nr. 2 bis 6 außerhalb der nach Absatz 3 Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 zu vergüten sind; in den Vorgaben zur Bereinigung ist auch über notwendige Korrekturverfahren zu entscheiden.“

§ 87a Abs. 5 S. 7 SGB V ist um einen Verweis zu ergänzen:

„Der Bewertungsausschuss hat Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den durch dieses Gesetz vorgesehenen Fällen sowie zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach Absatz 4 Satz 1 und der Anteile der einzelnen Krankenkassen nach Absatz 4 Satz 2 zu beschließen; er kann darüber hinaus insbesondere Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 3 bis 5 und Satz 3 und 4 sowie ein Verfahren zur Bereinigung der Relativgewichte des Klassifikationsverfahrens im Falle von Vergütungen nach Absatz 3 Satz 5 und 6 beschließen.“

**Nr. 42 § 87b Absatz 4 Satz 1 SGB V – Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung)**

**A Beabsichtigte Neuregelung**

Redaktionelle Anpassung

**B Stellungnahme**

Keine

**C Änderungsvorschlag**

Keiner

## Nr. 43 § 87d SGB V Vergütung vertragsärztlicher Leistungen im Jahr 2012

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Aufhebung

### **B Stellungnahme**

Keine

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## Nr. 44 § 87e SGB V Zahlungsanspruch bei Mehrkosten

### A Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Aufnahme des § 29 Abs. 5 in das SGB V sollen zukünftig auch für den kieferorthopädischen Bereich die Mehrleistungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte privat mit dem Versicherten abgerechnet werden können. Deshalb soll § 87e Satz 1 als Folgeregelung entsprechend ergänzt werden.

### B Stellungnahme

§ 87e ist Abrechnungsgrundlage für die bisher bereits etablierten Mehrkostenregelungen für den Füllungsbereich und für Zahnersatz. Mit der Aufnahme des Absatz 5 im § 29 SGB V, für den kieferorthopädischen Bereich, würde die Mehrkostenregelung ausgeweitet und die Inanspruchnahme des Sachleistungsprinzips und damit verbunden eine zuzahlungsfreie Leistung, die nicht nur ausreichend, medizinisch notwendig und wirtschaftlich, sondern auch dem allgemein anerkannten wissenschaftlichen Stand entsprechen muss, für den gesetzlich Krankenversicherten noch weiter eingeschränkt.

Für gesetzlich Versicherte ist die an den Zahnarzt privat zu zahlende Rechnung für Mehrleistungen im Bereich Zahnersatz gemäß § 87e Satz 2 auf das 2,3fache des Gebührensatzes begrenzt. Gemäß § 87e Satz 3 sind die Mehrkosten für lichthärtende Composite-Füllungen im Seitenzahnbereich auf das 3,5-fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt abrechnungsfähig.

Allerdings werden die aktuellen gesetzlichen Begrenzungsregelungen durch die Sätze 4 und 5 im § 87e SGB V obsolet.

Deshalb muss zum Schutz der Versicherten vor finanzieller Überforderung eine dauerhafte Begrenzung der Gebührenordnung Zahnärzte (GOZ) in das SGB V aufgenommen werden, in dem die Sätze 4 und 5 ersatzlos gestrichen werden müssen.

### C Änderungsvorschlag

Die Aufnahme (Folgeregelung) des Absatz 5 im § 29 SGB V, im § 87e Satz 1 wird abgelehnt.

Artikel 1 Nr. 44 wird wie folgt gefasst:

„In § 87e werden die Sätze 4 und 5 ersatzlos gestrichen.“

## Nr. 45 § 89 SGB V Schiedsamt

### A Beabsichtigte Neuregelung

Der bereits heute existierende §89 Schiedsamt im fünften Titel des SGB V Schiedswesen wird im Zuge der Neuschaffung des §89a SGB V „Sektorenübergreifendes Schiedsgremium“ systematisch überarbeitet und neu strukturiert. Redundante Regelungen zu den Schiedsamtsverordnungen werden bereinigt.

Die Absätze regeln zukünftig somit folgendes:

- (1) Bildung eines Landesschiedsamtes
- (2) Bildung eines Bundesschiedsamtes
- (3) Festsetzung eines Vertrags auf Antrag einer Vertragspartei oder der Aufsichtsbehörde durch das Schiedsamt mit Stimmenmehrheit innerhalb von drei Monaten bzw. innerhalb der gesetzlichen Frist.
- (4) Anrufung des Schiedsamts und Einleitung des Verfahrens nach Kündigung eines Vertrags
- (5) Besetzungsregelungen; entspricht bisherige Regelung (4/4/3); Abweichungen bei Kassenspezifischen Verträgen  
NEU: bei Nichtbestellung von Vertretern und Stellvertretern durch die Bänke übernimmt dies die Aufsicht.
- (6) Regelungen zu den Unparteiischen;  
NEU: Bei Nichteinigung auf den Vorsitzenden entscheidet nunmehr die Aufsicht und nicht mehr ein Losverfahren.
- (7) Übernahme der Regelungen zur Abberufung, Amtsniederlegung und Teilnahmeverpflichtung aus der Schiedsamtsordnung ins SGB V
- (8) Beschlussfähigkeit; Überführung wesentlicher Bestandteile des §16a der Schiedsamtsverordnung in das SGB V  
NEU: sollte eine Sitzung erneut einberufen werden und die Beschlussfähigkeit ist wiederum nicht gegeben, wird eine Entscheidung durch die Unparteiischen Mitglieder getroffen.
- (9) Verfahren, falls das Schiedsamt nicht zu einer Entscheidung in Verfahren nach Abs. 3 oder Abs. 4 kommen sollte. Danach setzt die Aufsichtsbehörde zunächst eine Nachfrist. Kommt dann immer noch keine Entscheidung zustande, entscheiden die Unparteiischen.
- (10) Aufsichts- und Beanstandungsregelungen. Teilnahmerecht der Aufsichten an den Sitzungen.
- (11) BMG bestimmt die Details durch Rechtsverordnung
- (12) Regelungen für Schiedsamt für die zahntechnische Versorgung (Zahntechnik Bund)
- (13) Regelungen für Schiedsamt für die zahntechnische Versorgung (Zahntechnik Land)

### B Stellungnahme

Die neue, systematische Gliederung der Regelungen sowie die Einbindung wesentlicher Elemente aus der Schiedsamtsverordnung sind zu begrüßen, weil sich ein klareres Bild über die Abläufe ergibt. Im Wesentlichen werden dabei die bisherigen Regelungen aufgenommen.

Die neuen Elemente dienen dazu, stringenter als bisher in Konfliktfällen zu Lösungen zu kommen.

Bei der Bestimmung des unparteiischen Vorsitzenden ist jetzt erhöhte Einigungsbereitschaft der Bänke nötig, weil das Losverfahren entfallen soll. Bei Nichteinigung bestimmt die Aufsicht einen Unparteiischen, der anders als bisher im Losverfahren nicht von den Bänken vorgegeben sein muss. Die Regelung zeigt den stärkeren Regulierungswillen der Aufsicht, verbunden mit einer Schwächung der gemeinsamen Selbstverwaltung, sollte die Besetzung durch die Aufsicht nicht durch einen Vorschlag der Bänke erfolgen. Bei der Besetzung der Schiedsamtmitglieder durch die Bänke wird ein Eingriff durch die Aufsichten sehr wahrscheinlich selten notwendig sein. Daher wird die Lösung als nicht notwendig angesehen.

Selbst bei Nichteinigung eröffnet das Losverfahren weiterhin die Möglichkeit, die Einflussnahme auf die Bestimmung der unparteiischen Mitglieder. Ob eine von der Aufsicht bestimmter Unparteiischer die Aufgaben besser als ein vom Losverfahren bestimmter Unparteiischer erfüllen kann, sei dahingestellt. Ebenso wie die Akzeptanz der Entscheidungen, die von einem von der Aufsicht gestellten Unparteiischen getroffen werden.

Um den Einigungsdruck auf die Parteien zu erhöhen, könnte das Losverfahren dahingehend modifiziert werden, dass die Wiederwahl eines gelosten Unparteiischen im Folgejahr nicht möglich ist. Dadurch würde sich bei wiederkehrender gleicher Listenaufstellung quasi automatisch ein Wechsel der Parteien ergeben, da die Anzahl der Vorschlagspositionen der Parteien häufig legitimiert sind.

Die Ersatzvornahme der Aufsicht zur Bestimmung der Mitglieder wird als ein weiterer Eingriff in das Handeln der gemeinsamen Selbstverwaltung angesehen und wird abgelehnt.

Ein weiterer Kritikpunkt bezieht sich auf die vorgesehene Teilnahme von Vertretern der Aufsichtsbehörde an den Sitzungen der Schiedsgremien. In § 8 Abs. 1 Satz 4 Schiedsamtverordnung wird dieses Recht, welches sich in (neu) §89 Abs. 10 SGB V bzw. in § 89a Abs. 10 SGB V wiederfindet, dahingehend konkretisiert, dass es sich auch auf die Beratungen und Beschlussfassungen des Schiedsamtes erstreckt.

Die Teilnahme der Aufsichtsbehörde an den Sitzungen sowie an den Beratungen und bei der Beschlussfassung wird strikt abgelehnt. Siehe hierzu die Ausführungen zu Artikel 5 Schiedsamtordnung.

Das Bestreben, Verfahren zu beschleunigen, ist auch in der Regelung in § 89 Absatz 9 zu sehen, die die Entscheidung im Schiedsamtverfahren den Unparteiischen überlässt, sofern es nicht zu einer Einigung gekommen ist. Gab es bisher Konstellationen, in denen die Aufsicht den Vertragsinhalt bestimmen musste, können nun die Unparteiischen die Vertragsinhalte festzusetzen, wenn es zu Fristversäumnissen kommt. Dies trifft nur zu, wenn in anberaumten Sitzungen es nicht zu einer Entscheidung gekommen ist, z. B. weil das Gremium nicht entscheidungsfähig war. Durch die Mehrheitsregelung ist es bei ordentlichen Sitzungen, zu deren Teilnahme die Mitglieder verpflichtet sind, grundsätzlich ausgeschlossen, dass diese Konstellation eintritt. Diese Regelung ist abzulehnen.

## **C Änderungsvorschlag**

In Absatz 6 werden die Sätze 3 und 4 gestrichen und durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, stellen die Beteiligten eine gemeinsame Liste auf, die mindestens die Namen für die Vorsitzenden, unparteiische Mitglieder und die Stellvertreter enthalten muss. Über die Wahl der Mitglieder nach Satz 3 entscheidet dann das Los. Die Amtsdauer beträgt bei Bestimmung durch Los ein Jahr. Die unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreter sind bestellt, sobald sie sich den beteiligten Organisationen gegenüber zur Amtsübernahme bereit erklärt haben.“

Zusätzlich kann eingefügt werden nach S. 6:

„Wurde der unparteiische Vorsitzende oder ein unparteiisches Mitglied aufgrund eines Losverfahrens bestellt, kann dieselbe Person in der unmittelbar folgenden Amtszeit nicht erneut durch ein Losverfahren für das Schiedsamt ausgewählt werden.“ §89 Absatz 9 Satz 2 wird gestrichen.

In § 89 Absatz 10 wird folgender Satz 4 gestrichen:

„(10) ...Das Aufsichtsrecht umfasst auch das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen.  
...“

## Nr. 46 § 89 a SGB V - Schiedsamt

### A Beabsichtigte Neuregelung

Der § 89a regelt zukünftig die Tatbestände, die -überwiegend tripolar- sektorübergreifend gelöst werden müssen. Dazu zählen auf Landesebene die §§64c, 115, 137e SGB V und auf Bundesebene die §§ 39, 40, 41, 65c, 75a, 115b, , 117, 118, 118a und 293 SGB V sowie die Vergütung der Leistungen der ASV (§116b Absatz 6 SGB V), für Zweitmeinung (§ 87 Absatz 2 Satz 9 SGB V) und im Notfall/-dienst (§ 87 Absatz 2 Satz 23 und 24 SGB V). Die Aufgaben werden per Gesetz zugewiesen.

Das „Sektorübergreifende Schiedsgremium“ nach § 89a SGB V soll die historisch gewachsenen uneinheitlichen Regelungen, die personellen „Aufstockungen“ bipolarer Schiedsgremien (§§ 89 und auf Landesebene §114 SGB V) und die damit verbundenen Unterschiede in den Mehrheitsverhältnissen, die Beschlussfassung und die Stimmverhältnisse beenden. Der bisherige ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss entfällt, weil die ihm bisher zugewiesenen Aufgaben auf das neue Gremium übergehen.

Die Absätze regeln zukünftig folgendes:

- (1) Bildung eines Sektorübergreifenden Schiedsgremiums auf Landesebene
- (2) Bildung eines Sektorübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene
- (3) Festsetzung einer gesetzlich zugewiesenen Aufgabe auf Antrag einer Vertragspartei oder bei dessen Fehlen der Aufsichtsbehörde durch das Schiedsamt mit 2/3 Mehrheit (=sechs Stimmen)
- (4) Festsetzung eines gekündigten Vertrags auf Antrag einer Vertragspartei o durch das Schiedsamt mit 2/3 Mehrheit (=sechs Stimmen) innerhalb von drei Monaten. Alter Vertrag gilt weiter.
- (5) Besetzungsregelungen: Jede Partei stellt zwei Vertreter; hinzukommen der unparteiische Vorsitzende und ein weiteres unparteiisches Mitglied; somit hat das Gremium acht Mitglieder. Zur Erreichung der 2/3 Mehrheit sind sechs Stimmen nötig, d.h. eine Partei kann nur mit den Stimmen einer anderen Partei plus beiden Unparteiischen gewinnen.  
Bei Nichtbestellung von Vertretern und Stellvertretern durch die Bänke übernimmt dies die Aufsicht.
- (6) Regelungen zu den Unparteiischen und deren Vertreter;  
Sie werden auf Vorschlag der Parteien gemeinsam bestimmt. Bei Nichteinigung entscheidet die Aufsicht.
- (7) Übernahme der Regelungen zur Abberufung, Amtsniederlegung und Teilnahmeverpflichtung aus der Schiedsamtordnung ins SGB V analog der Vorgaben im neuen §89 SGB V
- (8) Beschlussfähigkeit; Überführung wesentlicher Bestandteile des §16a der Schiedsamtverordnung in das SGB V  
Beschlussfähig ist das Gremium bei Vollständigkeit. Muss eine Sitzung erneut einberufen werden und die Beschlussfähigkeit ist wiederum nicht gegeben, ist eine Entscheidung durch die Unparteiischen Mitglieder herbei zu führen.
- (9) Verfahren, falls das Schiedsamt nicht zu einer Entscheidung in Verfahren nach Abs. 3 oder Abs. 4 kommen sollte. Danach setzt die Aufsichtsbehörde zunächst eine Nachfrist. Kommt dann immer noch keine Entscheidung zustande, entscheiden die Unparteiischen. Ausschlaggebend ist die Stimme des Vorsitzenden.

- (10) Aufsichts- und Beanstandungsregelungen. Teilnahmerecht der Aufsichten an den Sitzungen.
- (11) BMG bestimmt die Details durch Rechtsverordnung
- (12) Regelungen gelten nicht für die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die KZBV.

## **B Stellungnahme**

Der neue § 89a SGB V ist eine konsequente Übertragung der bipolaren Schiedsgremien nach § 89 SGB V auf die Problemstellung bei sektorenübergreifenden Verträgen und wird grundsätzlich befürwortet.

Die grundlegenden Ausgestaltungen sind deckungsgleich. Die Ausführungen zu § 89 SGB V sind somit grundsätzlich übertragbar.

Ausnahme ist die Stimmverteilung: Bei dem Problem der Stimmenverteilung bei mehr als zwei Parteien greift der Gesetzgeber zur naheliegenden Konsequenz und übergibt die Letztentscheidung vollständig den beiden Unparteiischen bzw. dem unparteiischen Vorsitzenden.

Die 2/3 Mehrheit verhindert nicht die Unwucht, dass zwar die Leistungserbringerseite gemeinsam mit den beiden Unparteiischen eine Position gewinnen, der Krankenkassenseite dies aber nicht gelingen kann. Die Krankenkassen benötigen neben den Unparteiischen immer auch eine Leistungserbringerbank, um ihre Position mit 2/3 Mehrheit durchzusetzen. Sachgerechter wäre es daher, die Stimmenanteile der Kassenseite bei dreiseitigen Verhandlungen auf vier zu erhöhen (auf dann insgesamt 10 Stimmen) und weiterhin die Mehrheit von sechs Stimmen gelten zu lassen. Dann hätte die Kassenseite die Chance, gemeinsam mit den Unparteiischen oder mit einer Bank der Leistungserbringer ein Schiedsamt zu gewinnen. Auch wenn es sich um ein sektorenübergreifendes dreiseitiges Gremium handelt, mit möglicherweise unterschiedlichen Interessen, so ist es doch sachgerecht auf der Entscheidungsebene eine Parität zwischen den Leistungserbringern in ihrer Gesamtheit und den Krankenkassen herzustellen. Die Entscheidungssituation ist hier in vielen Fällen vergleichbar mit den Entscheidungen im Gemeinsamen Bundesausschuss und auch dort besteht die eben beschriebene Parität.

Zudem würden die existierenden unterschiedlichen Landesverbände der Krankenkassen mit einer Parität von vier Stimmen gerechter repräsentiert werden können.

Das Bestreben, Verfahren zu beschleunigen, ist auch in der Regelung in § 89 Absatz 9 zu sehen, die die Entscheidung im Schiedsamtsverfahren den beiden Unparteiischen überlässt, sofern es nicht zu einer Einigung gekommen ist. Ausschlaggebend ist dabei die Stimme des Unparteiischen Vorsitzenden. Gab es bisher Konstellationen, in denen die Aufsicht den Vertragsinhalt bestimmen musste, können nun die Unparteiischen die Vertragsinhalte festzusetzen, wenn es zu Fristversäumnissen kommt. Dies trifft nur zu wenn in anberaumten Sitzungen es nicht zu einer Entscheidung gekommen ist, z. B. weil das Gremium nicht entscheidungsfähig war. Durch die Mehrheitsregelung ist es bei ordentlichen Sitzungen, zu deren Teilnahme die Mitglieder verpflichtet sind, grundsätzlich ausgeschlossen, dass diese Konstellation eintritt. Diese Regelung ist abzulehnen.

Gemäß Absatz 4 der beabsichtigten Neuregelung muss eine Vertragspartei, die einen sektorenübergreifenden Vertrag kündigt, dies dem zuständigen sektorenübergreifenden Schiedsgremium mitteilen. Falls die Vertragsparteien keinen neuen Vertrag abschließen, setzt das Schiedsgremium den Vertragsinhalt fest. Diese Pflichten gemäß sollten sich nur auf diejenigen sektorenübergreifenden Verträge beziehen, die in den

gemäß Absatz 3 durch oder aufgrund eines Gesetzes zugewiesenen Aufgabenbereich des Schiedsgremiums fallen, und nicht uneingeschränkt auf alle sektorenübergreifenden Verträge wie etwa Verträge, die auf der Grundlage von § 140a SGB V abgeschlossen wurden. Aus Gründen der Rechtsklarheit sollte dies im Text der Norm ausdrücklich klargestellt werden.

Die Teilnahme der Aufsicht in den Sitzungen selbst wird nicht grundsätzlich abgelehnt. Strikt abgelehnt wird jedoch die Teilnahme der Aufsichtsbehörde an den Beratungen und bei der Beschlussfassung. Siehe hierzu die Ausführungen zu Artikel 5 Schiedsamtordnung.

## **C      Änderungsvorschlag**

§ 89a SGB V wird wie folgt geändert:

§ 89a Absatz 3 Satz 1:

„(3) Die sektorenübergreifenden Schiedsgremien nach den Absätzen 1 und 2 entscheiden mit einer Mehrheit von sechs Stimmen der Mitglieder innerhalb von drei Monaten in den ihnen durch Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes zugewiesenen Aufgaben...“

§ 89a Abs. 4 S. 1:

nach dem Wort „Vertrag“ werden folgende Wörter eingefügt: „im Aufgabenbereich des Schiedsgremiums gemäß Abs. 3 Satz 1“.

§ 89a Absatz 4 Satz 2:

„(4) ... Kommt bis zum Ablauf eines Vertrages ein neuer Vertrag nicht zustande, setzt das zuständige sektorenübergreifende Schiedsgremium mit einer Mehrheit von sechs Stimmen der Mitglieder innerhalb von drei Monaten dessen Inhalt fest...“

§ 89a Absatz 5 Satz 1:

„(5) Die sektorenübergreifenden Schiedsgremien nach den Absätzen 1 und 2 bestehen aus je zwei Vertretern der Ärzte, der zugelassenen Krankenhäuser und vier Vertretern der Krankenkassen sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und einem weiteren unparteiischen Mitglied...“

In Absatz 6 werden die Sätze 2 und 3 gestrichen und durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, stellen die Beteiligten eine gemeinsame Liste auf, die mindestens die Namen für die Vorsitzenden, unparteiische Mitglieder und die Stellvertreter enthalten muss. Über die Wahl der Mitglieder nach Satz 3 entscheidet dann das Los. Die Amtsdauer beträgt bei Bestimmung durch Los ein Jahr. Die unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreter sind bestellt, sobald sie sich den beteiligten Organisationen gegenüber zur Amtsübernahme bereit erklärt haben.“

Zusätzlich kann nach S. 5 eingefügt werden:

„Wurde der unparteiische Vorsitzende oder ein unparteiisches Mitglied aufgrund eines Losverfahrens bestellt, kann dieselbe Person in der unmittelbar folgenden Amtszeit nicht erneut durch ein Losverfahren für das Schiedsamt ausgewählt werden.“

§ 89a Absatz 8 Satz 2:

„(8) .... Bei Beschlussunfähigkeit entscheidet das Schiedsgremium in einer zweiten einberufenen Sitzung mit einer Mehrheit von sechs Stimmen der anwesenden Mitglieder.“

§ 89a Absatz 9 Satz 2 wird gestrichen.

In § 89a Absatz 10 wird folgender Satz 4 gestrichen:

„(10) ...Das Aufsichtsrecht umfasst auch das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen.  
...“

## Nr. 47 § 95 SGB V Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

### A Beabsichtigte Neuregelung

a) Gründung von MVZ durch Praxisnetze und Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistung; Zulassung

aa) Zur Sicherstellung der Versorgung wird es anerkannten Praxisnetzen ermöglicht, in unterversorgten Regionen medizinische Versorgungszentren zu gründen.

Um der neuen Entwicklung entgegenzuwirken, dass zunehmend Kapitalinvestoren ohne medizinisch-fachlichen Bezug zur vertragsärztlichen Versorgung Leistungserbringer nach § 126 Absatz 3 aufkaufen, um hierüber Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung zu erhalten, wird dadurch entgegnet, dass zukünftig die Möglichkeit zur Gründung von medizinischen Versorgungszentren für Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 auf fachbezogene medizinische Versorgungszentren beschränkt ist.

bb) Die bestehende Regelung zur Rechtsform eines medizinischen Versorgungszentrums wurde durch Umformulierung klargestellt: eine Träger-GmbH kann mehrere medizinische Versorgungszentren tragen.

b)

aa) Klarstellung, dass die selbstschuldnerische Bürgschaft und die Sicherstellungen nach § 232 BGB gleichwertig und optional nebeneinanderstehen, da in der Praxis teilweise eine Beschränkung auf die Möglichkeit der Abgabe einer selbstschuldnerischen Bürgschaft vorgenommen wird, die insbesondere für öffentlich-rechtliche Träger Schwierigkeiten bereiten kann

bb) Die Aufzählung, wann ein Antrag auf Zulassung abzulehnen ist, wird um die neue Regelungskompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 101 Absatz 1 Satz 8 zur Festlegung von Mindest- oder Höchstversorgungsanteilen erweitert.

d) Um zu verhindern, dass einem medizinischen Versorgungszentrum nach dem Ausscheiden aller originären Gründer die Zulassung entzogen wird, obwohl angestellte Ärzte des medizinischen Versorgungszentrums bereit sind die Gesellschafteranteile zu übernehmen, wird geregelt, dass die Gründungsvoraussetzung gewahrt bleibt, wenn angestellte Ärzte die Gesellschafteranteile übernehmen, solange sie in dem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind.

f) Ergänzung der Regelung zur Genehmigung für die Anstellung bei einem Vertragsarzt um die neue Regelungskompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 101 Absatz 1 Satz 8 zur Festlegung von Mindest- oder Höchstversorgungsanteilen.

### B Stellungnahme

Zu a) aa) Die Schaffung der Möglichkeit zur Gründung von medizinischen Versorgungszentren durch anerkannte Praxisnetze nach § 87b Absatz 4 wird ausdrücklich begrüßt.

Nichtärztliche Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 werden überwiegend von gemeinnützigen Organisationen wie dem KfH oder PHV betrieben. Vermehrt sind Aufkäufe von Leistungserbringern nach §126 Abs. 3 SGB V zu beobachten, die zum einen das Angebot künstlich vermehren und andererseits zur Gründung weiterer fachfremder medizinischer Versorgungszentren geführt haben, was der bisherigen Intention des Gesetzgebers widerspricht.

Dass die Gründung dieser medizinischen Versorgungszentren nun auf fachbezogene medizinische Versorgungszentren beschränkt wird und damit der Zugang zu den Leistungserbringern nach §126 SGB V nicht mehr zweckentfremdet wird, ist zu begrüßen.

Zu a) bb) Nachvollziehbare Umformulierung

Zu b) aa) Nachvollziehbare Klarstellung

Darüber hinaus sollen auch medizinische Versorgungszentren in der Rechtsform einer Genossenschaft eine selbstschuldnerische Bürgschaft oder andere Sicherheitsleistungen nach § 232 BGB abgeben.

Einer der Gründe dafür, dass der Gesetzgeber zwar die Gründung von medizinischen Versorgungszentren in der Rechtsform einer GmbH, nicht jedoch die Gründung von medizinischen Versorgungszentren in der Rechtsform einer Genossenschaft von der Vorlage selbstschuldnerischer Bürgschaftserklärungen der Gesellschafter abhängig gemacht hat, dürfte in dem Umstand zu sehen sein, dass der Entwurf eines GKV-VSG (BT-Drucks 17/6906 S 21, S 71 zu Art 1 Nr. 31 Buchst b) zunächst vorgesehen hatte, dass medizinische Versorgungszentren nur noch in der Rechtsform einer Personengesellschaft oder einer GmbH gegründet werden können. Die Möglichkeit zur Gründung von medizinischen Versorgungszentren in Form einer Genossenschaft ist erst im weiteren Gesetzgebungsverfahren auf Empfehlung des Bundestagsausschusses für Gesundheit (BT-Drucks 17/8005 S 36) eingefügt worden. Daher liegt die Vermutung nahe, dass die entsprechende Änderung des § 95 Absatz 1a Satz 1 SGB V bei der Regelung zur Bürgschaftsverpflichtung in § 95 Absatz 2 Satz 6 SGB V versehentlich nicht nachvollzogen wurde.

Zu b) bb) Folgerichtige Anpassung

Zu d) Es ist kritisch zu sehen, dass mit dieser Regelung der Betrieb eines medizinischen Versorgungszentrums verstetigt wird. Vor dem Hintergrund, dass das Zusammenspiel von am Gesundheitsmarkt in mehrfacher Hinsicht tätigen Betreibern von medizinischen Versorgungszentren einerseits und Leistungserbringern an medizinischen Versorgungszentren andererseits transparent sein sollte, wird eine Prüfung des Weiterbetriebes (Versorgungsbedarf, Gründungsvoraussetzungen) als notwendig erachtet.

Zu f) Folgerichtige Anpassung

## **C Änderungsvorschlag**

a) keine Änderung

Zu b) Nach den Worten „in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung“ werden die Worte „oder einer eingetragenen Genossenschaft“ ergänzt.

d) Aufnahme der Prüfung des Versorgungsbedarfs und der Gründungsvoraussetzungen. Textierung: „Bei Ausscheiden aller Gründungsmitglieder ist zu prüfen, ob weiterhin eine Versorgungsnotwendigkeit sowie die Gründungsvoraussetzungen bestehen.“

f) keine Änderung

## Nr. 47(c) § 95 SGB V Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

### A Beabsichtigte Neuregelung

c)

aa) Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet zu prüfen, ob Vertragsärztinnen und -ärzte ihren Versorgungsauftrag und damit auch ihre Mindestsprechstundenzeiten einhalten. Aufgrund bisher sehr unterschiedlicher Umsetzung, wird der Prüfauftrag durch folgenden Einschub konkretisiert:

„bundeseinheitlich insbesondere anhand der abgerechneten Fälle und der Gebührenordnungspositionen mit den Angaben für den zur ärztlichen Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand nach § 87 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz“

bb) Auch die Umsetzung der Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Ergebnisse ihrer Prüfung den Landes- und Zulassungsausschüssen mindestens jährlich zu übermitteln, erfolgt nicht bundeseinheitlich. Um auch hier ein einheitliches Verfahren zu gewährleisten, werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, ihre Berichte zu den Ergebnissen der Prüfungen gegenüber den Landes- und Zulassungsausschüssen jeweils zum 30. Juni des Jahres vorzulegen. Zudem sind die Prüfberichte künftig auch den zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen.

### B Stellungnahme

zu c) aa) und bb) In der Vergangenheit sind die Kassenärztlichen Vereinigungen ihrem Prüfauftrag zur Erfüllung des Versorgungsauftrages nur in begrenztem Umfang nachgekommen. Die verbindlichere Ausgestaltung der Überprüfung wird daher ausdrücklich begrüßt. Zu ergänzen ist jedoch der Umgang mit einem negativen Prüfergebnis sowie eine detaillierte Darstellung der durch die Kassenärztlichen Vereinigungen eingeleiteten Maßnahmen/Sanktionen/Konsequenzen. Die Übermittlung des Prüfergebnisses hat in einer Detailtiefe zu erfolgen, die das Einleiten von Maßnahmen ermöglicht.

### C Änderungsvorschlag

zu c) aa) Ergibt die Prüfung, dass die vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung nicht erfüllt werden, hat die Kassenärztliche Vereinigung geeignete Maßnahmen z. B. in Form von Sanktionen einzuleiten (Textierung: Nach „zu prüfen“ wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz ergänzt: „die Kassenärztlichen Vereinigungen haben bei einem negativen Prüfergebnis geeignete Maßnahmen einzuleiten.“

zu c) zu bb) nach „Ergebnisse“ werden die Wörter „sowie eine Aufstellung der getroffenen Maßnahmen nach Satz 4, 2. Halbsatz“. Nach „zu übermitteln“ wird ein neuer Satz eingefügt: „Die Ergebnisse sind in einer Detailtiefe vorzulegen, die das Einleiten von Maßnahmen durch den Zulassungsausschuss ermöglicht.“

## Nr. 47 (e) § 95 SGB V - Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

### A Beabsichtigte Neuregelung

Verschiebung der Vorschrift, dass die vertragsärztliche Tätigkeit in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich innerhalb von drei Monaten aufgenommen werden muss, aus der Zulassungsverordnung für Ärzte (Ärzte-ZV) in das SGB V

Bisher regelt der § 19 Absatz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, dass eine Zulassung endet, wenn die vertragsärztliche Tätigkeit in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich nicht innerhalb von drei Monaten nach Zustellung des Beschlusses über die Zulassung aufgenommen wird. Das Bundesverfassungsgericht hat diesen Paragraphen wegen Verstoß gegen Art. 12 Absatz 1 Grundgesetz für nichtig erklärt. Es sah in § 98 Absatz 1 keine hinreichende Ermächtigungsgrundlage für § 19 Absatz 3 Ärzte-ZV und bewertete die Verortung dieser Regelung außerhalb des SGB V in einer Rechtsverordnung, deren gesetzliche Ermächtigungsgrundlage im SGB V den entsprechenden Regelungsinhalt nicht mehr umfasse, als verfassungswidrig. Nun wird der Absatz 7 des § 95 SGB V um diese Sonderregelung ergänzt.

### B Stellungnahme

Art. 12 Absatz 1 Grundgesetz besagt, dass alle Deutschen das Recht haben, Beruf, Arbeitsplatz und Ausbildungsstätte frei zu wählen. Die Berufsausübung kann durch Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes geregelt werden. Vor diesem Hintergrund ist die Verschiebung der Regelung von der Ärzte-ZV in das SGB V nachvollziehbar.

### C Änderungsvorschlag

Keiner

## Nr. 48 § 96 SGB V - Zulassungsausschüsse

### A Beabsichtigte Neuregelung

Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden erhalten ein Mitberatungs- und Antragsrecht in den Zulassungsausschüssen für Ärzte. Das Mitberatungsrecht umfasst auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. Im Rahmen des Antragsrechts können zusätzliche Zulassungen in ländlichen Gebieten eines Planungsbereichs, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, beantragt werden.

Diese Regelung korrespondiert mit der Regelung im neuen § 103 Absatz 3b.

### B Stellungnahme

Die Regelung ist mit Nachdruck abzulehnen, da die obersten Landesbehörden sowohl im Sinne einer Rechtsaufsicht als auch mitberatend in die Bedarfsplanung eingebunden werden und damit ihre zusätzlichen Kompetenzen in den Planungsprozess einbringen können. Dies betrifft auch die Feststellung von zusätzlichem lokalem Versorgungsbedarf für gesperrte Planungsbereiche durch die Landesausschüsse, die regelmäßig Neuzulassungen zur Folge haben. Eine Durchsetzung von zusätzlichen Zulassungen direkt in die Zulassungsausschüsse zu verlegen, wäre ein reines Privileg der Landesbehörden unter Umgehung aller Regelungsebenen, die für die gemeinsame Selbstverwaltung nach dem SGB V verpflichtet sind.

### C Änderungsvorschlag

Keine Aufnahme der Neuregelung.

## Nr. 49 § 101 SGB V Überversorgung

### A Beabsichtigte Neuregelung

Weiterentwicklung der Bedarfsplanung: Fristanpassung für die Weiterentwicklung der Richtlinie und Anpassung der Regelungskompetenz des G-BA

- a) Anpassung der Frist für die Überprüfung und Weiterentwicklung der Bedarfsplanungs-Richtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vom 1. Januar 2017 auf den 1. Juli 2019.
- b) Erweiterung der Regelungskompetenzen des Gemeinsamen Bundesausschusses um die Möglichkeit, innerhalb einzelner Arztgruppen nach Fachrichtungen oder Fachgebieten differenzierte Mindest- oder Höchstversorgungsanteile für Ärzte dieser Fachrichtungen oder Ärzte mit entsprechenden Schwerpunktkompetenzen festzulegen. Die Anteile können sich sowohl auf Mindestzahlen als auch auf prozentuale Anteile beziehen.
- c) Aufgrund der unter b) eingefügten Erweiterung wird ein Verweis redaktionell angepasst.

### B Stellungnahme

Zu a) Bereits mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde der Gemeinsame Bundesausschuss verpflichtet, die Bedarfsplanung zu überprüfen. Eine Anpassung der Frist wurde aufgrund des hierfür durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in Auftrag gegebenen umfangreichen Gutachtens notwendig. Vor dem Hintergrund, dass das Gutachten erst im Herbst 2018 veröffentlicht wird, wäre je nach Umfang und Konkretisierung der Empfehlungen der Gutachter eine verlängerte Frist wünschenswert, um die Vorschläge adäquat auf Umsetzbarkeit prüfen zu können und spätere Nachbesserungen zu vermeiden.

Zu b) Die Bildung von Versorgungsanteilen innerhalb der Arztgruppen wurde lange von der gemeinsamen Selbstverwaltung gefordert und wird damit ausdrücklich begrüßt. Damit kann die Bedarfsplanung so weiterentwickelt werden, dass die wachsende Anzahl an zusätzlichen Qualifikationen und sich aus der Entwicklung der Weiterbildungsordnung für Ärzte ergebende Subqualifikationen angemessen abgebildet werden können.

Zu c) Redaktionell notwendige Anpassung eines Verweises

### C Änderungsvorschlag

Zu a) Anpassung der Frist auf den 31. Dezember 2019

Zu b) keine Änderung

Zu c) keine Änderung

## Nr. 50 § 103 SGB V Zulassungsbeschränkungen

### A Beabsichtigte Neuregelung

Bedarfsplanung: Befristete Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen und Schaffung der Möglichkeit zur Aufhebung von Zulassungssperren durch Länder.

Medizinische Versorgungszentren und Anstellung bei Vertragsärzten: Besonderes Versorgungsangebot des Medizinischen Versorgungszentrums muss bei Nachbesetzungsverfahren berücksichtigt werden, Klarstellung zur räumlichen Tätigkeit eines Vertragsarztes nach Zulassungsverzicht und anschließender Beschäftigung in einem Medizinischen Versorgungszentrum bzw. als angestellter Arzt bei einem Vertragsarzt, Genehmigungspflicht bei Nachbesetzung einer Angestellten-Arztstelle

- a) Mit einer Erweiterung des Absatz 1 werden für Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzte, die der Arztgruppe der Kinderärzte angehören, geltende Zulassungsbeschränkungen befristet aufgehoben, soweit die Ärzte in den fünf Jahren vor Beantragung der Zulassung nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen haben. Die Befristung endet mit der Umsetzung des gesetzlichen Auftrages des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Überprüfung der Bedarfsplanung, welche gemäß der Anpassung aufgrund dieses Gesetzes mit Wirkung zum 1. Juli 2019 zu erfolgen hat.
- b) Mit Einführung eines Verweises auf die in § 101 hinzugewonnene Kompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses, innerhalb einer Arztgruppe Mindest- oder Höchstversorgungsanteile festlegen zu können, in Absatz 3a, gilt diese auch für Entscheidungen über die Nachbesetzung von Arztsitzen. Damit kann der Zulassungsausschuss einen Antrag auf Nachbesetzung nicht ablehnen, wenn der Nachfolger die Festlegungen zur Erfüllung von Mindestanteilen innerhalb der Arztgruppen erfüllt.
- c) Mit der Einführung eines neuen Absatz 3b wird den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden die Möglichkeit eingeräumt, in ländlichen Gebieten eines Planungsbereichs, für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, zusätzlich Zulassungen zu beantragen. Diese sind anschließend in den Bedarfsplänen auszuweisen. Die Grundlage zur Bestimmung dieser ländlichen Gebiete obliegt ebenso den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden anhand der Raumb Beobachtung und Raumabgrenzungen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung.
- d) Absatz 4 beschreibt das Verfahren, wenn in einem zulassungsbeschränkten Planungsbereich einem Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens entsprochen wurde. Durch die Aufnahme eines entsprechenden Verweises gilt dieses Verfahren nun auch für zusätzliche Zulassungen, die aufgrund des Antrages durch die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden entstanden sind.

Darüber hinaus wird die Liste der Kriterien, die bei der Auswahl der Bewerber im Rahmen des Nachbesetzungsverfahrens zu berücksichtigen sind, um das besondere Versorgungsangebot bei medizinischen Versorgungszentren ergänzt. Die fakultative Möglichkeit zur Berücksichtigung der Ergänzung des besonderen Versorgungsangebotes des medizinischen Versorgungszentrums bei

der Auswahl der Bewerber war bisher bereits an anderer Stelle verortet. Mit der Verschiebung in die Liste der bei der Auswahl der Bewerber zu berücksichtigenden Kriterien ist der Zulassungsausschuss nunmehr verpflichtet, dieses Kriterium zu berücksichtigen.

- e) Die Regelungen im Zusammenhang mit dem Verzicht auf Zulassung von Vertragsärzten in gesperrten Planungsbereichen zugunsten einer Anstellung in einem medizinischen Versorgungszentrum werden dahingehend konkretisiert, dass der Vertragsarzt weiterhin in seinem bisherigen Planungsbereich tätig sein kann - auch wenn der Sitz des medizinischen Versorgungszentrums in einem anderen Planungsbereich liegt.

Darüber hinaus folgt eine Beschränkung der bisherigen Möglichkeit zur Nachbesetzung: Medizinische Versorgungszentren müssen zur Nachbesetzung einer Arztstelle zukünftig einen Antrag stellen. Der Zulassungsausschuss hat im Anschluss zu prüfen, ob die Nachbesetzung aus Versorgungsgründen erforderlich ist. Erfüllt der Nachfolger die Anforderung an die Zusammensetzung der Arztgruppen entsprechend der neuen Regelungskompetenz des Gemeinsamen Bundesausschuss, ist dem Antrag stattzugeben.

- f) Die unter e) vorgenommenen Änderungen gelten für bei Vertragsärzten angestellte Ärzten entsprechend.

## **B Stellungnahme**

zu a) Bei dieser Regelung handelt es sich um einen ordnungspolitisch außergewöhnlichen Eingriff in Regelungsbefugnisse der gemeinsamen Selbstverwaltung, der mit Nachdruck abzulehnen ist. Durch die Aufhebung der Zulassungssperren für drei Arztgruppen bzw. eine Subgruppe werden diese versorgungspolitisch nicht nachvollziehbar privilegiert. Stattdessen könnte der gemeinsamen Selbstverwaltung im Rahmen der Überprüfung der Bedarfsplanungs-Richtlinie für Juli 2019 hierzu ein besonderer Überprüfungsauftrag erteilt werden.

Bei Umsetzung dieser Regelung droht schlecht versorgten Regionen weiterer Ressourcenentzug: Es wird erwartet, dass Ärzte dieser Fachgruppen mit Zulassungsabsichten die Gelegenheit nutzen werden und sich in bereits zulassungsbeschränkten Planungsbereichen niederlassen. Damit wird die Versorgung der Patienten weiter verschlechtert, da der Versorgungsgrad in unterversorgten oder nicht gesperrten Planungsbereichen zwar kurzfristig unverändert bleibt, aber mittelfristig keine neuen Zulassungen zu erwarten sind.

zu b) Die Berücksichtigung der Mindest- oder Höchstversorgungsanteile bei der Nachbesetzung ist konsequent.

zu c) Die Regelung ist mit Nachdruck abzulehnen, da die obersten Landesbehörden sowohl im Sinne einer Rechtsaufsicht als auch mitberatend in die Bedarfsplanung eingebunden werden und damit ihre zusätzlichen Kompetenzen in den Planungsprozess einbringen können. Dies betrifft auch die Feststellung von zusätzlichem lokalem Versorgungsbedarf für gesperrte Planungsbereiche durch die Landesausschüsse, die regelmäßig Neuzulassungen zur Folge haben. Eine Durchsetzung von zusätzlichen Zulassungen direkt in die Zulassungsausschüsse zu verlegen, wäre ein reines Privileg der Landesbehörden unter Umgehung aller Regelungsebenen, die für die gemeinsame Selbstverwaltung nach dem SGB V verpflichtet sind.

zu d) Wie unter c) ausgeführt, wird der Eingriff durch die Landesbehörde abgelehnt. Abgesehen davon handelt es sich an dieser Stelle um eine daraus resultierende, nachvollziehbare Folgeänderung. Die konkrete Verortung als Halbsatz nach dem Hinweis,

dass die beschriebenen Regelungen auch bei hälftigem Verzicht oder bei hälftiger Entziehung der Zulassung gelten, wird jedoch als unpassend empfunden.

Es wird begrüßt, dass die kann-Regelung zur Berücksichtigung des besonderen Versorgungsangebotes bei medizinischen Versorgungszentren verbindlicher ausgestaltet wurde.

zu e) Grundsätzlich nachvollziehbare Konkretisierung, wobei die Umsetzung nur möglich ist, wenn beide Planungsbereiche im selben KV-Bezirk liegen. Eine Anrechnung im entsprechenden Planungsbereich der Zweigpraxis muss möglich sein. In diesem Fall sind Folgeänderungen in nachgeordneten Rechtsgrundlagen erforderlich.

Es ist nachvollziehbar, dass vor allem aufgrund der zunehmenden Anzahl medizinischer Versorgungszentren bzw. Ärzten in Anstellungsverhältnissen die Möglichkeit geschaffen werden sollte, eine einmal genehmigte Anstellung regelmäßig zu überprüfen. Insofern wird die Aufnahme dieser Regelung begrüßt.

zu f) Nachvollziehbare Parallelregelungen zu den in e) vorgenommenen Änderungen des Absatz 4a, um eine Gleichbehandlung der verschiedenen Leistungserbringer zu gewährleisten. Die Stellungnahmen zu e) gelten entsprechend.

### **C      Änderungsvorschlag**

zu a) keine Aufnahme

zu b) keine Änderung

zu c) keine Aufnahme

zu d) Änderung der konkreten Verortung (Textierung: In Satz 1 werden nach dem Wort „entsprochen“ die Wörter „oder wurden zusätzliche Zulassungen nach Absatz 3b erteilt“ eingefügt. In Satz 2 wird „Satz 1“ durch „Dies“ ersetzt.).

zu e) keine Änderung

zu f) keine Änderung

## Nr. 51 § 105 SGB V Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

### A Beabsichtigte Neuregelung

Neufassung des § 105 SGB V: Regionale Sicherstellungszuschläge, KV-Strukturfonds, KV-Eigeneinrichtung

- a) Absatz 1 des § 105 SGB V wird gekürzt um die Ausführungen zu Sicherstellungszuschlägen und Eigeneinrichtungen, welche an anderer Stelle verortet werden. Komplette gestrichen wird die Regelung, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen für das Betreiben von Eigeneinrichtungen das Benehmen der Krankenkassen bedürfen.
- b) Der bisher fakultativ einzurichtende Strukturfonds wird mit der Neufassung des Absatz 1a für jede Kassenärztliche Vereinigung verpflichtend. Zusätzlich werden die finanziellen Mittel von bisher 0,1 Prozent der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auf mindestens 0,1 und bis zu 0,2 Prozent erhöht und es ist sicherzustellen, dass die für den Strukturfonds bereitgestellten Mittel vollständig verwendet werden. Ein Rückfluss ist nicht möglich.  
Darüber hinaus wird die Aufzählung möglicher Verwendungszwecke erweitert:
  - Förderung von KV-Eigeneinrichtungen und lokalen Gesundheitszentren für die medizinische Grundversorgung,
  - Förderung der Erteilung von Sonderbedarfszulassungen,
  - Förderung des freiwilligen Verzichts auf die Zulassung als Vertragsarzt und Entschädigungszahlungen nach § 103 Absatz 3a Satz 13.

Damit kann die Kassenärztliche Vereinigung ihrer in § 103 Absatz 3a Satz 13 festgelegten Verpflichtung zur Zahlung einer Entschädigung bei nicht Nachbesetzung und den nach § 105 Absatz 3 Satz 1 freiwilligen Verzicht auf die Zulassungen als Vertragsarzt nun mit Mitteln aus dem Strukturfonds nachkommen.

- c) In einem neuen Absatz 1b wird die bislang in Absatz 1 geregelte Möglichkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen, Eigeneinrichtungen zu betreiben oder sich an solchen zu beteiligen, erweitert. Zum einen können Einrichtungen auch durch Kooperationen und gemeinsam mit Krankenhäusern und auch in Form von mobilen Praxen, Patientenbussen oder ähnliche Versorgungsangebotsformen sowie für die Durchführung von mobilen oder digitalen Sprechstunden betrieben werden. Zum anderen werden Kassenärztliche Vereinigungen zum Betreiben von Eigeneinrichtungen verpflichtet, wenn Unterversorgung eingetreten ist oder in absehbarer Zeit droht. Die Vergütung erfolgt äquivalent zu den anderen Leistungserbringern nach den Regelungen §§ 87 bis 87c.
- d) Absatz 3, der die finanzielle Förderung des freiwilligen Verzichts auf eine Zulassung als Vertragsarzt und die Möglichkeit des Aufkaufs von Arztpraxen bei Ausschreibungsverzicht in einem gesperrten Planungsbereich durch die Kassenärztliche Vereinigung regelt, wird gestrichen. Stattdessen wurden – wie unter b) ausgeführt – die Förderung des freiwilligen Verzichts auf die Zulassung und eine Entschädigungszahlung, wenn der Zulassungsausschuss den Antrag eines Nachbesetzungsverfahrens abgelehnt hat als mögliche Verwendungszwecke für die Mittel des Strukturfonds aufgenommen. Die bisherige Möglichkeit, in gesperrten Planungsbereichen den Aufkauf von Arztpraxen finanziell zu fördern, wenn auf eine

Ausschreibung zur Nachbesetzung verzichtet wird, wird nicht mehr explizit genannt.

- e) Nach Neufassung des Absatz 4 sind in Gebieten, in denen Unterversorgung besteht oder droht oder zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht, obligatorisch regionale Sicherstellungszuschläge zu zahlen. Die Landesausschüsse entscheiden demnach lediglich noch über die Höhe der Sicherstellungszuschläge und über die Anforderungen an den berechtigten Leistungserbringerkreis, jedoch nicht mehr ob Zuschläge gewährt werden oder nicht.

## **B Stellungnahme**

zu a) Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Notwendigkeit der Benehmensherstellung mit den Krankenkassen gestrichen wird, weswegen eine Wiederaufnahme im neuen Absatz 1b wenigstens für Eigeneinrichtung gefordert ist, die nicht verpflichtend von der KV einzurichten sind.

zu b) Die Verpflichtung zur Einrichtung eines Strukturfonds wird als nicht sinnvoll erachtet. Vor allem in sehr gut versorgten Planungsbereichen wie beispielsweise Ballungsgebieten mit Überversorgung, besteht das Risiko, Versicherungsgelder in nicht notwendige Maßnahmen zu „versenken“. Dies wird durch die einzustellende Mindestsumme und die Verpflichtung zur vollständigen Verwendung der Gelder verstärkt. Im Zusammenspiel mit der Verpflichtung wäre es daher wünschenswert, auf die Untergrenze zu verzichten, sowie nicht verwendete Gelder an die Krankenkassen bzw. in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zurückzuführen.

Die Flexibilisierung der Fördersumme wird begrüßt. Grundsätzlich ist es unabdingbar, dass die Krankenkassen bezüglich der geförderten Maßnahmen ein Mitspracherecht erhalten bzw. zumindest ins Benehmen zu setzen sind. Vor allem vor dem Hintergrund, dass der Strukturfonds auch zur Förderung von KV-Eigeneinrichtungen eingesetzt werden kann.

Durch die Streichung des bisherigen Absatzes 3 entfällt die Möglichkeit, den Verzicht auf eine Ausschreibung zur Nachbesetzung nach § 103 Absatz 4 Satz 1, finanziell zu fördern. Stattdessen werden die Entschädigungszahlungen nach § 103 Absatz 3a Satz 13 aufgenommen, obwohl diese nach demselben Satz von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu zahlen sind. Es wird gefordert, die Entschädigungszahlungen aus der Liste der Verwendungszwecke zu streichen und stattdessen den Ausschreibungsverzicht zu ergänzen.

Darüber hinaus wird angeregt, die Kassenärztlichen Vereinigungen dazu zu verpflichten, im Landesausschuss über die Art der Fördermaßnahmen, die Höhe der jeweils eingesetzten Mittel sowie deren Wirkung zu berichten. Eine bundesweite Evaluation der Effekte der Strukturfonds mit dem Ziel, ggf. bundeseinheitliche Kriterien festzulegen, wird als sinnvoll erachtet.

zu c) Grundsätzlich ist es zu begrüßen, dass der Betrieb von Eigeneinrichtungen erweitert und flexibilisiert wird. In unterversorgten oder drohend unterversorgten Gebieten sind die Kassenärztlichen Vereinigungen zukünftig verpflichtet, Eigeneinrichtungen zu betreiben. Zu begrüßen sind die Kooperationen mit Krankenhäusern. Abzulehnen ist, dass die Krankenkassen, sofern es sich um die verpflichtende Sicherstellung handelt, nicht eingebunden werden. Wir plädieren grundsätzlich dafür, dass alle Eigeneinrichtungen in den Bedarfsplänen auszuweisen sind.

zu d) Die Streichung des freiwilligen Verzichts auf eine Zulassung als Vertragsarzt kann aufgrund des neuen Absatz 1a Satz 3 nachvollzogen werden – obwohl die Mittel hierfür bisher allein durch die Kassenärztliche Vereinigung zu tragen waren. Warum die Fördermöglichkeit des Aufkaufs von Arztpraxen bei Ausschreibungsverzicht in einem gesperrten Planungsbereich gestrichen wird (bzw. nicht in der Neufassung des Absatz 1a gelistet wird), erschließt sich uns nicht (vgl. hierzu b)).

zu e) Bevor eine verpflichtende Zahlung von Sicherstellungszuschlägen festgelegt wird, sind derartige finanzielle Anreize auf ihre Wirkung hin zu untersuchen.

Kassenärztliche Vereinigungen werden zum Betreiben von Eigeneinrichtungen verpflichtet, weswegen finanzielle Anreize als nicht notwendig erachtet werden. Darüber hinaus können diese bereits über den Strukturfonds gefördert werden. Eine zusätzliche finanzielle Förderung über Strukturzuschläge wird abgelehnt.

## C Änderungsvorschlag

zu a) keine Änderung

zu b) Wird an der Verpflichtung zur Einrichtung eines Strukturfonds festgehalten, sollten zumindest die Mindestgrenze aufgehoben werden (Textierung: Die Angabe „0,1 Prozent“ wird durch die Wörter „bis zu 0,2 Prozent“ ersetzt.) sowie die nicht verwendeten Mittel an die Krankenkassen bzw. in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zurückfließen (Textierung: „Nicht verwendete Mittel fließen zurück an die Krankenkassen bzw. in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung.“)

Die Maßnahme Nr. 6 des Absatz 1 a, Satz 3 wird wie folgt gefasst „Förderung des freiwilligen Verzichts auf die Zulassung als Vertragsarzt und Verzicht auf eine Ausschreibung zur Nachbesetzung nach § 103 Absatz 4 Satz 1 in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind.“

Die Benehmensherstellung sowie die Meldepflicht und die Evaluation sind einzuführen: „Für den Einsatz der Mittel des Strukturfonds bedürfen die Kassenärztlichen Vereinigungen des Benehmens mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, im Landesausschuss über die Art der Fördermaßnahmen, die Höhe der jeweils eingesetzten Mittel sowie deren Wirkung zu berichten. Mit dem Ziel, ggf. bundeseinheitliche Kriterien festzulegen, ist in regelmäßigen Abständen eine bundesweite Evaluation der Effekte der Strukturfonds durchzuführen.“

zu c) Die Benehmensherstellung ist beizubehalten: „Zum Betreiben von Einrichtungen, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten dienen, oder zur Beteiligung an solchen Einrichtungen bedürfen die Kassenärztlichen Vereinigungen des Benehmens mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen.“

zu d) Aufgrund der Änderungen zu b) kann die Streichung des Absatz 3 erfolgen.

zu e) Keine Aufnahme des Absatz 4 Satz 1

## Nr. 52 § 106a SGB V Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen

### A Beabsichtigte Neuregelung

Neufassung des § 106a SGB V: Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Ärzte.

Absatz 4 des § 106a SGB V wird ergänzt. Die Ergänzung bezieht sich auf die Verpflichtung, in den Vereinbarungen nach § 106 Absatz 1 Satz 2 sowie für die Prüfungen nach Absatz 1 und nach Satz 3 Praxisbesonderheiten festzulegen.

Praxisbesonderheiten ergeben sich aus Besonderheiten in Standort- und Strukturmerkmalen des Leistungserbringers, oder auch den Besonderheiten bestimmter Behandlungsfälle. Die Praxisbesonderheiten sind vor Durchführung der Prüfungen als besonderer Versorgungsbedarf anzuerkennen, dies gilt insbesondere auch bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von Besuchsleistungen.

### B Stellungnahme

Es ist nicht nachvollziehbar, warum der Gesetzgeber die Notwendigkeit sieht, evtl. Praxisbesonderheiten verpflichtend festzulegen.

Aus Sicht der Krankenkassen finden bei der Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen Besonderheiten Berücksichtigung die sich aus besonderen Standort- und Strukturmerkmalen ergeben. Auch wird davon ausgegangen, dass das Vorliegen besonderer Behandlungsfälle in der zu prüfenden Arztpraxis berücksichtigt wird.

### C Änderungsvorschlag

Streichung der Änderung.

## **Nr. 53 §106 b SGB V Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher verordneter Leistungen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Änderung zur Vereinheitlichung des Schiedswesens im Zusammenhang mit § 89 SGB V.

### **B Stellungnahme**

Folgeänderung zur Neufassung von § 89 SGB V.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Nr. 55 § 114 Absatz 2 und Absatz 5 SGB V Landesschiedsstelle**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

- a) Es wird in Absatz 2 festgelegt, dass bei Nichteinigung der Besetzung der Unparteiischen in der Landesschiedsstelle nach § 114 nicht mehr das Losverfahren gilt sondern gemäß § 89 Absatz 6 Satz 3 die Bestellung des Vorsitzenden, der weiteren unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreter nach Fristsetzung durch die Aufsichtsbehörde erfolgt.
- b) Redaktionelle Folgeänderung in Absatz 5 bei Aufhebung des Verweisparagrafen.

### **B Stellungnahme**

- a) Siehe Stellungnahme zu Nr. 45 § 89.
- b) Redaktionelle Folgeänderung

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Nr. 56 § 115 SGB V Dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Schiedswesen - Anpassung an die Neuregelungen im §89a SGB V.

### **B Stellungnahme**

Folgerichtige Anpassung zur Vereinheitlichung des Schiedswesens.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Nr. 56 § 115 Absatz 3 und Absatz 3a SGB V Dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

a) Es wird die Zuständigkeit des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums nach § 89a geregelt, wenn ein dreiseitiger Landesvertrag ganz oder teilweise nicht zustande kommt.

b) Der Absatz 3a wird aufgehoben.

### **B Stellungnahme**

a) Zur Konfliktlösung bei den dreiseitigen Verträgen auf Landesebene war bisher die sogenannte erweiterte Landesschiedsstelle vorgesehen. Bei der beabsichtigten Neuregelung handelt es sich um eine Folgeregelung durch die Einführung des § 89a und die nachvollziehbare Regelung, auch für die dreiseitigen Landesverträge zur Konfliktlösung die sektorenübergreifenden Schiedsgremien vorzusehen.

b) Eine Sonderregelung zur Konfliktlösung für eine Notdienstvereinbarung ist nicht erforderlich.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## Nr. 57 § 115b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Es wird die Zuständigkeit des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums nach § 89a für die Bundesvereinbarung zum ambulanten Operieren im Krankenhaus (AOP-Vertrag) geregelt.

### **B Stellungnahme**

Bei der beabsichtigten Neuregelung handelt es sich um eine Folgeregelung durch die Einführung des § 89a. Der AOP-Vertrag ist ein dreiseitiger Bundesvertrag und die Zuständigkeit des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums zur Konfliktlösung konsequent.

Der auf Bundesebene vereinbarte AOP Vertrag mit Laufzeit ab 01.06.2012, gilt ohne Zeitbeschränkung unverändert weiter und wird nicht turnusmäßig neu vereinbart. Daher ist die gewählte Formulierung, die eine Konfliktlösung im Fall des ganzen oder teilweisen Beendens der Vereinbarung vorsieht, sachlogisch. Das Schiedsgremium entscheidet automatisch, wenn bis zum Ende der Vereinbarungszeit keine Neuvereinbarung zustande kommt. Damit wird einer wesentlichen Verzögerung für eine Neuvereinbarung entgegengewirkt.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Nr. 58 § 116b SGB V Ambulante spezialfachärztliche Versorgung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Schiedswesen - Anpassung an die Neuregelungen im §89a SGB V.

### **B Stellungnahme**

Folgerichtige Anpassung zur Vereinheitlichung des Schiedswesens.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## Nr. 59 § 117 SGB V Hochschulambulanzen

.

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Schiedswesen - Anpassung an die Neuregelungen im §89a SGB V.

### **B Stellungnahme**

Folgerichtige Anpassung zur Vereinheitlichung des Schiedswesens.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## Nr. 60 § 118 SGB V Psychiatrische Institutsambulanzen

.

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Schiedswesen PIAs - Anpassung an die Neuregelungen im §89a SGB V.

### **B Stellungnahme**

Folgerichtige Anpassung zur Vereinheitlichung des Schiedswesens.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## Nr. 61 § 118a SGB V Geriatrische Institutsambulanzen

.

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Schiedswesen GIAs - Anpassung an die Neuregelungen im §89a SGB V.

### **B Stellungnahme**

Folgerichtige Anpassung zur Vereinheitlichung des Schiedswesens.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

**Nr. 62 § 120 Absatz 3a Satz 1 SGB V Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen**

**A Beabsichtigte Neuregelung**

Redaktionelle Änderung zum §89a SGB V.

**B Stellungnahme**

Keine

**C Änderungsvorschlag**

Keiner

## Nr. 63 § 129 Abs. 5 SGB V Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung

### A Beabsichtigte Neuregelung

Künftig ist in den ergänzenden Verträgen der Krankenkassen oder ihrer Verbände mit der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Organisation der Apotheker auf Landesebene sicherzustellen, dass die Krankenkassen die Kosten für Impfstoffe bis zum Preis des zweitgünstigsten Herstellers übernehmen. Dies sei aus Gründen der Versorgungssicherheit erforderlich, um zu gewährleisten, dass Impfstoffe verschiedener Hersteller für die Versorgung zur Verfügung stehen.

### B Stellungnahme

Die Regelung ist abzulehnen, sie stärkt in keiner Weise die Versorgungssicherheit, führt zu unwirtschaftlichen Mehrkosten für die GKV und damit für die Versicherten und wirkt letztlich allein als zusätzliche lukrative Einnahmequelle zugunsten der Apotheken.

Anders als dem eigentlichen Regelungsziel zu entnehmen ist, wird nicht der Grippeimpfstoffmarkt, sondern der gesamte Impfstoffmarkt mit einem GKV-Ausgabenvolumen von 1,2 Mrd. Euro brutto im Jahr 2017 adressiert. Dabei wird das Wirtschaftlichkeitsgebot ausgehebelt: Denn für den überwiegenden Teil der Impfstoffe gibt es lediglich zwei Anbieter im Markt, damit ist der zweitgünstigste gleichzeitig auch der teuerste Anbieter. Mit der vorgesehenen Regelung werden die letzten verbleibenden wirksamen Instrumente einer Preissteuerung für den Impfstoffmarkt in Deutschland abgeschafft. Hersteller können ihren Preis ohnehin dauerhaft frei bestimmen – nun noch nicht einmal mit einem Anreiz zur Preisreduktion.

Im Gegensatz zu anderen Fertigarzneimitteln gelten beim direkten Bezug von Impfstoffen durch den Arzt – also dem üblichen Bezugsweg für den Sprechstundenbedarf bei Impfstoffen – nicht die Arzneimittelpreisverordnung und daher auch nicht das Rabattverbot der Apotheken. Diese dürfen im Einkauf Rabatte und Preisvorteile von Impfstoffherstellern annehmen. Ein Preiswettbewerb wird – insbesondere bei den Grippeimpfstoffen – durch die Neuregelung auf das Vertragsverhältnis Hersteller-Apothekerbeschränkt – und das zu Lasten der GKV-Versicherten, die die Rabattgewährung der Hersteller an Apotheken auf die fiktiven Listenpreise zu finanzieren haben. Apotheken (insbesondere auf Impfstoffe spezialisierte Versender) werden verstärkt von günstigen Einkaufskonditionen für die Direktbelieferung von Arztpraxen profitieren, die gesetzlichen Krankenkassen – und damit die GKV-Versicherten – haben dabei fiktive überhöhte Listenpreise zu erstatten. Denn ein Anreiz für den Impfstoffhersteller, Listenpreise abzusenken besteht nach der Neuregelung künftig nicht – im Gegenteil: Niedrige Listenpreise stellen sogar ein Vertriebshindernis dar, weil den einkaufenden Apotheken geringere Rabattmargen gewährt werden können. Dabei ist nicht davon auszugehen, dass die Apotheken, Einkaufsvorteile an die Versichertengemeinschaft weitergeben werden.

Bestehende Preisspielräume und Wirtschaftlichkeitsreserven im Markt verbleiben demnach ausschließlich in der Handelskette, statt den Beitragszahlern und der Versichertengemeinschaft zu Gute zu kommen.

Durch den Regelungsvorschlag wird zudem kein Beitrag zu einer höheren Versorgungssicherheit geleistet. Nach den bisherigen Erkenntnissen ist nicht davon auszugehen, dass gerade bei saisonalen Grippeimpfstoffen durch diese Neuregelung von einer verbesserten Absicherung gegen Lieferengpässe ausgegangen werden kann. Das

Lieferausfallrisiko kann dagegen zunehmen, wenn die Hersteller mit verbesserten Einkaufskonditionen um die Apotheken konkurrieren und die Apotheke dann den für sie lukrativsten Anbieter auswählt. Die Apotheke ist dabei keinesfalls daran gebunden, mindestens von zwei Anbietern Impfstoffe zu beziehen. Die gesetzlichen Krankenkassen werden mit der Neuregelung aber verpflichtet, die Kosten für Impfstoffe bis zum Preis des zweitgünstigsten Herstellers zu übernehmen.

Versorgungs- und Liefersicherheit sowie ein effektives Krisenmanagement durch Regelungen zur Stärkung der Transparenz bei sich andeutenden Lieferengpässen konnten allein die in den Verträgen zuletzt vorgesehenen Lieferverpflichtungen und flankierenden Maßnahmen aus den Impfstoffausschreibungen der GKV wirksam sicherstellen, denn durch die direkte Vertragsbeziehung war eine Verpflichtung zur frühzeitigen Kommunikation gewährleistet. Darüber hinaus sollte im Falle von Engpässen insgesamt mehr Transparenz in den dezentralen Lagerhaltungen von Großhandel, Apotheken bis hin zu Arztpraxen hergestellt werden. Nur so kann effektiv und gezielt reagiert und die Versorgung abgesichert werden.

### **C     Änderungsvorschlag**

Streichung

**Nr. 63 §129 Abs. 8 und Abs. 10 SGB V Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung**

**A Beabsichtigte Neuregelung**

Änderung zur Vereinheitlichung des Schiedswesens im Zusammenhang mit § 89 SGB V.

**B Stellungnahme**

Folgeänderung zur Neufassung von § 89 SGB V.

**C Änderungsvorschlag**

Keiner

**Nr. 64 §130b Abs. 5, Abs. 6 und Abs. 9 SGB V Vereinbarungen zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen über Erstattungsbeträge für Arzneimittel, Verordnungsermächtigung**

**A Beabsichtigte Neuregelung**

Änderung zur Vereinheitlichung des Schiedswesens im Zusammenhang mit § 89 SGB V.

**B Stellungnahme**

Folgeänderung zur Neufassung von § 89 SGB V.

**C Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Nr. 65 § 132a in Verbindung Nr. 45 § 89 SGB V - Versorgung mit häuslicher Krankenpflege**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Folgeänderung auf der Grundlage der Änderung des § 89. Das bisherige Losverfahren soweit sich die Rahmenempfehlungspartner zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege über den Vorsitzenden der gemeinsamen Schiedsstelle, die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter nicht einigen konnten, entfällt. Stattdessen erfolgt nach der neuen Regelung eine Bestellung durch die zuständige Aufsichtsbehörde für die Amtsdauer von vier Jahren. Die bisherige Amtsdauer bei Entscheidung durch Los beträgt ein Jahr.

### **B Stellungnahme**

Da es sich um eine Folgeänderung auf der Grundlage der Änderung des § 89 handelt, wird auf die Stellungnahme zu Nr. 45 § 89 SGB V verwiesen.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## Nr. 66 § 132d SGB V Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

### A Beabsichtigte Neuregelung

Vor dem Hintergrund des Beschlusses des OLG Düsseldorf vom 15.6.2018 (Az.VII – Verg 56/15), dass es sich bei den Verträgen zur SAPV um ausschreibungspflichtige öffentliche Aufträge handelt, gab es in der Folge Unsicherheiten in der vertraglichen Umsetzung. Die vertragliche Umsetzung des § 132d SGB V erfolgte bis dato im Rahmen eines nicht formalisierten Zulassungsverfahrens. Durch den neu gefassten Absatz 1 wird dieses Verfahren nunmehr gesetzlich abgesichert und im näheren beschrieben. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sollen einzeln oder gemeinsam mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen unter Berücksichtigung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung nach § 92 SGB V und der Empfehlungen nach § 37b Absatz 2 einheitliche Rahmenverträge über die Durchführung der Leistungen nach § 37b mit den maßgeblichen Vertretern der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung auf der Landesebene vereinbaren. Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages mit den Krankenkassen haben Personen oder Einrichtungen, die die in den Rahmenverträgen festgelegten Voraussetzungen erfüllen. Die bestehende Schiedsregelung aus dem bisherigen Absatz 1 wurde übernommen.

### B Stellungnahme

Die Neuregelung des Absatz 1 wird ausdrücklich begrüßt, da diese das in der Praxis bereits angewandte einvernehmliche vertragliche Verfahren zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen abbildet. Um in der bisherigen gesetzlichen und sprachlichen Systematik von ähnlichen Zulassungsverfahren - wie z.B. in der Häuslichen Krankenpflege - zu bleiben, wird vorgeschlagen, bei den Versorgungsverträgen, die auf der Länderebene geschlossen werden, von Rahmenverträgen zu sprechen. Im Rahmen der Verhandlungen zu Rahmenverträgen sollen die Richtlinien nach § 37b SGB V berücksichtigt werden. Dem Grunde nach handelt es sich um die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung nach § 92 SGB V, aus Sicht des AOK-Bundesverbandes sollte dieses so konkret benannt werden und der Begriff „Richtlinien nach § 37b SGB V“ sollte - analog der Formulierung in § 132d Abs. 3 Satz 2 SGB V - um die konkrete Rechtsvorschrift ergänzt werden.

### C Änderungsvorschlag

Es wird vorgeschlagen den § 132d Abs. 1 n.F. ist wie folgt anzupassen:

In § 132d Abs. 1 Satz 1 n.F. werden hinter dem Wort „§ 37b“ die Wörter „Absatz 3“ eingefügt und das Wort „Versorgungsverträge“ durch das Wort „Rahmenverträge“ ersetzt.

In § 132d Abs. 1 Satz 2 und 3 n.F. wird das Wort „Versorgungsvertrag“ durch das Wort „Rahmenvertrag“ ersetzt.

In § 132d Abs. 1 Satz 5 n.F. wird das Wort „Verträge“ durch die Wörter „Rahmen- und Versorgungsverträge“ ersetzt.

## **Nr. 67 § 134a Absatz 4 SGB V Versorgung mit Hebammenhilfe**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

In der bisherigen Regelung zur Schiedsstelle zur Hebammenhilfe wurde auf das Losverfahren im §89 verwiesen. Bei der Neugestaltung des § 89 wurde auf das Losverfahren verzichtet. Damit die bisherige Regelung des Losverfahrens und der damit verbundenen einjährigen Amtsdauer für die Schiedsstelle zur Hebammenhilfe weiter bestehen bleibt, wurden die entsprechenden Regelungen in den § 134a Abs. 4 übernommen.

### **B Stellungnahme**

Die Neuregelung entspricht dem Status quo des bisherigen Verfahrens. Das Losverfahren soll beibehalten werden, jedoch entsprechend einheitlich der Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 45 angepasst werden.

### **C Änderungsvorschlag**

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

„Kommt eine Einigung nicht zustande kommt, entscheidet das Los; § 89 Abs. 6 Satz 5 bis 7 gilt entsprechend.“

## **Nr. 68 § 135 Absatz 2 Satz 8 SGB V Bewertung der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Redaktionelle Folgeänderung zur Neuregelung und Satzzahländerung in § 87 Abs. 6 SGB V.

### **B Stellungnahme**

Keine

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Nr. 69 § 137e Absatz 4 Satz 5 SGB V Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Redaktionelle Folgeänderung zur Neuregelung des §89a SGB V.

Redaktionelle Schiedsamtentscheidungen werden nicht mehr in der erweiterten Schiedsstelle nach §115 Absatz 3 SGB V getroffen, sondern im neuen sektorenübergreifenden Schiedsgremium.

### **B Stellungnahme**

Die bisherige Sonderregelung, dass die Entscheidung innerhalb von sechs Wochen zu treffen ist, bleibt.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

**Nr. 70 § 140a Absatz 2 Satz 2 SGB V Besondere Versorgung****A Beabsichtigte Neuregelung**

Korrektur eines Verweisfehlers. Mit dem Präventionsgesetz vom 17.07.2015 wurde der frühere § 20d zu § 20i (Primäre Prävention durch Schutzimpfungen). Die Regelung holt eine bislang versäumte redaktionelle Folgeänderung nach.

**B Stellungnahme**

Zustimmung.

**C Änderungsvorschlag**

Keiner

**Nr. 71 § 188 Abs. 2 Satz 3 SGB V Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft****A Beabsichtigte Neuregelung**

Folgeänderung aufgrund der Streichung des Beitrittsrechts zur freiwilligen Versicherung nach § 9 Abs. 1 Nr. 6 SGB V, die die Regelung über den Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft für solche Personen entbehrlich macht.

**B Stellungnahme**

Die Streichung ist folgerichtig.

**C Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Nr. 72 § 190 Abs. 11a SGB V Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Folgeänderung aufgrund der Streichung des Beitrittsrechts zur freiwilligen Versicherung nach § 9 Abs. 1 Nr. 6 SGB V, die die Regelung über das Ende der freiwilligen Mitgliedschaft bei Erfüllung der Voraussetzungen des § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V entbehrlich macht.

### **B Stellungnahme**

Die Streichung ist folgerichtig.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## Nr. 73 § 197a SGB V Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (in Verbindung mit § 81a Absatz 3b und § 47a SGB XI)

### A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einfügung eines neuen § 197a Absatz 3b sollen die datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnisse im Zusammenhang mit der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (Fehlverhaltensstellen) der Krankenkassen und ihrer Landesverbände klargestellt werden. Es handelt sich um eine Parallelnorm zum vorgeschlagenen § 81a Absatz 3b; auf die Begründung zu dieser Vorschrift wird Bezug genommen.

### B Stellungnahme

Die Neuregelung des Absatz 3b wird ausdrücklich begrüßt.

Im Rahmen der Stellungnahme zum PpSG wurde seitens des AOK-Bundesverbandes ein in die gleiche Richtung gehender Änderungsvorschlag eingebracht.

Die Krankenkassen werden durch die neue Regelung in die Lage versetzt, sich mit den zuständigen Zulassungsstellen und dem MDK auszutauschen und bereits präventiv mögliche Schäden zu verhindern, soweit es für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten erforderlich ist. (Eine parallele Regelung soll in § 81a SGB V und § 47a SGB XI verankert werden.)

Jedoch wird die neue Regelung noch nicht allen datenschutzrechtlichen Unsicherheiten gerecht. Es muss den Einrichtungen nach Absatz 1 in begründeten Fällen möglich sein, den Medizinischen Diensten Daten übermitteln zu können. (Entsprechende Änderungen sind für den § 81a SGB V und § 47a SGB XI erforderlich).

Im Übrigen schließen wir uns den ausführlichen und sachgerechten Bewertungen des GKV-SV zur Nutzung einer GKV-Betrugspräventions-Datenbank vollinhaltlich an, welche nicht nur von Kassenseite, sondern auch von BKA und LKA zur Strafaufklärung dringend empfohlen wird.

### C Änderungsvorschlag

Es wird vorgeschlagen, dem neu eingefügten Absatz 3b folgende Sätze hinzuzufügen:

*Ebenso dürfen die in Satz 1 genannten Stellen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhoben oder an sie weitergegeben oder übermittelt wurden, an die in Absatz 1 genannten Einrichtungen übermitteln, soweit dies für die Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist.*

*Die Informationen dürfen auch unter Verwendung von Datenbanken zur Kenntnis gegeben werden, unabhängig davon, ob diese Datenbanken von den Einrichtungen selbst oder von Dritten betrieben werden. Die weitergegebenen Informationen dürfen ausschließlich zum Zweck der Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen verwendet werden.“*

## Nr. 74 § 217 f SGB V Aufgaben des Spitzenverbandes Bund

### A Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen sind gemäß § 3 der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung verpflichtet, eine Kassenordnung aufzustellen, über welche die Aufsichtsbehörde unterrichtet werden muss. Besteht eine Musterkassenordnung, müssen lediglich die Abweichungen gegenüber der Musterkassenordnung der Aufsichtsbehörde angezeigt werden.

Eine solche Musterkassenordnung kann seit Gründung des GKV-SV und Entkörperschaftung der Spitzenverbände der Kassenarten, nur noch der GKV-SV und die Landesverbände der Betriebskrankenkassen erlassen. Bisher gibt es keine Musterkassenordnung für alle gesetzlichen Krankenkassen. Zur Vereinfachung des Abstimmungsverfahrens mit den Aufsichtsbehörden soll der GKV-Spitzenverband nunmehr gesetzlich verpflichtet werden eine Musterkassenordnung zu erstellen.

### B Stellungnahme

Aus der Formulierung des § 3 SVRV lässt sich keine Verpflichtung zur Aufstellung einer kassenartenübergreifenden einheitlichen Musterkassenordnung ableiten.

Die Pflicht eine Kassenordnung aufzustellen besteht schon und es gibt schon die Möglichkeit eine Musterkassenordnung zu erlassen. Die Kassensicherheit ist somit flächendeckend gegeben.

Vor dem Hintergrund stark heterogener Strukturen (10 Mio. Versicherte versus 1000 Versicherte, bundesweit geöffnete Krankenkassen / geschlossene BKKs) der gesetzlichen Krankenkassen existieren je nach individuellem Bedarf detaillierte Kassenordnungen oder kompakte Kassenordnungen, die durch Dienstabweisungen präzisiert sind. Daher müssten, sogar wenn es eine solche gkv-weite Musterkassenordnung geben würde, die Mehrheit der gesetzlichen Krankenkassen in erheblichem Maße von einer solchen Musterkassenordnung abweichen, was den Abstimmungsbedarf mit der jeweiligen Aufsichtsbehörde im Vergleich zum Status Quo nicht maßgeblich verringern würde.

Eine für alle Träger der gesetzlichen Krankenversicherung gültige Musterkassenordnung könnte aufgrund der Heterogenität in der GKV lediglich die in § 8 SRVwV festgelegten Mindestbestandteile einer Kassenordnung beinhalten. Für die Verringerung oder gar Vermeidung von Abstimmungsprozessen mit der jeweiligen Aufsichtsbehörde wäre dies jedoch nicht ausreichend. Für die Aufstellung einer solchen Musterkassenordnung wurde daher bisher keine Grundlage gesehen.

Vor dem Hintergrund, dass die bestehenden Regelungen zur Kassenordnung und der Möglichkeit einer Musterkassenordnung bereits in einer Verordnung der Bundesregierung geregelt sind (SVRV), ist die angestrebte Ergänzung über das Fünfte Sozialgesetzbuch überflüssig.

### C Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Regelung wird gestrichen.

## **Nr. 75 § 225 Satz 1 Nummer 1 und 3 SGB V Beitragsfreiheit bestimmter Rentenantragsteller**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Änderung bewirkt, dass die gesetzliche Regelung zur Beitragsfreiheit für bestimmte Rentenantragsteller zukünftig auch für Waisenrentner gilt, die zum Zeitpunkt der Rentenantragstellung das 18. Lebensjahr bereits vollendet haben.

### **B Stellungnahme**

Bei der Einführung der Versicherungspflicht für Waisenrentner (§ 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 11b SGB V) durch das Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze und der daraus resultierenden Beitragsfreiheit bis zur Vollendung der Altersgrenzen nach § 10 Abs. 2 SGB V wurde eine Anpassung von § 225 SGB V zur Beitragsfreiheit während der Rentenantragstellung nicht vorgenommen. Die jetzt nachgeholte Änderung wird begrüßt, da ein unnötiger Verwaltungsaufwand durch die Erhebung von Beiträgen, die während der Rentenantragstellung zu fordern sind und nach Bewilligung bei einer Vielzahl von Rentenansprüchen wieder zu erstatten sind, vermieden wird. Besonders positiv wirkt es sich bei der bisher praktizierten unterschiedlichen Verfahrensweise für Waisenrentner, die das 18. Lebensjahr noch nicht bzw. das 18. Lebensjahr am Tag der Rentenantragstellung bereits vollendet hatten, aus. Waisenrentner sind unter Beachtung der Altersgrenzen nach § 10 Abs. 2 SGB V beitragsfrei, jedoch mussten Waisenrentnantragsteller in der Zeit zwischen Antragsstellung und Rentenbewilligung Beiträge entrichten, wenn sie das 18. Lebensjahr bei Antragstellung bereits vollendet hatten.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## Nr. 76 § 228 Abs. 2 SGB V Rente als beitragspflichtige Einnahmen

### A Beabsichtigte Neuregelung

Freiwillig Versicherte, die eine Rentennachzahlung erhalten, haben hieraus Beiträge zu entrichten. Dazu wird die Rente den Monaten des Nachzahlungszeitraums zugeordnet. Für freiwillig Versicherte stand jedoch dieser rückwirkenden Verbeitragung das Verwaltungsverfahrenrecht entgegen, da Beitragsbescheide mit Dauerwirkung grundsätzlich nicht rückwirkend aufgehoben oder ersetzt werden dürfen. Der beabsichtigte neue Satz 3 schafft hierfür Raum.

### B Stellungnahme

Die Neuregelung bringt hier das Materiell-rechtliche mit dem Verfahrensrechtlichen in Einklang. Danach kann künftig bei Rentennachzahlungen der mit Dauerwirkung erlassene Beitragsbescheid rückwirkend aufgehoben und durch einen neuen Beitragsbescheid ersetzt werden. Die Regelung wird mitgetragen.

### C Änderungsvorschlag

Keiner

## **Nr. 77 § 235 SGB V Beitragspflichtige Einnahmen von Rehabilitanden, Jugendliche und Behinderten in Einrichtungen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Redaktionelle Änderungen

### **B Stellungnahme**

Es wird der überholte Begriff „Behinderte“ durch „Menschen mit Behinderungen“ ersetzt bzw. ein Querverweis korrigiert.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Nr. 78 § 237 Satz 3 SGB V Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtiger Rentner**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Durch die Neuregelung werden Hinterbliebenenversorgungen nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V (Versorgungsbezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder aus einem Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften und Grundsätzen) von der Beitragspflicht in Anlehnung an die Beitragsfreiheit für Waisenrenten der gesetzlichen Rentenversicherung, Hinterbliebenenversorgungen der berufsständischen Versorgungseinrichtungen und für die nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte geleistete Waisenrente befreit.

### **B Stellungnahme**

Mit der Beitragsfreiheit für Versicherte mit Waisenrenten der gesetzlichen Rentenversicherung wurden auch Bezüge der berufsständischen Versorgungseinrichtungen und die Hinterbliebenenbezüge nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte von der Beitragspflicht befreit. Vor dem Hintergrund der beabsichtigten Regelungsänderung, dass zudem auch die o.g. Versorgungsbezüge in der Hinterbliebenenversorgung von der Beitragspflicht befreit werden, ist unklar, warum eine allgemeine Erstreckung auf Waisenrenten nicht erfolgt. Weiterhin beitragspflichtig sind demnach u.a. die Hinterbliebenenversorgungen der betrieblichen Altersversorgung. Ob eine unterschiedliche beitragsrechtliche Würdigung derartiger Waisenversorgungen weiterhin politisch gewollt ist, ist im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen.

### **C Änderungsvorschlag**

Nr. 78 wird wie folgt gefasst:

In § 237 Satz 3 werden nach dem Wort „für“ die Wörter „die Leistungen der Hinterbliebenenversorgung nach § 229 Absatz 1 Satz 1 und“ eingefügt.

## **Nr. 79 § 256 Absatz 1 Satz 1 SGB V Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Bisher sind Zahlstellen im sogenannten Zahlstellenverfahren nur dann zum Einbehalt und zur Abführung von Beiträgen aus gezahlten Versorgungsbezügen verpflichtet, wenn Versicherungspflichtige eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen. Diese Einschränkung wird aufgehoben. Zudem wird auch die Begrenzung für kleinere Zahlstellen (bis 30 Versorgungsbezieher) aufgehoben, diese haben derzeit noch ein Antragsrecht, nach dem die Beiträge durch die Krankenkasse vom Mitglied zu erheben sind.

### **B Stellungnahme**

Das mit beiden Streichungen von Begrenzungen des Zahlstellenverfahrens verfolgte Ziel, einen bürokratiearmen und wirtschaftlichen Beitragseinzug zu erreichen, wird begrüßt.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## Nr. 80 § 274 SGB V Prüfung der Krankenkassen und ihrer Verbände

### A Beabsichtigte Neuregelung

Zur Unterstützung der Prüfung nach § 274 Absatz 1 Satz 2 SGB V über den GKV-Spitzenverband, den Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbandes und die Kas- senärztlichen Bundesvereinigungen soll der Prüfbehörde die Möglichkeit eröffnet wer- den, in einzelnen Prüfbereichen und in besonderen Fällen Wirtschaftsprüfer oder spe- zialisierte Rechtsanwaltskanzleien zu beauftragen.

### B Stellungnahme

Die vorliegende Gesetzesänderung soll eine neue Aufsichtsbefugnis des Bundesminis- teriums für Gesundheit (BMG) u.a. in Bezug auf den Spitzenverband Bund der Kran- kenkasse (GKV-Spitzenverband) schaffen. Das BMG soll bei der Prüfung der Ge- schäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung bei fachlich komplexen Sachverhalten, die Spezialwissen erfordern, Wirtschaftsprüfer oder spezialisierte Rechtsanwaltskanzleien mit Prüfungen beauftragen können.

Bei der staatlichen Aufsicht, der die Sozialversicherungsträger unterliegen, handelt es sich grundsätzlich um eine Rechtsaufsicht. Die Aufsichtsbehörden prüfen die Ge- schäfts- und Rechnungsführung des einzelnen Versicherungsträgers. Dazu gehört auch die vorgeschaltete Beratung der jeweiligen Selbstverwaltungseinrichtung über die Behebung eines rechtswidrigen Zustandes. Das Aufsichtsrecht im Bereich der Sozial- versicherung ist angesichts des prägenden Selbstverwaltungsprinzips kooperativ aus- gestaltet und soll sich daher sinnvollerweise in unmittelbarer Beziehung zwischen Auf- sicht und jeweiliger Selbstverwaltung vollziehen. Allerdings ist seit den letzten Jahren eine Entwicklung der Externalisierung von Kontrolle festzustellen, die diesem Grund- prinzip zuwiderläuft. Bereits an anderer Stelle hat das Gesetz die eigenverantwortliche Zuständigkeit des BMG zu Lasten der vorgenannten Aufsichtsgrundsätze durchbro- chen:

- Gem. § 274 Abs.1 Satz 3 SGB V besteht bereits jetzt die Möglichkeit, dass das BMG die Prüfung u.a. des GKV-Spitzenverbandes auf eine öffentlich-rechtliche Prüfungseinrichtung übertragen kann.
- Seit dem 1. 7. 2008 unterliegen die in § 274 SGB V genannten Einrichtungen gem. § 274 Abs. 4 SGB V auch der externen Prüfung der Haushalts- und Wirt- schaftsführung durch den Bundesrechnungshof.
- Auf Grund der mit Wirkung zum 1. 1. 2012 erfolgten Ergänzung des § 77 Abs. 1a SGB IV ist die Jahresrechnung der gesetzlichen Krankenkassen nunmehr von einem Wirtschaftsprüfer oder vereidigten Buchprüfer zu prüfen und zu tes- tieren. Die Regelung gilt gem. § 217d Abs. 2 S. 3 SGB V auch für den GKV- Spitzenverband
- Auch mit dem GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz – GKV-SVSG – wurde diese Entwicklung durch die Schaffung der Aufsichtsmittel einer „Entsandten Person“ (§ 217h SGB V) und eines „Beauftragten“ (§ 217i SGB V) beim GKV- Spitzenverband fortgesetzt.

Die Vielzahl der ohnehin schon existierenden externen Prüfungsbefugnisse durch ein- gesetzte bzw. zwischengeschaltete Dritte wird durch die nunmehr vorgesehene Rege- lung nochmals erweitert, ohne dass ein entsprechender Bedarf erkennbar oder in der Gesetzesbegründung nachvollziehbar dargestellt wäre. Die Umsetzung einer Strategie „viel hilft viel“ führt keinesfalls zum Aufbau von Vertrauen in die kompetente und kon-

sistente Wahrnehmung der Rechtsaufsicht. Damit nimmt der Gesetzgeber in Kauf, dass die gebotene Nähe der Aufsicht zu den jeweils beaufsichtigten Selbstverwaltungseinrichtungen ebenso verloren geht wie die klare Zuordnung von Verantwortlichkeiten. Zudem ist kritisch anzumerken, dass die Neuregelung sehr unbestimmt („*in bestimmten Fällen*“ bzw. „*mit einzelnen Bereichen*“) und nicht hinreichend konkret formuliert ist.

Rechtspolitisch wünschenswert wäre demnach allenfalls, dass der Gesetzgeber vor den durch zusätzliche Externalisierung erwarteten Kompetenz- und Qualitätssteigerungen die bereits bestehende Vielzahl von externen Kontroll- und Aufsichtsprozessen anhand der praktischer Erfahrungswerte bewertet und im ersten Schritt auf interne Prozess- und Organisationsoptimierung bis hin zur Gewinnung entsprechend qualifizierter Mitarbeiter hinwirkt. Es muss primäres Ziel sein, die betreffenden Prüfungen und die darin einbezogenen Dritten auf ein für erforderlich gehaltenes Maß zurückzufahren, um einerseits dem Prinzip der kooperativen Aufsichtsführung und andererseits dem Wirtschaftlichkeitsgebot hinreichend Rechnung zu tragen.

### **C     Änderungsvorschlag**

Die Regelung wird gestrichen.

## **Nr. 81 § 275 Abs. 1 SGB V Begutachtung und Beratung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Es handelt sich um eine Folgeregelung aufgrund der Aufnahme der vertragszahnärztlichen Gutachterverfahren im § 87 Absatz 1c SGB V.

### **B Stellungnahme**

Die Folgeregelung mit dem Verweis auf § 87 Absatz 1c SGB V ist korrekt und daher zuzustimmen. Offensichtlich hat sich ein Übertragungsfehler im Referentenentwurf ergeben. Es wird in Nr. 81 auf 1b statt auf 1c des § 87 verwiesen. Dies muss korrigiert werden.

### **C Änderungsvorschlag**

Artikel 1 Nr. 81 wird wie folgt gefasst:

Im § 275 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Das im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehene Gutachterverfahren nach § 87 Absatz 1c bleibt unberührt.“

## Nr. 82 Buchstabe a) § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr.7 SGB V Sozialdaten bei den Krankenkassen

### A Beabsichtigte Neuregelung

- a) Es handelt sich um eine Folgeregelung aufgrund der Aufnahme der vertragszahnärztlichen Gutachterverfahren im § 87 Absatz 1c SGB V und der damit notwendig werdenden Erhebung und Verarbeitung von Sozialdaten.
- b) Erhebung und Speicherung von Sozialdaten zum Abschluss von Vergütungsverträgen wird für Verträge außerhalb des §87a gesetzlich legitimiert. Dazu gehören z. B. § 85 Abs. 3 - Vertragszahnärzte, § 115 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 -ergänzende Regelungen zur Vergütung im Notdienst, § 120 Absatz 1a bis 3 - Kinderspezialambulanzen, Hochschulambulanzen, psychiatrische Institutsambulanzen, sozialpädiatrische Zentren und medizinische Behandlungszentren sowie § 137e Absatz 4 – Vergütung von Leistungserbringern im Rahmen der Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vertragszahnärztlichen Bereich sowie die vor- und nachstationäre Versorgung (§115a Abs. SGB V).
- c) Mit der vorgesehenen Streichung in § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 13 wird klargestellt, dass die Krankenkassen für die Durchführung von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen bei Selektivverträgen die Sozialdaten auch dann benötigen, wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen an den Selektivverträgen beteiligt sind.

### B Stellungnahme

- a) Mit der gesetzlichen Legitimierung des vertragszahnärztlichen Gutachterverfahrens, ist die gesetzliche Folgeregelung zur Erhebung und Speicherung von personenbezogenen Daten konsequent und damit zu befürworten.
- b) Diese Regelung ist zu befürworten. Der Gesetzgeber geht mit dem Vorschlag den richtigen Weg, die Nutzung der Sozialdaten zur Vorbereitung und Vereinbarung von Vergütungsverträgen für ärztliche und zahnärztliche Leistungserbringer zu ermöglichen. Allerdings ist die Beschränkung auf diesen Versorgungsbereich nicht konsequent. Vielmehr ist eine Öffnung für alle auf Landesebene zu schließenden Vergütungsverträge für die Leistungserbringer sachgerecht. Der Verwendungsbedarf und die Sinnhaftigkeit sind gleichermaßen für alle Vergütungsverträge begründet.
- c) Diese Regelung ist zu befürworten.

### C Änderungsvorschlag

- a) Keiner
- b) § 284 Absatz 1 Satz 1 Nr. 12 wird wie folgt geändert:  
„In Nummer 12 werden die Wörter „nach dem § 87a“ gestrichen.“
- c) Keinen

## **Nr. 82 Buchstabe b) § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 12 SGB V Sozialdaten bei den Krankenkassen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Erhebung und Speicherung von Sozialdaten zum Abschluss von Vergütungsverträgen wird auch für den vertragszahnärztlichen Bereich gesetzlich legitimiert.

### **B Stellungnahme**

Ziel dieser gesetzlichen Regelung ist die Erhebung und Speicherung von Daten durch die Krankenkassen, zur Vorbereitung, Vereinbarung und Durchführung von Vergütungsverträgen im vertragszahnärztlichen Bereich. Diese Regelung ist zu befürworten.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## Nr. 83 § 291a SGB V Elektronische Patientenakte

### A Beabsichtigte Neuregelungen

Den Versicherten soll ermöglicht werden, mittels eines sicheren Authentifizierungsverfahrens ohne Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte auf die Daten der elektronischen Patientenakte zuzugreifen. Wenn der Versicherte in die Nutzung dieses Verfahrens einwilligt, soll er dabei auch eigene mobile Endgeräte wie Smartphones oder Tablets nutzen und selbstständig auch ohne Anwesenheit eines Leistungserbringers auf seine Daten zugreifen sowie Berechtigungen zum Zugriff auf seine Daten erteilen können.

Durch diese erweiterten Zugriffsmöglichkeiten auf die elektronische Patientenakte entfällt die Notwendigkeit eines separaten elektronischen Patientenfachs. Patientenfach und Patientenakte werden deshalb begrifflich zusammengeführt.

Neben den Zugriffsmöglichkeiten soll auch das Berechtigungsmanagement für die medizinischen Anwendungen vereinfacht werden. Der Versicherte soll in Zukunft seine Einwilligungen auch gegenüber dem Anbieter einer elektronischen Patientenakte geben können und diese muss auch nicht auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden. Bei der Verwaltung der Einwilligungen sind die Regelungen der DSGVO zu beachten.

Dem Gesetzesentwurf zufolge sollen Krankenkassen verpflichtet werden, ihren Versicherten spätestens ab 1.1.2021 eine elektronische Patientenakte (ePA) zur Verfügung zu stellen und sie in verständlicher Form über deren Funktionsweise zu informieren.

### B Stellungnahme

Die vereinfachte Zugriffsmöglichkeit der Versicherten auf ihre Daten in der elektronischen Patientenakte ist sehr zu begrüßen. Damit wird die Stellung der Versicherten gestärkt, weil klargestellt wird, dass diese auf alle ausgetauschten Unterlagen Zugriff haben. Das Zwei-Schlüssel-Prinzip wird entscheidend abgeschwächt, wenn auch noch nicht vollständig aufgehoben. Dass der Zugriff über Mobilgeräte ermöglicht werden soll ist sehr erfreulich. Damit wird eine langjährige Forderung der AOK umgesetzt. Gleiches gilt auch für die Erleichterung der Einwilligungsmöglichkeiten für Versicherte. Anstelle eines komplexen Prozesses unter Einbeziehung eines Leistungserbringers, können die Versicherten Einwilligungen gegenüber den Anbietern ihrer elektronischen Patientenakte machen. Das schafft die Grundlage für ein zukunftsfähiges und selbstbestimmtes Berechtigungsmanagement durch die Versicherten.

Die Verpflichtung, dass Krankenkassen ihren Versicherten eine elektronische Patientenakte zur Verfügung stellen müssen, ist sehr zu begrüßen. Damit wird klargestellt, dass eine ePA durch die Krankenkassen ausgewählt und angeboten wird und nicht etwa von Dritten angebotene Akten finanziert werden. Den Krankenkassen steht es dabei – laut Gesetzesbegründung – frei, über die Anforderungen der gematik hinaus zusätzliche Angebote für ihre Versicherten in den Patientenakten anzubieten, welche damit die Plattform für alle Anwendungen bildet. Dieser Gestaltungsspielraum ist für einen Innovationswettbewerb der Krankenkassen zentral und sollte deshalb explizit im Gesetz festgeschrieben werden (siehe Änderungsvorschlag unten sowie Anpassungswunsch zu §67 SGB). Dazu gehört auch, dass die Spezifikation der gematik für die elektronische Patientenakte offen und erweiterbar formuliert wird und Grundsätze der Interoperabilität beachtet werden.

Während die gematik die Vorgaben für Interoperabilität, Datenschutz und Datensicherheit auf Seiten der Telematikinfrastruktur und der Leistungserbringer vorgibt, sollte die Gesetzliche Krankenversicherung die Vorgaben für die zusätzlichen Anwendungen für die Versicherten und bei einem Krankenkassenwechsel die Portabilität der Daten verantworten.

### **C     Änderungsvorschlag**

Dem Artikel 1 Nr. 83 Buchstabe c wird folgender Satz angefügt:

„Die Krankenkassen können über die Anforderungen der Gesellschaft für Telematik hinaus zusätzliche Angebote für ihre Versicherten in den Patientenakten anbieten. Die Anforderungen an die elektronische Patientenakte nach § 291a Absatz 3 Nummer 4 sind offen und erweiterbar zu formulieren.“

## Nr. 84 § 291b SGB V Gesellschaft für Telematik

### A Beabsichtigte Neuregelungen

Für das Zugriffsverfahren der Versicherten wird eine Abweichung vom üblichen Zulassungsverfahren für die Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur vorgesehen. Anstelle einer Sicherheitszertifizierung durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) muss die gematik sich über das Zulassungsverfahren und die Sicherheitsanforderungen nur mit dem BSI ins Benehmen setzen. Das schafft die Voraussetzung für einen Zugriff mit Mobilgeräten.

Außerdem wird die gematik verpflichtet, das Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich über an das BSI gemeldete Störungen in Kenntnis zu setzen, sowie es nach dessen Vorgaben über die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben zu informieren und Unterlagen vorzulegen.

### B Stellungnahme

Die Vereinfachung des Zulassungsverfahrens für den Zugriff der Versicherten auf ihre Daten ist sehr zu begrüßen. Das schafft die Möglichkeit für einen zeitgemäßen, alleinverantwortlichen und mobilen Zugriff durch die Versicherten.

Die zusätzlichen Berichtspflichten für die gematik werden nicht als Beitrag zu einer Beschleunigung der Entscheidungsprozesse gesehen. Anstatt neue Pflichten zu schaffen, sollte eher die Rolle der gematik neu im Sinne einer Netzagentur definiert werden, um den Rahmen für einen Innovationswettbewerb für digitale Vernetzungslösungen zu schaffen, wie Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung dies bereits auch schon öffentlich angekündigt haben.

### C Änderungsvorschlag:

An dieser Stelle erfolgt kein konkreter Änderungsvorschlag. Grundsätzlich sollte die Rolle der gematik in § 291b SGB V neu definiert bzw. geschärft werden. Im Sinne einer Netzagentur sollte sie die Zuständigkeit für grundlegende Infrastruktur und Schnittstellen sowie für digitale Identitäten der Beteiligten haben, jedoch nicht für die Ausgestaltung oder gar den Betrieb von Fachanwendungen verantwortlich sein. Fachliche Vorgaben sollten von den Krankenkassen, unter Beteiligung der Leistungserbringer festgelegt werden. Vernetzte digitale Anwendungen und Dienste sollten in einem regulierten Wettbewerb entstehen.

## Nr. 85 § 293 SGB V Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer

### A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird die Zuständigkeit des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums nach § 89a für die Vereinbarung eines bundesweiten Verzeichnisses aller in Krankenhäusern nach §108 SGB V und deren Ambulanzen tätigen Ärzte geregelt.

### B Stellungnahme

§ 293 regelt u. a. dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft in Einvernehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung das Nähere zu einem Verzeichnis der im Krankenhaus oder deren Ambulanzen tätigen Ärzte vereinbaren. Bisher galt, dass wenn eine Vereinbarung nicht zustande kommt, ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Bundesschiedsamt nach § 89 Absatz 4 festgelegt wird, das hierzu um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie der Krankenkassen in jeweils gleicher Zahl erweitert wird und mit einfacher Stimmenmehrheit entscheidet

Bei der beabsichtigten Neuregelung handelt es sich um eine Folgeregelung durch die Einführung des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums nach § 89a.

### C Änderungsvorschlag

Keiner

## Nr. 86 § 295 b) aa) cc) SGB V Übermittlungspflichten und Abrechnung ärztlicher Leistungen

### A Beabsichtigte Neuregelung

b)

aa) und cc) Es wird ein einheitliches und verbindliches elektronisches Verfahren zur Übermittlung von Arbeitsunfähigkeitsdaten durch die Ärzte an die Krankenkassen über die Telematikinfrastruktur zum 1.1.2021 etabliert. Die Pflicht zur Übermittlung dieser Daten an die Krankenkassen obliegt den Ärzten und Einrichtungen. Im Rahmen des Entlassmanagements erstreckt sich diese auch auf Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen. Dabei wird klargestellt, dass sich die Übermittlungspflicht von Arbeitsunfähigkeitsdaten auf alle Arbeitsunfähigkeitsdaten erstreckt und auch innerhalb der Hausarztzentrierten Versorgung gilt.

### B Stellungnahme

Es wird klargestellt, dass die Pflicht zur Übermittlung der AU-Daten unter Angabe der Diagnosen an die Krankenkassen den Ärzten und Einrichtungen (auch Krankenhäusern und stationären Reha-Einrichtungen) obliegt. Die Regelung wird befürwortet und stellt gleichzeitig eine effektive Maßnahme zur Entbürokratisierung dar. Dabei soll Rücksicht darauf genommen werden, dass die Erfahrungen aus den derzeit erprobten eAU-Verfahren mitberücksichtigt werden.

Es bleibt auch weiterhin sichergestellt, dass nur in der Meldung an die Krankenkassen die Angaben zur Diagnose enthalten sind. Die dafür erforderlichen Daten liegen im Zusammenhang mit der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bereits den Ärzten und Einrichtungen vor. Zur sicheren Übermittlung der bisher in der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung enthaltenen und mit der Unterschrift des behandelnden Arztes bestätigten Daten an die Krankenkasse soll die Übersendung über die Telematikinfrastruktur mit qualifizierter elektronischer Signatur durch den Heilberufsausweis erfolgen.

Durch die elektronische Übermittlung können AU-Bescheinigungen innerhalb kurzer Zeit bei den Krankenkassen eingehen und auch die Anfragen von Arbeitgebern zur Prüfung des Entgeltfortzahlungsanspruchs können sofort beantwortet werden. Damit werden zusätzliche Nachfragen bei Ärzten und Einrichtungen vermieden und eine verspätete Vorlage der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung wäre i.d.R. ausgeschlossen.

Sollte es doch zu Verzögerungen in der elektronischen Übermittlung kommen, darf dies allerdings nicht zu Rechtsfolgen zu Lasten des Versicherten führen.

Der Krankengeldanspruch ruht nach § 49 Abs. 1 Nr. 5 SGB V, solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet wird. Dies gilt nicht, wenn die Meldung innerhalb einer Woche nach Beginn der AU erfolgt. Die Verpflichtung zur Meldung während des Krankengeldbezuges obliegt dem Versicherten. Aufgrund der vorgesehenen Übermittlung der AU-Bescheinigung direkt vom Arzt an die Krankenkasse würde die Obliegenheit zur Meldung auf den Arzt übertragen werden.

Daher ist ergänzend eine entsprechende Klarstellung in § 49 SGB V aufzunehmen.

Ebenso wird neben der gesetzlichen Änderung in § 295 SGB V auch eine weitergehende Klarstellung für die Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen im Entlassmanagement sowie der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung als erforderlich angesehen.

### **C Änderungsvorschlag**

Neben der beabsichtigten Neuregelung in § 295 SGB V soll

§ 49 Abs. 1 Nr. 5 SGB V wie folgt ergänzt werden:

„solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet wird; dies gilt nicht, wenn die Meldung innerhalb einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder die Übermittlung der Daten durch ein elektronisches Verfahren nach § 295 Abs. 1 Satz 1 SGB V n.F. erfolgt“,

§ 301 Abs. 1 SGB V wird um folgenden Satz 3 und Abs. 4 wird um folgenden Satz 5 erweitert:

„§ 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2. Halbsatz sowie Satz 2 gelten entsprechend.“

## Nr. 86 § 295 b) bb) c) d) SGB V Übermittlungspflichten und Abrechnung ärztlicher Leistungen

### A Beabsichtigte Neuregelung

b)

bb) der Absatz 1 der 295 SGB V wird unter der Nr. 3 ergänzt. Werden Leistungen nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V (Vermittlung eines Termins bei einem anderen Arzt) durch den Arzt erbracht, so hat dieser die Arztnummer des Arztes in seinen Abrechnungsunterlagen anzugeben, bei dem der Termin vermittelt wurde.

c) im Absatz 1a des § 295 SGB V wird im Verweis auf die Rechtsgrundlage, 106a durch 106d ersetzt.

d) im Absatz 2 des § 295 SGB V wird unter der Nr. 2 ergänzt. Werden Leistungen nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V (Vermittlung eines Termins bei einem anderen Arzt) durch die KV abgerechnet, so hat diese die Arztnummer des Arztes anzugeben, bei dem der Termin vermittelt wurde.

### B Stellungnahme

Zu b) bb) Die Verpflichtung zur Angabe der Arztnummer des Arztes zu dem ein Patient durch den abrechnenden Arzt vermittelt wurde – in den Abrechnungsunterlagen des überweisenden Arztes, wird als notwendig erachtet.

Die aktive Vermittlung eines Termins bei einem anderen Arzt, soll nach den Vorstellungen des Gesetzgebers eine eigene Leistung darstellen. Diese soll vergütet werden, sofern der vermittelte Termin erfolgreich umgesetzt wurde.

Für die Darstellung im Abrechnungsprozess benötigt die Kassenärztliche Vereinigung diese Angaben

Zu c) Es handelt sich um eine erforderliche Änderung aufgrund der vorangegangenen Änderungen in der Zuordnungssystematik der Prüfungen nach §§ 106a und 106d SGB V

Zu d) Die Verpflichtung zur Angabe der Arztnummer des Arztes zu dem ein Patient durch den abrechnenden Arzt vermittelt wurde – bei der Abrechnung der KV mit der Krankenkasse, wird als notwendig erachtet.

Die aktive Vermittlung eines Termins bei einem anderen Arzt, soll nach den Vorstellungen des Gesetzgebers eine eigene Leistung darstellen. Diese soll vergütet werden, sofern der vermittelte Termin erfolgreich umgesetzt wurde.

Die Krankenkassen benötigen diese Information um die Rechtmäßigkeit der besonderen Vergütung für die Terminvermittlung nachvollziehen zu können.

Es fehlt der explizite Hinweis, dass der die Überweisung annehmende Arzt den eigenen Behandlungsfall als Überweisungsfall in seinen eigenen Abrechnungsunterlagen kennzeichnet, und die Arztnummer des überweisenden Arztes tatsächlich angibt.

### **C     Änderungsvorschlag**

Zu a) keiner

zu bb)

„und bei der Abrechnung von Leistungen nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 die Arztnummer des Arztes, mit dem der Termin vermittelt wurde, und der den Patienten zur Weiterbehandlung angenommen hat.

Im Falle der erfolgreichen Aufnahme der Weiterbehandlung hat der aufnehmende Arzt den Behandlungsfall als Überweisungsfall zu kennzeichnen, und die Arztnummer des überweisenden Arztes anzugeben.

Zu c) keiner

Zu d) keine Änderungen

## Nr. 87 § 295a SGB V Abrechnung der im Rahmen von Verträgen nach § 73b und § 140a sowie vom Krankenhaus im Notfall erbrachten Leistungen

### A Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1 sieht aktuell vor, dass Leistungserbringer im Rahmen von HzV-Verträgen und Verträgen zur „Besonderen Versorgung“ befugt sind Abrechnungsdaten an den sog. „Vertragspartner auf Leistungserbringerseite“ oder an einen von ihm beauftragten Dienstleister zu übermitteln. Dadurch können andere Dienstleister als die Kassenärztliche Vereinigung z mit der Abrechnung von Versorgungsverträgen beauftragt werden.

Nach Satz 2 ist jedoch Voraussetzung, dass der Versicherte umfassend über die vorgesehene Datenübermittlung informiert wird und in die damit verbundene Datenübermittlung schriftlich einwilligt.

Die Neuregelung sieht die Übertragung dieser Regelung auch auf die Abrechnung von Leistungen im Rahmen von Verträgen nach § 132e (Versorgung mit Schutzimpfungen) vor.

Damit soll auch für die Abrechnung von Leistungen im Rahmen von Verträgen nach § 132e (Schutzimpfungen) mit Einwilligung der betroffenen Versicherten die Möglichkeit der Einschaltung einer Abrechnungsstelle durch den „Vertragspartner auf Leistungserbringerseite“ eröffnet werden. Gleichzeitig wird die abrechnende Stelle auf Grund von Satz 3 verpflichtet, die Daten elektronisch an die Krankenkassen zu übermitteln.

### B Stellungnahme

Die Übertragung der Regelung auch für Schutzimpfungen ist sachgerecht und kann zur Reduktion des Verwaltungsaufwands bei der Abrechnung beitragen.

Zur Harmonisierung und zur Förderung der Digitalisierung sollte allerdings (wie bereits in Art. 120 Nr. 23 a) des Entwurfs des „2. Gesetzes zur Anpassung des Datenschutzrechts an die Verordnung (EU) 2016/679 und zur Umsetzung der Richtlinie (EU) 2016/680“ (2. DSAnpUG-EU) zu § 137f vorgesehen) die Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung auch elektronisch abgegeben werden können. Dies beugt Widersprüchlichkeiten durch unterschiedliche gesetzliche Formerfordernisse bei den Einwilligungserklärungen vor. Die Zulässigkeit elektronischer Einwilligungen trägt zudem zum Abbau von Bürokratie bei

### C Änderungsvorschlag

Nr. 87 § 295a wird wie folgt geändert:

- a) [wie vorgesehen]
- b) [wie vorgesehen]
- c) In Satz 2 werden nach dem Wort „schriftlich“ die Worte „oder elektronisch“ ergänzt.

## **Nr. 88 § 299 SGB V Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

§ 299 SGB V regelt die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung für Leistungserbringer und Krankenkassen. Diese Regelungen können auch Daten der Qualitätssicherung, die bei anderen Leistungserbringern erhoben wurden, betreffen. Die Übermittlung versichertenbezogener Daten an eine vorbehandelnde Einrichtung ist für Zwecke der Qualitätssicherung z. B. erforderlich, um Erkenntnisse über spätere Ergebnisse von Behandlungen zu gewinnen, damit diese für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement genutzt und Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität ergriffen werden können. Der neue Satz 10 soll klarstellen, dass die Leistungserbringer die ihnen übermittelten zusätzlichen Daten (von anderen Leistungserbringern) mit den bei ihnen bereits vorliegenden Daten versichertenbezogen zusammenführen dürfen.

### **B Stellungnahme**

Die Ergänzung in § 299 Absatz 1 durch den neuen Satz 10 ist zu begrüßen. In der amtlichen Begründung wird ausdrücklich erwähnt, dass versichertenbezogene Daten anderer Leistungserbringer zum Zwecke der Qualitätssicherung an nachbehandelnde Leistungserbringer übermittelt werden und mit eigenen patientenbezogenen Daten verknüpft werden dürfen. Damit kann das patientenbezogene Follow-Up im internen Qualitätsmanagement der Krankenhäuser genutzt werden, um Potentiale zur Verbesserung der Versorgung zu erkennen und anzugehen.

### **C Änderungsvorschlag**

keiner

## Nr. 89 § 305 SGB V Auskünfte an Versicherte

### A Beabsichtigte Neuregelungen

Mit der Neuregelung werden die Krankenkassen zur Übermittlung von Sozialdaten – auch in elektronischer Form – an von dem Versicherten benannte Dritte befugt. Damit soll die Nutzung elektronischer Patientenakten insgesamt dadurch unterstützt werden, dass auf Wunsch der Versicherten in persönlichen elektronischen Gesundheitsakten, die derzeit von den Krankenkassen angeboten werden, neben den Daten von Leistungserbringern oder von den Versicherten selbst eingebrachten Daten auch bei den Krankenkassen vorhandene Sozialdaten des Versicherten gespeichert werden können. Dabei muss sichergestellt werden, dass die Daten ohne ausdrückliche Einwilligung der Versicherten nicht von Aktenanbietern oder Krankenkassen eingesehen werden können. Darüber hinaus kommen für eine Übermittlung von Sozialdaten an einen von Versicherten benannten Dritten z. B. auch Vorhaben der wissenschaftlichen Forschung im Sozialleistungsbereich nach § 75 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch infrage.

### B Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung ist grundsätzlich zu begrüßen, weil sie den Versicherten zum Souverän seiner Daten macht. Die Übermittlung von Abrechnungsdaten auf Verlangen und mit Einwilligung des Versicherten auch an Dritte zu ermöglichen, erleichtert die Umsetzung der elektronischen Aktenlösungen der Krankenkassen. § 305 Abs. 1, Satz 2 SGB V (neu) könnte jedoch im Widerspruch zu § 75 Abs. 1, Satz 2 und 3 SGB X stehen. Dieser Widerspruch sollte aufgelöst werden, in dem (beispielsweise in der Begründung) klargestellt wird, dass die Ausnahmeregelungen des § 75 SGB X weiter Bestand haben.

Die Rolle der Versicherten sollte auch gegenüber den Leistungserbringern gestärkt werden. Dazu gehört auch, dass das bisherige Auskunftsrecht auf Verlangen zu einem Recht auf permanente Abrufbarkeit der eigenen Daten weiterentwickelt wird. Dafür sind § 305 SGB V und perspektivisch § 630g BGB anzupassen.

### C Änderungsvorschlag

Dem Artikel 1 Nr. 89 wird ein zusätzlicher Buchstabe c angefügt:

„Abs. 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) Die Wörter „auf Verlangen schriftlich“ werden ersetzt durch „elektronisch“.

bbb) Die Wörter „oder mindestens quartalsweise spätestens vier Wochen nach Ablauf des Quartals, in dem die Leistungen in Anspruch genommen worden sind,“ werden gestrichen.

bb) Satz 3 wird aufgehoben.

cc) Satz 4 wird wie folgt geändert:

aaa) Die Wörter „auf Verlangen schriftlich“ werden ersetzt durch „elektronisch“

bbb) Die Wörter „innerhalb von vier Wochen“ werden gestrichen.“

## Artikel 2 Änderungen des Bundesvertriebenengesetzes

### § 11 Absatz 6 des Bundesvertriebenengesetzes

#### A Beabsichtigte Neuregelung

Erstattungsverfahren für Leistungen der Krankenkassen an Aussiedler aus Bundesmitteln (BVFG – Bundesvertriebenengesetz) sollen wegen des übermäßigen Aufwandes bei geringen Fallzahlen abgeschafft werden; der Leistungsanspruch der Betroffenen gegenüber Krankenkassen soll davon unberührt bleiben. Die vorgesehene Änderung wird abgelehnt.

#### B Stellungnahme

Mit der Leistungsgewährung für Spätaussiedler sind derzeit im Schwerpunkt nur die AOKs beauftragt. Da die Berechtigten nach § 11 BVFG keine Versicherten der betreuenden Krankenkasse sind, werden die Ausgaben für sie bei der Ermittlung des Bedarfs im Rahmen des Risikostrukturausgleiches nicht berücksichtigt. Die vorgesehene Finanzierung über die mit dem Bundeszuschuss nach § 221 SGB V abgegoltenen versicherungsfremden Leistungen würde nicht den Krankenkassen zufließen, die die Aufwendungen gehabt hätten. Wegen des Standortes Friedland müsste die AOK Niedersachsen den Großteil der Aufwendungen nach § 11 BVFG tragen. Dies wäre eine nicht vertretbare und einseitige Benachteiligung.

Stattdessen sollte entsprechend der Forderung des Bundesrechnungshofes in seiner Abschließenden Mitteilung an das BMG über die Prüfung der Erstattungen der Aufwendungen für Leistungen der Krankenkassen an Aussiedler vom 30.04.2018 eine Lösung gesucht werden, durch die der Verwaltungsaufwand reduziert wird. Dies kann dadurch erreicht werden, dass jeweils die Krankenkasse, bei der später rückwirkend eine Mitgliedschaft (z. B. aufgrund des Bezuges von ALG II oder Rente) begründet wird, bereits für die Betreuung nach § 11 BVFG zuständig ist. Eine Erstattung ist dann nur noch in den seltenen Ausnahmefällen erforderlich, in denen keine Versicherungspflicht zustande kommt. Dies trägt gleichzeitig auch dem Gedanken des Kassenwahlrechtes Rechnung.

Da die Wahl einer Krankenkasse teilweise nur möglich ist, wenn sich der Wohnort in deren Kassenbezirk befindet, wird insbesondere für die Zeit des Aufenthaltes in der Außenstelle Friedland des Bundesverwaltungsamtes als Wohnort ein Ort in dem Bundesland festgelegt, auf das der Spätaussiedler verteilt wird. Gleiches gilt für die Zuständigkeit des Sozialhilfeträgers. Die Festlegung des zukünftigen Wohnortes erfolgt in der Praxis innerhalb weniger Tage.

Die Anmeldung zur Versicherung bei der gewählten Krankenkasse liegt in der Regel innerhalb weniger Monate vor, so dass nach einem Zeitraum von sechs Monaten davon ausgegangen werden kann, dass keine Versicherung zustande gekommen ist bzw. kommen wird. Nur in diesen Fällen soll eine Erstattung vorgenommen werden. Durch die Neufassung wird nicht nur das Erstattungsverfahren auf vier Ebenen des Bundes und der Länder sowie Erstattungsverfahren auf Ebene der Krankenkassen (sh. Abschnitt 6.1 Abs. 4 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Durchführung des § 11 BVFG vom 06.05.1993) i.d.R. auf wenige Fälle begrenzt, sondern auch das aufwändige Verfahren zur Ermittlung der Krankenkasse, bei der eine Versicherung aufgrund ALG II- oder Rentenbezug begründet wurde, wegfallen.

Für die Abrechnung der Aufwendungen mit den Sozialhilfeträgern in den wenigen verbleibenden Fällen stehen praktikable und in der Praxis angewendete Abrechnungsverfahren zu § 264 SGB V zur Verfügung. Es handelt sich daher um eine Verfahrensweise ohne neuen oder zusätzlichen Verwaltungsaufwand. Im Gegensatz zur bisherigen Regelung erfolgen Abrechnungen von Erstattungsansprüchen nur noch in den Fällen, in denen keine Versicherung bei einer gesetzlichen Krankenversicherung besteht.

## **C Änderungsvorschlag**

1. § 11 Abs. 5 BVFG wird wie folgt geändert:

„Die Leistungen gewährt die nach § 173 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Durchführung der Krankenversicherung gewählte Krankenkasse. Soweit die Wahl einer Krankenkasse von einem Wohnort abhängig ist, gilt als Wohnort ein Ort in dem Bundesland, auf das der Spätaussiedler nach § 8 verteilt wird.“

2. § 11 Abs. 6 BVFG wird wie folgt geändert:

„Wird ein Spätaussiedler für eine Zeit, für die er Leistungen nach Absatz 1 und 2 erhalten hat, nicht Versicherter der Krankenkasse nach Absatz 5, sind ihr die Aufwendungen für diese Zeit in analoger Anwendung des § 264 Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von dem örtlich zuständigen Träger der Sozialhilfe zu erstatten. Der Antrag auf Leistungen nach diesem Gesetz gilt insoweit als Antrag auf Hilfen zur Gesundheit nach § 18 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch; § 19 Absatz 3 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch gilt nicht. Für die Zeit des Aufenthaltes eines Spätaussiedlers in der Außenstelle Friedland des Bundesverwaltungsamtes gilt abweichend von § 98 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch der Träger der Sozialhilfe als örtlich zuständig, der nach dem Verlassen dieser Einrichtung zuständig ist. Die Geltendmachung des Erstattungsanspruches nach Satz 1 kann erst erfolgen, wenn der Krankenkasse nach Absatz 5 sechs Monate nach Beginn der Leistungen nach Absatz 1 keine Anmeldung zur Versicherung für die Zeit der Leistungsanspruchnahme vorliegt.“

3. In § 11 Abs. 7 Satz 2 BVFG werden die Worte „und bei der Erstattung des Aufwands und der Verwaltungskosten an die Krankenkassen“ sowie „, § 110 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch, jedoch mit der Maßgabe, dass die Krankenkasse Erstattungen nach Absatz 6 auch unterhalb des in § 110 Satz 2 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch genannten Betrages verlangen kann, wenn dieser Betrag durch Zusammenrechnung der Erstattungsansprüche in mehreren Fällen erreicht wird“ gestrichen.

## **Artikel 3 Änderungen des Sozialgerichtsgesetzes**

### **Nr. 1-3 § 29 Abs. 4 Nr. 1**

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Änderung bildet die Verschiebung der Regelung der Bundesschiedsämter in § 89 SGB V von Absatz 4 zu Absatz 2 sowie von Absatz 7 zu Absatz 12 und die Aufnahme der neuen sektorenübergreifenden Schiedsgremien nach § 89a SGB V ab.

#### **B Stellungnahme**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung infolge der Überarbeitung des § 89 SGB V und die Einführung des § 89a SGB V.

#### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Artikel 4 Änderung des Aufwendungsausgleichsgesetzes**

### **Nr. 1 und 2 § 11 Absatz 2 des Aufwendungsausgleichsgesetzes**

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

1) redaktionelle Änderung

2) Herausnahme der bei anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen in einem arbeitnehmerähnlichen Rechtsverhältnis stehenden behinderten Menschen aus den Arbeitgeberausgleichsverfahren nach dem AAG.

#### **B Stellungnahme**

1) Die Änderung ist sachgerecht.

2) Im AAG werden Verfahrens- und Verwaltungsvereinfachungen umgesetzt, die zu einem bereits mehrfach geforderten Bürokratieabbau bei den Krankenkassen führen werden. Die Änderungen werden seitens der AOK unterstützt.

#### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## Artikel 5 Änderung der Schiedsamtverordnung

### A Beabsichtigte Neuregelung

Neuformulierung der Schiedsamtverordnung „Verordnung über die Schiedsämter für die vertragsärztliche (vertragszahnärztliche) Versorgung und über die sektorenübergreifenden Schiedsgremien (Schiedsamtverordnung)“.

Die Schiedsamtverordnung (alt) wird im Zuge der Neufassung des § 89 SGB V sowie der Einfügung des § 89a SGB V neu strukturiert und redundante Regelungen gestrichen. Die Verordnung gilt künftig auch für die sektorenübergreifenden Landesschiedsgremien und das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene.

Im Rahmen der Neustrukturierung wurden zudem mehrere Regelungen der Schiedsamtverordnung (alt) in das SGB V übertragen.

Hervorzuhebende Änderungen sind:

§ 8: Die Voraussetzungen der Beschlussfähigkeit der Schiedsämter und der sektorenübergreifenden Schiedsgremien, die für die Schiedsämter bisher nur in der Schiedsamtverordnung (alt) geregelt wurden, werden gesetzlich in § 89 Absatz 8 und § 89 a Absatz 8 SGB V festgelegt. Die näheren Bestimmungen zur Beschlussfähigkeit, den Beratungen und der Beschlussfassung (bisher in §§ 15, 16, 16a, 18 Absatz 2 und 19 der Schiedsamtverordnung (alt)) werden in § 8 übertragen. Neu ist dabei die Beteiligung der Aufsichtsbehörden in § 8 Abs. 1, der die Vorgaben des § 89a SGB V dahin konkretisiert, dass die Aufsichten nicht nur an den Sitzungen teilnehmen, sondern explizit auch bei Beratungen und Beschlussfassungen dabei sein kann.

„Die Aufsichtsbehörde ist zu den Sitzungen einzuladen. Das Recht der Aufsichtsbehörde zur Teilnahme an den Sitzungen umfasst auch das Recht zur Anwesenheit bei den Beratungen und der Beschlussfassung“

In § 8 Abs.4 ist die neue Stimmenverteilung des §89 a konkretisiert, die eine zwei Drittel Mehrheit bei Beschlüssen fordert bzw. das Entscheidungsrecht bei Nichtbeschlussfähigkeit den beiden Unparteiischen gibt.

Im sonstigen bilden die neuen Vorschriften bereits existierende Vorschriften ab und wandeln diese ggf. im geringeren Umfang ab, z. B. in der Höhe der Gebühren.

### B Stellungnahme

Es gilt die gleiche Kritik zur Stimmverteilung wie zum §89a SGB V:

Die 2/3 Mehrheit verhindert nicht die Unwucht, dass zwar die Leistungserbringerseite gemeinsam mit den beiden Unparteiischen eine Position gewinnen, der Krankenkassenseite dies aber nicht gelingen kann. Die Krankenkassen benötigen neben den Unparteiischen immer auch eine Leistungserbringerbank, um ihre Position mit 2/3 Mehrheit durchzusetzen. Sachgerechter wäre es daher, die Stimmenanteile der Kassenseite bei dreiseitigen Verhandlungen auf vier zu erhöhen (auf dann insgesamt 10 Stimmen) und weiterhin die Mehrheit von sechs Stimmen gelten zu lassen. Auch wenn es sich um ein sektorenübergreifendes dreiseitiges Gremium handelt, mit möglicherweise unterschiedlichen Interessen, so ist es doch sachgerecht auf der Entscheidungsebene ein Parität zwischen den Leistungserbringern in ihrer Gesamtheit und den Krankenkassen herzustellen. Die Entscheidungssituation ist hier in vielen Fällen vergleichbar mit den Entscheidungen im Gemeinsamen Bundesausschuss und auch dort besteht die eben beschriebene Parität.

Ein weiterer Kritikpunkt bezieht sich auf die vorgesehene Teilnahme von Vertretern der Aufsichtsbehörde an den Sitzungen. In § 8 Abs. 1 Satz 4 Schiedsamtverordnung wird dieses Recht, welches sich in (neu) §89 Abs. 10 SGB V bzw. in § 89a Abs. 10 SGB V wiederfindet, dahingehend konkretisiert, dass es sich auch auf die Beratungen und Beschlussfassungen des Schiedsamtes erstreckt.

Die Teilnahme der Aufsicht an den Sitzungen sowie an den Beratungen und bei der Beschlussfassung wird strikt abgelehnt. Die Aufsichtsbehörde hat nach § 89 SGB V jetzt schon umfangreiche Befugnisse und Verpflichtungen. Nach § 89 Abs. 5 sind bestimmte Vergütungsentscheidungen der Schiedsämter der Aufsichtsbehörde vorzulegen und diese kann nach Rechtsaufsicht beanstanden. Es erschließt sich nicht, warum bei den Beratungen des Schiedsamtes die Parteien, die unmittelbar von den Entscheidungen betroffen sind, nicht teilnehmen können, aber der Aufsicht dies ermöglicht werden soll. Ein massiver Eingriff in die gemeinsame Selbstverwaltung wäre es, wenn in diesen Beratungen die Aufsicht aktiv eingreifen und damit parteiisch würde. Ist dies nicht beabsichtigt, ist eine Teilnahme nicht notwendig, sondern eher kontraproduktiv, da die Anwesenheit von Vertretern der Aufsicht einen freien Diskurs und damit eine sachgerechte Entscheidungsfindung hemmen könnte.

## **C Änderungsvorschlag**

§ 2 Abs. 5 wird wie folgt geändert:

„(4) Die sektorenübergreifenden Landesschiedsgremien bestehen aus dem unparteiischen Vorsitzenden, einem weiteren unparteiischen Mitglied, zwei Vertretern der Ärzte, vier Vertretern der Krankenkassen und zwei Vertretern der zugelassenen Krankenhäuser...“

§8 Absatz 1 Sätze 3 und 4 werden gestrichen.

§8 Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

„4) ... Ist die Beschlussfähigkeit des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums nicht gegeben, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium in einer erneuten einberufenen Sitzung mit der gleichen Tagesordnung mit einer Mehrheit von sechs Stimmen der Stimmen der anwesenden Mitglieder...“

## Artikel 6 Änderungen der Schiedsstellenverordnung

### Nr. 6 § 2, 8 und 9 Schiedsstellen

#### A Beabsichtigte Neuregelung

Die Schiedsstellenverordnung wird wegen der Neustrukturierung des Schiedswesens angepasst.

1. In § 2 Satz 1 werden nach dem Wort „Jahre“ das Komma und die Wörter „unbeschadet der Vorschrift des § 89 Abs. 3 Satz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ gestrichen.

2. Dem § 8 Absatz 3 wird folgender Satz angefügt: „Das Bundesministerium für Gesundheit kann teilnehmen.“

3. Dem § 9 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Bei Verfahren mit besonderem Aufwand, Umfang, bei besonderer Bedeutung oder Schwierigkeit des Falls können die beteiligten Organisationen mit den unparteiischen Mitgliedern auch Honorarvereinbarungen abschließen.“

#### B Stellungnahme

Die Änderungen in den Nummern 1. Und 3 werden nicht als kritisch gesehen. Die Möglichkeit, Honorarvereinbarungen zu schließen, wird auch in der Schiedsamtverordnung aufgenommen.

Ebenso wird das Teilnahmerecht der Aufsicht unter Nr. 2 manifestiert. Während die Geladenen an der Entscheidung der Schiedsstelle nicht teilnehmen können, soll das BMG dieses Recht eingeräumt bekommen. Warum das notwendig sein sollte erschließt sich nicht. Durch die Beteiligung einer fremden Partei besteht ehe die Gefahr einer Beeinflussung bzw. der Verdacht, dass eine Beeinflussung stattfinden könnte. Dies sollte vermeiden werden.

Damit handelt es sich um einen ungerechtfertigten Eingriff in die gemeinsame Selbstverwaltung.

Siehe auch die Ausführungen zu Artikel 5.

#### C Änderungsvorschlag

Nr. 2 des Änderungsvorschlags wird gestrichen.

## **Artikel 8 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 2 a) § 25 SGB XI Familienversicherung**

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Klarstellung bezüglich der Berücksichtigung von Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen, die wegen der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, bei der Ermittlung des Gesamteinkommens für die Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung.

#### **B Stellungnahme**

Die Regelung wird begrüßt, da sie eine Verfahrens- und Verwaltungsvereinfachung umsetzt, die zu einem bereits mehrfach geforderten Bürokratieabbau bei den Krankenkassen führen wird.

#### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## Nr. 2 b) § 25 SGB XI Familienversicherung

### A Beabsichtigte Neuregelung

Ergänzung, dass bei behinderten Kindern eine Familienversicherung möglich ist, wenn die Behinderung bereits zu einem Zeitpunkt innerhalb der Altersgrenzen für die Familienversicherung eingetreten ist, auch wenn eine Familienversicherung aufgrund einer Vorrangversicherung ausgeschlossen war.

### B Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt, da sie eine Verfahrens- und Verwaltungsvereinfachung umsetzt, die zu einem bereits mehrfach geforderten Bürokratieabbau bei den Krankenkassen führen wird.

### C Änderungsvorschlag

Die Streichung der Angabe, ab wann die Vorschrift nach Abs. 2 Nr. 3 gilt, ist im SGB XI nicht erfolgt, so wie sie analog im § 10 SGB V erfolgen soll. Da die Rechtsvorschriften der Pflegeversicherung denen der Krankenversicherung folgen, wäre hier die analoge Streichung erforderlich; siehe Artikel 1 Nummer 6b) Unterpunkt aa).

## **Nr. 3 § 37 SGB XI - Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI dürfen nicht von ambulanten Betreuungsdiensten erbracht werden.

### **B Stellungnahme**

Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.

Zur Klarstellung sollten im neuen Absatz 9 die gleichen Begrifflichkeiten wie im bestehenden Absatz 8 verwendet werden, indem statt auf „Beratungen nach dieser Vorschrift“ auf „Beratungsbesuche nach Absatz 3“ abgestellt wird.

### **C Änderungsvorschlag**

§ 37 Abs. 9 SGB XI wird wie folgt formuliert:

„Die Beratungsbesuche nach Absatz 3 dürfen von Betreuungsdiensten im Sinne des § 71 Abs. 1a nicht durchgeführt werden.“

## Nr. 5 § 71 SGB XI Pflegeeinrichtungen

## Nr. 6 § 72 SGB XI Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

### A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der beabsichtigten Neuregelung sollen Ambulante Betreuungseinrichtungen (Betreuungsdienste), die für Pflegebedürftige dauerhaft pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung erbringen, zugelassene Leistungserbringer werden.

Anstelle der verantwortlichen Pflegefachkraft, wie sie in ambulanten Pflegediensten vorgeschrieben ist, soll eine entsprechend qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Fachkraft mit praktischer Berufserfahrung im erlernten Beruf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre als verantwortliche Fachkraft eingesetzt werden können.

### B Stellungnahme

Die mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) zum 01. Januar 2013 eingeführte Leistungsart "Häuslichen Betreuung" wurde mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) ab 01. Januar 2017 den Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen und Unterstützung bei der Haushaltsführung gleichgestellt. Diese neue Leistung wurde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 125 SGB XI von ambulanten Betreuungseinrichtungen (Betreuungsdienste) erbracht. Das IGES Institut war mit der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben gem. § 125 Abs. 2 SGB XI zur Erprobung der Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste beauftragt. Dem entsprechenden Abschlussbericht folgend, stellen Betreuungsdienste eine sinnvolle Ergänzung der pflegerischen Versorgungslandschaft dar.

Die Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft ist detaillierter zu beschreiben. Mit der Formulierung „...anstelle ... eine entsprechend qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Fachkraft mit...“ wären sämtliche Berufs- bzw. Studienabschlüsse zu berücksichtigen, unabhängig davon, ob sie im Gesundheits- und/oder Sozialbereich erworben wurden. In Anlehnung an die Gesetzesbegründung zu § 125 SGB XI galt als Mindestvoraussetzung für teilnehmende Betreuungsdienste im Modellvorhaben, dass die verantwortliche Leitungskraft über eine dreijährige Ausbildung (z.B. Heilerziehungspflegerin), einen einschlägigen Fachhochschul-/Hochschulabschluss (z.B. Heilpädagogin) oder eine anerkannte Weiterbildung (z.B. Altentherapeutin) im Gesundheits- und Pflegebereich verfügen musste. Diese Mindestvoraussetzung darf hinsichtlich des Ausbildungsabschlusses nicht unterschritten werden. In Anlehnung an die Gesetzesbegründung zu § 125 SGB XI und die für die Modellvorhaben geltenden Mindestvoraussetzungen für die verantwortliche Fachkraft eines Betreuungsdienstes, sind die Voraussetzungen ihrer Anerkennung im Gesetz zu konkretisieren.

### C Änderungsvorschlag

In § 71 Absatz 3 werden nach Satz 2 folgende neue Sätze eingefügt:

Bei ambulanten Betreuungseinrichtungen im Sinne von Absatz 1a kann anstelle der verantwortlichen Pflegefachkraft eine entsprechend qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Fachkraft als verantwortliche Fachkraft eingesetzt werden. Für die Anerkennung als verantwortliche Fachkraft ist neben dem Abschluss einer dreijährigen Ausbildung oder eines Fachhochschul-/Hochschulabschlusses im Gesundheits- oder

Sozialbereich eine praktische Berufserfahrung in dem jeweiligen Beruf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre erforderlich. Näheres zu den anererkennungsfähigen Fachkräften, insbesondere zu den einschlägigen Ausbildungsberufen bzw. Fachhochschul- und Hochschulabschlüssen, regeln die Rahmenvertragspartner nach § 75 SGB XI.

Im neuen Satz 6 werden die Wörter „oder 2“ durch die Wörter „2 oder 4“ ersetzt.

## Nr. 7 § 112a SGB XI Qualitätssicherung bei ambulanten Betreuungsdiensten, Übergangsregelung

### A Beabsichtigte Neuregelung

Bis zur Einführung der neuen Instrumente zur Qualitätsprüfung und Darstellung in der ambulanten Pflege ist der GKV-Spitzenverband unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund und des Prüfdienstes der privaten Krankenversicherung beauftragt, innerhalb von zwei Monaten in einer Richtlinie Anforderungen an das Qualitätsmanagement und der Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste zu festzulegen. Die derzeit geltenden Qualitätsprüfungsrichtlinien sind daraufhin anzupassen. Eine Qualitätsdarstellung für die ambulanten Betreuungsdienste ist für das jetzige Verfahren nicht vorgesehen.

### B Stellungnahme

Für die neu in die Regelversorgung aufgenommenen ambulanten Betreuungsdienste können die derzeit geltenden Qualitätsprüfungsrichtlinien für ambulante Pflegedienste nicht übertragen werden. Daher wird die Schaffung einer Übergangsregelung in Anlehnung an die gesetzlichen Vorgaben für ambulante Pflegedienste zur Sicherstellung einer qualitativ guten Versorgung begrüßt. Bei der Entwicklung der Richtlinien sind die erarbeiteten Anforderungen zu Inhalten und Umfängen der qualitätssichernden Maßnahmen aus dem Modellprojekt nach § 125 SGB XI zu berücksichtigen. Aus der Vielzahl unterschiedlicher Akteure, die in der ambulanten Versorgung beteiligt sind, ergeben sich für Betreuungsdienste und Pflegedienste koordinative Besonderheiten in Bezug auf die Zusammenarbeit. Im Qualitätsmanagement und der Qualitätssicherung müssen daher entsprechende Regelungen für das Zusammenspiel der unterschiedlichen Leistungserbringer und Akteure implementiert sein.

### C Änderungsvorschlag

Keiner

## Nr. 8 § 120 SGB XI Pflegevertrag bei häuslicher Pflege

### A Beabsichtigte Neuregelung

Künftig soll im Pflegevertrag berücksichtigt werden, ob der Pflegebedürftige zusätzlich Sachleistungen oder Unterstützungsangebote weiterer Leistungserbringer in Anspruch nimmt oder nehmen möchte. Ferner sollen im Pflegevertrag Informationen zur Nutzung des Umwandlungsanspruchs aufgenommen werden.

### B Stellungnahme

Die mit der Berücksichtigung mehrerer und verschiedener Leistungserbringer im Pflegevertrag einhergehende Transparenz über das Versorgungsgeschehen dient vor allem dem Pflegedienst.

Mit der geplanten Neuregelung besteht die Gefahr, dass durch die Offenlegung der verschiedenen Leistungserbringer der Pflegebedürftige sein Wahlrecht nach § 2 SGB XI nicht ausübt. Grundsätzlich ist es jedoch eine freiwillige Entscheidung des Pflegebedürftigen, ob er die verschiedenen Leistungserbringer, die an seiner Versorgung beteiligt sind, benennt.

Das im Koalitionsvertrag vereinbarte Vorhaben, die Verbraucherrechte bei ambulanten Pflegeverträgen zu stärken, kann durch eine entsprechende Informationspflicht des Pflegedienstes gegenüber den Pflegebedürftigen über die Auswirkungen bei der Abrechnung des Sachleistungsbetrags erreicht werden. Eine solche Informationspflicht des Pflegedienstes stellt gegenüber einer verpflichtenden Berücksichtigung im Vertrag die für den Pflegebedürftigen bürokratieärmere Variante dar.

### C Änderungsvorschlag

Folgender neuer Absatz 1a wird angefügt:

Der Pflegedienst soll bei der Inanspruchnahme von mehreren Leistungserbringern durch den Pflegebedürftigen bei der Versorgung über die Auswirkungen bei der Abrechnung des Sachleistungsbetrages informieren. Ebenso zu informieren ist über die Nutzung des Umwandlungsanspruchs nach § 45a Absatz 4.

## Artikel 9 Änderung des Arzneimittelgesetzes

### Nr. 9 §13 - Herstellungserlaubnis

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Zahnärzte werden explizit aufgeführt und damit soll eine Klarstellung gegenüber Ärzten erfolgen.

#### **B Stellungnahme**

Es ist nicht ersichtlich, warum aus arzneimittelversorgungspolitischer Sicht eine Änderung erforderlich sein sollte.

#### **C Änderungsvorschlag**

Streichung

## Artikel 10 – Änderung der Arzneimittelpreisverordnung

### Nr. II.3.7 § 2 - Arzneimittelpreisverordnung

#### A Beabsichtigte Neuregelung

Es soll klargestellt werden, dass der pharmazeutische Großhandel bei der Arzneimittelabgabe den Festzuschlag von 70 Cent auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers nach der Arzneimittelpreisverordnung zwingend aufschlagen muss und auf diesen Betrag keine Rabatte oder Skonti gewähren darf.

#### B Stellungnahme

Im Kern zielt die Regelung auf die Entscheidung des BGH, Urteil vom 5. Oktober 2017 - I ZR 172/16, dem sogenannten Skonto-Urteil, ab. Vorinstanz war das OLG Bamberg vom 29.06.2016, 3 U 216/15. Der BGH hat danach verkürzt entschieden, dass der Großhändler nicht nur auf den in § 2 Abs. 1 Satz 1 AMPreisV genannten preisabhängigen, bis zur Höchstgrenze von 3,15 Prozent veränderlichen Zuschlag, höchstens jedoch 37,80 Euro, sondern auch auf den darin erwähnten Festzuschlag von 70 Cent ganz oder teilweise verzichten kann. Der Festzuschlag i.H.v. 70 Cent soll durch die Neuregelung nicht mehr für den Wettbewerb um Konditionen zur Verfügung stehen, sondern ausschließlich der Finanzierung der Großhandelstätigkeit dienen. Ob und in welchem Maße die Großhändler hierauf mit neuen Skontiregelungen reagieren und ob daraus finanzielle Änderungen für die GKV resultieren, kann zurzeit nicht abgeschätzt werden.

#### C Änderungsvorschlag

Keiner

## **Artikel 11 Änderung des Transfusionsgesetzes**

### **§ 12a Richtlinien zum Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft und Technik zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen**

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Für die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) wird im Transfusionsgesetz gesetzlich die Befugnis legitimiert, fakultativ in Richtlinien den allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der Wissenschaft und Technik im Bereich der Zahnheilkunde zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen festzustellen. Diese Richtlinien ergehen im Einvernehmen mit der zuständigen Bundesbehörde und sind von dieser im Bundesanzeiger zu veröffentlichen.

#### **B Stellungnahme**

Auch in Zahnarztpraxen werden chirurgische Maßnahmen umgesetzt, die ein Arbeiten mit Blut und Blutbestandteilen erforderlich werden lässt.

Diese gesetzliche Regelung ist daher zu befürworten.

#### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## Artikel 13 Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

### Nr.13 § 19a Ärzte-ZV - Mindestsprechstunden

#### A Beabsichtigte Neuregelung

a) Für Mindestsprechstunden werden verbindliche Regelungen aufgenommen:  
 „Der Arzt übt seine vertragsärztliche Tätigkeit vollzeitig aus, wenn er an seinem Vertragsarztsitz persönlich mindestens 25 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden für gesetzlich Versicherte zur Verfügung steht. Ärzte, die insbesondere Arztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung angehören, müssen mindestens fünf Stunden wöchentlich als offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten. Bei einem hälftigen Versorgungsauftrag nach Absatz 2 gelten die in Satz 2 und 3 festgelegten Sprechstundenzeiten jeweils hälftig. Besuchszeiten sind auf die Sprechstundenzeiten nach Satz 2 anzurechnen. Die Einzelheiten zur angemessenen Anrechnung der Besuchszeiten nach Satz 5 sowie zu den Arztgruppen, die offene Sprechstunden anzubieten haben, sind bis zum 31. März 2019 im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu regeln; in dem Vertrag können auch Regelungen zur zeitlichen Verteilung der Sprechstunden nach Satz 3 getroffen werden.“

b) Redaktionelle Anpassung aufgrund der unter a) aufgenommenen Erweiterung.

#### B Stellungnahme

Zu a) Die Erhöhung der Mindestsprechstundenzeiten wird ausdrücklich begrüßt.

Zu b) Nachvollziehbare redaktionelle Änderung

#### C Änderungsvorschlag

Keiner

## Nr. 13 § 19 Ärzte-ZV

### A Beabsichtigte Neuregelung

Verschiebung der Vorschrift, dass die vertragsärztliche Tätigkeit in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich innerhalb von drei Monaten aufgenommen werden muss, aus der Zulassungsverordnung für Ärzte (Ärzte-ZV) in das SGB V

Bisher regelt der § 19 Absatz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, dass eine Zulassung endet, wenn die vertragsärztliche Tätigkeit in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich nicht innerhalb von drei Monaten nach Zustellung des Beschlusses über die Zulassung aufgenommen wird. Das Bundesverfassungsgericht hat diesen Paragraphen wegen Verstoß gegen Art. 12 Absatz 1 Grundgesetz für nichtig erklärt. Es sah in § 98 Absatz 1 keine hinreichende Ermächtigungsgrundlage für § 19 Absatz 3 Ärzte-ZV und bewertete die Verortung dieser Regelung außerhalb des SGB V in einer Rechtsverordnung, deren gesetzliche Ermächtigungsgrundlage im SGB V den entsprechenden Regelungsinhalt nicht mehr umfasse, als verfassungswidrig. Nun wird der Absatz 7 des § 95 SGB V um diese Sonderregelung ergänzt. Im Gegenzug wird der § 19 Absatz 3 Ärzte-ZV aufgehoben.

### B Stellungnahme

Art. 12 Absatz 1 Grundgesetz besagt, dass alle Deutschen das Recht haben, Beruf, Arbeitsplatz und Ausbildungsstätte frei zu wählen. Die Berufsausübung kann durch Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes geregelt werden. Vor diesem Hintergrund ist die Verschiebung der Regelung von der Ärzte-ZV in das SGB V nachvollziehbar.

### C Änderungsvorschlag

Keiner

### III. Weiterer Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes

#### **Nr. 40 § 87 Abs. 1 Sätze 8 und 9 SGB V neu – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte**

##### **Vorgeschlagene Neuregelung**

Gesetzliche Legitimation zum elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahren in der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Der Gesetzeswortlaut im § 87 Abs. 1 Satz 6 SGB V verpflichtet bereits den ambulant ärztlichen Bereich zu prüfen, ob es Möglichkeiten elektronischer Kommunikationswege gibt und setzt den Vertragspartnern eine Frist.

Im vertragszahnärztlichen Bereich verhandeln die Vertragspartner der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen über elektronische Kommunikationswege, allerdings ohne bisherige gesetzliche Legitimation.

Eine bisher fehlende gesetzliche Regelung kann dazu führen, dass die Beteiligten zur Umsetzung des elektronischen Genehmigungsverfahrens nicht verpflichtet werden können. Es müssten somit weiterhin Doppelstrukturen vorgehalten werden (sowohl in papiergebundener Form, als auch in elektronischer Form), die kosten- und ressourcenintensiv sind. Ziel ist es jedoch, dass das elektronische Beantragungs- und Genehmigungsverfahren Medienbrüche beseitigt und damit ein beschleunigtes Genehmigungsverfahren zwischen Zahnarzt/Krankenkasse und Versicherten organisiert werden kann. Darüber hinaus sollten die Vertragspartner auch im Zahnärztebereich über eine Fristsetzung zur schnellstmöglichen Umsetzung der elektronischen Kommunikation verpflichtet werden.

##### **Änderungsvorschlag**

In § 87 Abs. 1 Satz 7 werden folgende Sätze 8 und 9 angefügt:

„<sup>8</sup>Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regeln im Bundesmantelvertrag Zahnärzte das Nähere zum elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahren für bewilligungspflichtige Leistungen. <sup>9</sup>Die Vereinbarung ist dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens am 31. Dezember 2019 vorzulegen.“

## § 67 SGB V Elektronische Kommunikation – Versicherte aufnehmen

### Vorgeschlagene Neuregelung

Der Gesetzgeber lässt im TSVG den Willen erkennen, den Versicherten in den Mittelpunkt des Datenaustausches im Gesundheitswesen zu stellen. Dazu gehört nach Auffassung der AOK auch, dass er sich im § 67 zur elektronischen Kommunikation wiederfindet.

Denn die vorgesehenen Änderungen zur elektronischen Patientenakte in § 291a SGB V allein können die Digitalisierungsdefizite im Gesundheitswesen nicht lösen. Zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung sollte die Kommunikation zwischen Leistungserbringern und mit Krankenkassen sobald wie möglich auf elektronische und maschinell verwertbare Übermittlungsverfahren in § 67 SGB V umgestellt werden. Neben Leistungserbringern und Krankenkassen sollte von dieser Regelung auch die Kommunikation mit den Versicherten umfasst sein. Durch das Einwilligungserfordernis wird die Datenhoheit des Versicherten sichergestellt.

Mit der Ergänzung in § 284 SGB V wird klargestellt, dass die Krankenkassen für die Erfüllung ihrer nach § 67 Abs. 1 und 2 gesetzlich zugewiesenen Aufgaben die erforderlichen Sozialdaten erheben und speichern dürfen, um mit der Einrichtung digitaler und vernetzter Infrastrukturen die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern.

### Änderungsvorschlag

Aufnahme von zwei zusätzlichen Nummern (Nr. x und Nr. Y) in den Gesetzesentwurf:

1. Nr. X

§ 67 SGB V wird wie folgt gefasst

„§ 67

Elektronische Kommunikation und Regelungen zu digitalen Anwendungen und Diensten“

b) Abs. 1 und 2 werden wie folgt gefasst:

„(1) Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung soll, insbesondere im Rahmen der Rechtsbeziehungen nach diesem Abschnitt und dem Vierten Kapitel, die Kommunikation sowie der Daten- und Informationsfluss sowohl zwischen den Krankenkassen und Leistungserbringern als auch im Verhältnis zu den Versicherten durch vernetzte digitale Anwendungen und Dienste ausgebaut werden. Dies umfasst insbesondere

1. die elektronische und maschinell verwertbare Übermittlung von Befunden, Diagnosen, Therapieempfehlungen, Behandlungsberichten und Unterlagen in Genehmigungsverfahren,
2. die Förderung der aktiven und informierten Mitwirkung der Versicherten am Behandlungs- und Rehabilitationsprozessprozess sowie
3. die Unterstützung der Versicherten bei einer gesundheitsbewussten Lebensführung

Dabei soll auch die sektoren- und einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit verbessert werden.

(2) Die Krankenkassen und Leistungserbringer sowie ihre Verbände sollen bei ihrer Aufgabenerfüllung zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung und zur Unterstützung der Versicherten unbeschadet der § 291a bis 291g die dafür erforderlichen digitalen und interoperablen Infrastrukturen, innovativen Vernetzungen sowie technischen Schnittstellen schaffen. Sie dürfen hierzu technische Informations- und Kommunikations-systeme sowie digitale Anwendungen und Dienste einrichten, betreiben, vernetzen und nutzen.

c) Der folgende Absatz 3 wird angefügt:

Die für die Aufgabendurchführung nach den Absätzen 1 und 2 erforderliche Erhebung, Speicherung, Veränderung, Nutzung und Übermittlung personenbezogener Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Betroffenen erfolgen. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Information, Einwilligung und Widerruf bedürfen der Textform.“

2. Nr. Y

§ 284 Abs. 1 SGB V wird wie folgt um Nr. 17 ergänzt:

„die Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Sinne des § 67 Abs. 1 und 2.“

## § 291b SGB V Nutzung internationaler Standards aufnehmen

### Vorgeschlagene Neuregelung

Für die digitale Kommunikation im Gesundheitswesen gibt es bereits (international) akzeptierte Standards. Bei der Spezifikation von Datensätzen im Rahmen von § 291b Abs.1 S.1 Nr. 2 sollen diese Berücksichtigung finden

### Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr. 84 ist zu ergänzen

§ 291b Abs.1 S.1 Nr. 2 wird erweitert

„2. Inhalt und Struktur der Datensätze für deren Bereitstellung und Nutzung unter Berücksichtigung internationaler Standards festzulegen.“

## **§ 295 SGB V Übermittlungspflichten und Abrechnung bei ärztlichen Leistungen“**

### **Vorgeschlagene Neuregelung**

Für die Abrechnung des annehmenden Facharztes ist zu gewährleisten, dass die Krankenkasse die ursprüngliche Terminvergabe durch Terminservicestelle nachvollziehen kann. Deshalb ist in der Abrechnung das Datum der ursprünglichen Terminvergabe mit anzugeben, sowie eine Pseudoziffer zu übermitteln.

### **Änderungsvorschlag**

Im Absatz 2 des § 295 SGB V wird eine neue Nr. 8 eingeführt.

Im Falle der Terminvereinbarung durch die Terminservicestelle bei der KV, das Datum der eigentlichen Terminvereinbarung, sowie eine Pseudoziffer gemäß der Systematik des EBM anzugeben.

## **§ 11 BVFG Änderungen in Bezug auf den Anspruch auf Mutterschafts- oder Krankengeld für die in genannten Personen**

### **Vorgeschlagene Neuregelung**

Der Lebensunterhalt der betreffenden Personen wird in der Regel durch den Anspruch auf Arbeitslosengeld II oder auf eine Rente nach dem Fremdrentengesetz sichergestellt. In diesen Fällen besteht seit Einführung des Arbeitslosengeldes II kein Anspruch auf Krankengeld und Mutterschaftsgeld nach dem SGB V mehr; eine entsprechende Anpassung des BVFG wurde bisher nicht vorgenommen. Aus heutiger Sicht besteht kein Grund mehr, einen solchen Anspruch Spätaussiedlern, die arbeitsunfähig oder schwanger bzw. Wöchnerinnen sind, nach dem BVFG einzuräumen. Durch die Streichung des Anspruches auf Kranken- und Mutterschaftsgeld bedarf es auch keiner Regelungen zu deren Anspruchsvoraussetzungen sowie Höhe mehr.

### **Änderungsvorschlag**

1. § 11 Abs. 2 BVFG wird wie folgt geändert:

a. In Satz 1 BVFG werden die Wörter „Krankengeld und Mutterschaftsgeld nach § 24i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch längstens für 182 Tage“ gestrichen.

b. Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Auf Mutterschaftsgeld nach § 24i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und auf Krankengeld nach § 24b Absatz 2 Satz 2 und den §§ 44 bis 51 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht kein Anspruch“

2. § 11 Absatz 3 Satz 1 BVFG wird aufgehoben.

3. § 11 Absatz 4 BVFG wird aufgehoben.

## § 11 BVFG Rechtsbereinigung

### Vorgeschlagene Neuregelung

1. Da Spätaussiedler keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld I nach dem SGB III haben, kann aufgrund dessen keine Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V entstehen. Die Leistung Eingliederungshilfe gibt es im SGB III nicht mehr.
2. Da es unterschiedliche Leistungsansprüche in der Krankenversicherung in den alten und den neuen Bundesländern nicht mehr gibt, ist die Regelung in Absatz 7a nicht mehr erforderlich.
3. Folgeänderung von 2.

### Änderungsvorschlag

1. In § 11 Abs. 3 Satz 2 BVFG werden die Wörter „ , ausgenommen einen Anspruch auf Grund einer Krankenversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, wenn festgestellt wurde, dass ein Bezieher von Eingliederungshilfe bereits bei Beginn des Leistungsbezugs arbeitsunfähig war“ gestrichen.
2. § 11 Abs. 7a BVFG entfällt
3. In § 11 Abs. 8 BFVG wird die Bezeichnung „7a“ durch die Bezeichnung „7“ ersetzt.