

## **Stellungnahme des Bundesversicherungsamtes**

**vom 14. August 2018**

**zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung  
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)**

### **I. Vorbemerkung**

#### **Leistungsrecht**

Neben den Regelungen für eine schnelle Terminvergabe enthält der Gesetzesentwurf eine breitgestreute Vielzahl von Änderungen zur Versorgungsverbesserung, die durchgehend von uns begrüßt werden. Lediglich in Einzelpunkten erfolgen Hinweise und Änderungsvorschläge aus unserer Aufsichtspraxis.

#### **Digitalisierung**

Das Bundesversicherungsamt begrüßt grundsätzlich die neu geschaffenen Möglichkeiten, die Digitalisierung im Gesundheitswesen für die Versicherten stärker praktisch nutzbar zu machen. Insbesondere den Einsatz von mobilen Endgeräten für den Zugriff auf die Patientenakte sehen wir positiv. Aus Sicht der Praxis sehen wir, dass eine Abgrenzung der Konstrukte der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte (§ 68 SGB V) und der elektronischen Patientenakte (§ 291a Absatz 3 Nr. 4 SGB V) immer schwieriger wird. Perspektivisch sollte dies in den gesetzlichen Regelungen nachvollzogen werden. Hierzu und zu anderen Einzelaspekten der Digitalisierung haben wir ebenfalls unter Teil III Stellung bezogen und bedanken uns für die Gelegenheit hierzu.

#### **Erfüllungsaufwand**

Zu dem beim Bundesversicherungsamt entstehenden Erfüllungsaufwand in Höhe von 1,0 VZÄ h.D. (s. S. 46f.) aufgrund der Schiedsamtsregelung in Artikel 1 Nr. 66 (§ 132d Spezialisierte ambulante Palliativversorgung) weisen wir hin, ebenso auf den in Höhe von 0,25 VZÄ h.D. (s. S. 51) aufgrund der Änderung in Artikel 1 Nr. 74 (§ 217f Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen).

### **II. Übersicht**

#### **Änderungsvorschläge zu Artikel 1:**

- Nr. 8 (§ 14 Teilkostenerstattung) *Seite 6 der Stellungnahme*
- Nr. 10 (§ 20j (neu) Präexpositionsprophylaxe) *Seite 8 der Stellungnahme*
- Nr. 11 (§ 27a Künstliche Befruchtung) *Seite 9 der Stellungnahme*

- Nr. 23 (§ 46 Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld) *Seite 15 der Stellungnahme*
- Nr. 35 (§ 75 Inhalt und Umfang der Sicherstellung) *Seite 19 der Stellungnahme*
- Nr. 51 Buchstabe b) (§ 105 Förderung der vertragsärztlichen Versorgung; hier: Abs. 1a - Strukturfonds) *Seite 38 der Stellungnahme*
- Nr. 66 (§ 132d Spezialisierte ambulante Palliativversorgung) *Seite 44 der Stellungnahme*
  
- Nr. 74 (§ 217f Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen) *Seite 49 der Stellungnahme*
- Nr. 83 (§ 291a Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur) *Seite 55 der Stellungnahme*
- Nr. 89 (§ 305 Auskünfte an Versicherte) *Seite 61 der Stellungnahme*

#### **Änderungsvorschläge zu Artikel 8:**

- Nr. 3 (§ 37 Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen) *Seite 63 der Stellungnahme*
- Nr. 5 Buchstabe a (§ 71 Abs. 1a Pflegeeinrichtungen) *Seite 64 der Stellungnahme*
- Nr. 5 Buchstabe b (§ 71 Abs. 3 Pflegeeinrichtungen) *Seite 66 der Stellungnahme*
- Nr. 8 (§ 120 Pflegevertrag bei häuslicher Pflege) *Seite 67 der Stellungnahme*

### **III. Stellungnahme im Einzelnen**

#### **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

##### **Nr. 1**

##### **§ 4 Absatz 6 Krankenkassen (Ausgabe eGK)**

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

Der Absatz enthält die „sanktionierte“ Frist zur Erstausgabe der eGK bis 31.12.2012 und wird aufgehoben.

###### **B) Stellungnahme**

Aufgrund der mittlerweile erfolgten Ausgabe der eGK ist die Regelung obsolet.

###### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 2**

#### **§ 5 Versicherungspflicht**

##### A) Beabsichtigte Neuregelung

a) Die pauschale Anrechnungszeit für Kinder in der KVdR wird um einen Verweis im Absatz 2 Satz 3 auf die Einschränkungen des § 55 Absatz 3a SGB XI ergänzt, der wiederum Altersgrenzen (hier der Familienversicherung) für die Berücksichtigung von Adoptiv- und Pflegekindern beinhaltet. Dies führt dazu, dass bei Adoption und Eheschließung nach dem Ende dieser Altersgrenzen keine Kinderzeiten für die Vorversicherungszeit der KVdR berücksichtigt werden.

b) In Absatz 8 Satz 3 Nr. 6 wird eine Bestandsschutzregelung eingefügt, dass hier § 9 Absatz 1 Nr. 6 i.d.F. vor dem TSVG weitergilt. Dies steht im Zusammenhang mit der im Rahmen des TSVG (Änderung Nr. 5) vorgesehenen Aufhebung des § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V.

##### B) Stellungnahme

a) Die zukünftige Einschränkung ist sachgerecht, da bei Adoption und Eheschließung nach besagten Altersgrenzen nicht von der Erbringung erzieherischer Leistungen ausgegangen werden kann.

b) Folgeänderung

##### C) Änderungsvorschlag

Keiner

## **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 3**

#### **§ 6 Absatz 8 Versicherungsfreiheit (Ausgangswert JAEG 2004)**

##### A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Absatz enthält den Erstausgangswert der JAEG für 2004 und wird aufgehoben.

Der bisherige Absatz 7 wird neuer Absatz 6.

##### B) Stellungnahme

Die Regelung ist obsolet, die Aufhebung dient der Rechtsbereinigung.

##### C) Änderungsvorschlag

Keiner

## **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 4**

#### **§ 7 Absatz 3 Versicherungsfreiheit bei geringfügiger Beschäftigung**

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Übergangsregelung zum Stichtag 31. März 2003 bzgl. der Weitergeltung der Versicherungspflicht, trotz geringfügiger Beschäftigung, wird aufgehoben.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist obsolet, die Aufhebung dient der Rechtsbereinigung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

## **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 5**

#### **§ 9 Absatz 1 Satz 1 Freiwillige Versicherung (Beitritt)**

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nr. 6 enthält eine Übergangsregelung zum Beitritt von eigentlich KVdR-Pflichtversicherten zum 31. März 2002 und wird aufgehoben.

Die bisherige Nr. 7 wird neue Nr. 6.

B) Stellungnahme

Die Übergangsregelung ist obsolet und kann gestrichen werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

## **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 6**

#### **§ 10 Familienversicherung**

A) Beabsichtigte Neuregelung

a) Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 wird dahingehend ergänzt, dass zukünftig nicht monatlich wiederkehrende Abfindungszahlungen auf Monate aufgeteilt werden. Hierbei wird die ggf. erfolgte Einmalzahlung auf Basis des zuletzt erzielten monatlichen Arbeitsentgelts aufgeteilt. D.h. es wird fiktiv ein weitergezahltes monatlichen Entgelt unterstellt, bis die Summe der

Einmalzahlung „aufgebraucht“ ist. Bislang wurden einmalige Abfindungen wegen Beendigung des Arbeitsverhältnisses beim Gesamteinkommen für die Familienversicherung nicht berücksichtigt, was ggf. zur Aufnahme eigentlich nicht Schutzbedürftiger in die Familienversicherung führte.

b) Absatz 2

aa) Es wird die Datumsangabe zur Einführung der Regelung (Unterbrechung bei Freiwilligendienst) gestrichen.

bb) Bislang ist behinderten Menschen, für die nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 (wg. Vorrangversicherung) eine Familienversicherung nicht möglich ist, nach Beendigung der Vorrangversicherung keine Aufnahme in die Familienversicherung möglich (i.d.R. wegen Erreichen der Altersgrenzen). Zukünftig wird dieser Personenkreis als schutzbedürftig eingestuft und ein Zugang zur Familienversicherung eröffnet.

c) Im Absatz 4 S. 1 wird die Familienversicherung für Stiefkinder und Enkel dahingehend erweitert, dass das Kriterium der „Aufnahme in den Haushalt“ ergänzt wird (alternativ zum „überwiegenden Unterhalt“). Die Gesetzesbegründung enthält hierbei nähere Aussagen zum Vorliegen einer entsprechenden Haushaltsaufnahme. Die Änderung verfolgt in erster Linie das Ziel der Verwaltungsvereinfachung bzgl. der Prüfung des „überwiegenden Unterhalts“ durch die Krankenkasse, die zukünftig vorrangig auf das Vorliegen eines gemeinsamen Haushalts abstellen können.

B) Stellungnahme

a) Die Heranziehung von nicht monatlichen Abfindungen dient dem Ausschluss nicht schutzbedürftiger Personen aus der Familienversicherung, da bei Vorliegen entsprechender Abfindungen davon auszugehen ist, dass die Person sich selbst unterhalten kann. Dies vermeidet auch Ungleichbehandlungen zwischen Personen mit ratiellen gegenüber einmaligen Abfindung und ist insgesamt zu begrüßen.

b) Die Streichung des Einführungsdatums dient der Rechtsbereinigung.

Die Eröffnung der Familienversicherung für die betreffenden behinderten Personen ist eine sozialpolitische Entscheidung.

c) Da es in der Regel bei einem auf Dauer angelegten Gemeinschaft sowohl ein gemeinsamer Haushalt als auch ein überwiegender unterhalt vorliegend wird, führt die Änderung zu keiner echten Erweiterung des Personenkreises. Der zukünftig kassenseitig einfacher zu prüfende Haushalt dürfte indes die Kassenpraxis erleichtern. Die Änderung wird somit insgesamt begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

## **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 7**

#### **§ 13 Absatz 3a Satz 4 Kostenerstattung**

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird hinsichtlich des im BMV-Z vorgesehenen Gutachterverfahrens (hier sodann Fristsetzung 6 Wochen für die Kassenentscheidung) ein Verweis auf § 87 Absatz 1c SGB V eingefügt. Dieser soll im Rahmen des TSVG (siehe Änderung Nr. 40) neu eingefügt werden und regelt zukünftig die Möglichkeit einer zahnärztlichen Begutachtung abseits des MDK.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine zutreffende Folgeänderung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

## **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 8**

#### **§ 14 Teilkostenerstattung**

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 14 Absatz 1 werden nach dem Wort „Angestellte“ die Wörter „und Versorgungsempfänger“ eingefügt.

B) Stellungnahme

Unter Ziffer II.3.4 wird in der Gesetzesbegründung ausgeführt, die Änderung diene der Klarstellung, dass nicht nur aktive Dienstordnungsangestellte der Krankenkassen und deren Verbänden, sondern auch Versorgungsempfänger Teilkostenerstattung in Anspruch nehmen können.

Das Bundesversicherungsamt begrüßt diese gesetzliche Klarstellung des § 14 Absatz 1 SGB V.

Darüber hinaus regt das Bundesversicherungsamt an, im Rahmen des TSVG eine weitere Ergänzung des § 14 Absatz 1 SGB V vorzunehmen:

Bisher ist nicht eindeutig gesetzlich geregelt, ob der satzungsrechtliche Anspruch auf eine Teilkostenerstattung gemäß § 14 Absatz 1 SGB V für Dienstordnungsangestellte auch kassenartübergreifend gewährt werden kann. Beispielsweise sehen Innungskrankenkassen

sen die Teilkostenerstattung lediglich für Dienstordnungsangestellte vor, die bei einer IKK oder einem IKK Verband beschäftigt sind/beschäftigt waren und bei einer IKK versichert sind. Dienstordnungsangestellte anderer Kassenarten (z. B. AOK) werden von der Teilkostenerstattung nach § 14 SGB V bei einer IKK ausgeschlossen. Nach Ansicht des Bundesversicherungsamts besteht keine gesetzliche Rechtfertigung für eine Einschränkung auf die eigene Kassenart. Zu dieser Fragestellung ist zurzeit eine Klage eines Beschwerdeführers gegen eine IKK anhängig. Das Bundesversicherungsamt würde eine gesetzliche Klarstellung begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 8 wird wie folgt ergänzt:

Nach § 14 Absatz 1 Satz 1 SGB V wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Ein Ausschluss des Anspruchs auf Teilkostenerstattung für anspruchsberechtigte Personen nach Satz 1 anderer Krankenkassen und deren Verbände ist unzulässig.“

Der bisherige § 14 Absatz 1 Satz 2 SGB V wird zu § 14 Absatz 1 Satz 3 SGB V.

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

**Nr. 9**

**§ 16 Absatz 3a Ruhen des Anspruchs (Beendigung bei Hilfebedürftigkeit)**

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Ruhen von Leistungen tritt dann nicht ein bzw. endet, wenn der Betroffene im Sinne des SGB II oder XII hilfebedürftig ist. Aus der Aufsichtspraxis ist bekannt, dass es unter den Krankenkassen unterschiedliche Auffassungen und Handhabung gab, wer die Hilfebedürftig festzustellen hat. Einige Krankenkassen hielten hierbei die zwingende Feststellung durch den zuständigen Leistungsträger für notwendig. Das BSG hatte insoweit geurteilt, dass die Krankenkassen anhand der Maßstäbe des SGB II und SGB XII eine eigene Prüfung und Feststellung von Amts wegen selbst zu treffen haben. Die Angelegenheit wurde sowohl zwischen BVA und GKV-Spitzenverband schriftlich und mündlich als auch auf Verbandsebene erörtert.

Durch die Neuregelung erfolgt eine Klarstellung, dass zukünftig die Feststellung der Hilfebedürftigkeit durch den Leistungsträger und entsprechend nicht mehr durch die Krankenkassen zu treffen ist.

In Ergänzung der Zuständigkeitsregelung wird ein Anspruch des Versicherten gegenüber den Leistungsträgern nach SGB II und XII eingefügt, die entsprechende Bescheinigungen auszustellen haben.

## B) Stellungnahme

Die Schaffung einer klaren Zuständigkeitsregelung wird begrüßt, zumal die Krankenkassen damit von einer ihr „fachfremden“ Prüfung entlastet werden. Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt. Fraglich erscheint allein, inwieweit die Leistungsträger nach SGB II und XII im Stande sind eine zeitnahe Prüfung und Bescheinigung sicherzustellen.

## C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch****Nr. 10****§ 20j (neu) Präexpositionsprophylaxe**

## A) Beabsichtigte Neuregelung

Versicherte ab vollendetem 16. Lebensjahr erhalten bei erhöhtem HIV-Infektionsrisiko einen Anspruch auf ärztliche Beratung und Verordnung von Arzneimitteln zur Präexpositionsprophylaxe (PrEP), sowie entsprechende Untersuchungen.

Ziel ist es, die HIV-Neuinfektionen weiter zu verringern. Die PrEP gehört bislang nicht zum GKV-Leistungskatalog und musste i.d.R. von den Betroffenen selbst bezahlt werden.

Die näheren Regelungen zu Personenkreis, Art und Umfang der Leistungen vereinbaren GKV-Spitzenverband und KBV im Rahmen des BMV-Ä. Der Bewertungsausschuss hat nach Abschluss der Vereinbarung den EBM innerhalb eines Monats zu überprüfen und ggf. anzupassen (Abrechnung der ärztlichen Leistungen).

## B) Stellungnahme

Die Aufnahme der PrEP und der ergänzenden Maßnahmen in den Leistungskatalog der GKV ist eine gesundheitspolitische Entscheidung und dient hier vorrangig dem Infektionsschutz. Sie wird vom Bundesversicherungsamt begrüßt; es wird lediglich eine redaktionelle Änderung vorgeschlagen:

## C) Änderungsvorschlag

Im Absatz 1 Satz 1 wird die Formulierung „die älter als 16 Jahre sind“ verwendet. Das SGB V stellt bei der Regelung von Altersgrenzen regelmäßig auf „vollendete Lebensjahre“ ab. Daher sollte die Formulierung angepasst werden in „die das 16. Lebensjahr vollendet haben“.

## **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 11**

#### **§ 27a Künstliche Befruchtung**

##### A) Beabsichtigte Neuregelung

Versicherte sollen Anspruch auf Kryokonservierung von Ei- oder Spermazellen oder von Keimzellgewebe und die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen haben, wenn diese wegen einer Krebserkrankung im Hinblick auf eine Maßnahme der künstlichen Befruchtung nach Absatz 1 medizinisch notwendig sind.

##### B) Stellungnahme

In der Gesetzesbegründung wird unter Ziffer II.3.4 ausgeführt, der Leistungsanspruch der künstlichen Befruchtung nach § 27a SGB V werde um die Möglichkeit der Kryokonservierung von Keimzellgewebe, Ei- und Spermazellen in Fällen erweitert, in denen eine akute Krebserkrankung bzw. deren Behandlung zu einem unwiederbringlichen Fertilitätsverlust führen würde und eine Kryokonservierung erforderlich sei, um nach der Genesung eine künstliche Befruchtung zu ermöglichen.

Diese beabsichtigte Erweiterung des § 27a SGB V wirkt sich auf die zusätzlichen Satzungsleistungen gemäß § 11 Absatz 6 SGB V aus. Danach kann die Krankenkasse in ihrer Satzung zusätzliche vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossene Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität u.a. im Bereich der künstlichen Befruchtung (§ 27a SGBV) vorsehen. Die Satzung muss insbesondere die Art, die Dauer und den Umfang der Leistung bestimmen; sie hat hinreichende Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringer zu regeln.

Der Verweis des § 11 Absatz 6 SGB V erfasst den § 27a SGB V in Gänze, also auch die beabsichtigte Erweiterung des neuen § 27a Absatz 4 SGB V. Über die sodann als Regelleistung zu gewährende Kryokonservierung aufgrund einer Krebserkrankung hinaus, könnten die Krankenkassen gemäß § 11 Absatz 6 SGB V auch Kryokonservierungen bei weiteren zu einem unwiederbringlichen Fertilitätsverlust führenden Krankheiten vorsehen.

Je nachdem, ob diese erweiterte Satzungsbefugnis für Kryokonservierung aus anderen Gründen gemäß § 11 Absatz 6 SGB V durch das TSVG beabsichtigt ist oder nicht, müsste der neue § 27a Absatz 4 SGB V von der Satzungsbefugnis des § 11 Absatz 6 Satz 1 SGB V ggf. ausgenommen werden.

## C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 11 wäre dann wie folgt zu ergänzen:

- d) In § 11 Absatz 6 Satz 1 werden nach den Worten „der künstlichen Befruchtung (§ 27a)“ die Worte „mit Ausnahme des § 27a Absatz 4“ ergänzt.

### **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

#### **Nr. 12**

#### **§ 28 Absatz 1 Satz 3 Ärztliche und Zahnärztliche Behandlung**

## A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Frist 30. Juni 2012 zur erstmaligen Regelung delegationsfähiger Leistungen im BMV-Ä wird gestrichen.

## B) Stellungnahme

Die Befristung ist obsolet und kann entsprechend bereinigt werden.

## C) Änderungsvorschlag

Keiner

### **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

#### **Nr. 13**

#### **§ 29 Absatz 5 (neu) Kieferorthopädische Behandlung**

## A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Bereich der kieferorthopädischen Versorgung wird die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Mehrleistung oder Zusatzleistungen durch den Versicherten neu geschaffen. In beiden Fällen übernehmen die Krankenkassen die Kosten für eine nach EBM vergleichbare Leistung im Wege der Sachleistung, der Versicherte hat den Differenzbetrag selbst zu tragen und erhält eine entsprechende Rechnung. Flankierend wird klargestellt, dass die ärztlichen Aufklärungspflichten auch die Frage der Mehrkosten umfassen. Die Gesamtvertragspartner haben einen Vordruck zur Quittierung der erfolgten ärztlichen Beratung zu erstellen. Die Mehr- oder Zusatzkosten im Rahmen der Behandlung sind zwischen Arzt und Patient schriftlich zu fixieren.

Ergänzend erhaltend die KVen und die KBV den Auftrag, die Einhaltung der Informationspflichten im anlassbezogenen Einzelfall zu überprüfen und werden zur notwendigen Datennutzung ermächtigt. Die Ärzte sind gegenüber den KVen insoweit, auch versichertenbezogen, auskunftspflichtig.

## B) Stellungnahme

Das SGB V enthält bereits an diversen Stellen Mehrkostenregelung bei höher- oder anderweitiger Versorgung auf Wunsch des Versicherten. Die Eröffnung dieser Möglichkeit im kieferorthopädischen Bereich begegnen daher keine systematischen Bedenken. Die konkrete gesetzliche Regelung der Ansprüche und Pflichten ist zu begrüßen.

## C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch****Nr. 14****§ 31a Absatz 1 Satz 1 Medikationsplan**

## A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Datum des Anspruchsbeginns auf einen Medikationsplan gegenüber dem behandelnden Arzt ab 1. Oktober 2016 wird gestrichen.

## B) Stellungnahme

Der Anspruch besteht seit Einführung, die Datumsangabe ist nicht mehr notwendig.

## C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch****Nr. 15****§ 33 Absatz 9 Hilfsmittel (Intraokularlinsen)**

## A) Beabsichtigte Neuregelung

Bislang wird bzgl. der Mehrkosten bei Intraokularlinsen fehlerhaft auf Absatz 1 Satz 5 verwiesen, die zutreffende Regelung ist jedoch in Satz 6 enthalten. Dies wird nunmehr korrigiert.

## B) Stellungnahme

Der Verweis ist nunmehr zutreffend.

## C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch****Nr. 16****§ 35a Absatz 3 Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen**

## A) Beabsichtigte Neuregelung

Bislang veröffentlicht der G-BA im Einzelfall auf freiwilliger Basis englische Übersetzungen seiner Beschlüsse, etwa zur Nutzenbewertung von Arzneimitteln. Zur Erhöhung der Transparenz und auch der möglichen Nutzung auf EU-Ebene wird dem G-BA aufgegeben, alle Beschlüsse nach § 35a SGB V, sowie eine Zusammenfassung der tragenden Gründe in englischer Sprache zu veröffentlichen. Diese haben nur informativen und keinen regelnden Charakter.

## B) Stellungnahme

Die Pflicht zur Veröffentlichung erweitert und konkretisiert nur die bereits bestehende Praxis des G-BA und ist insgesamt unbedenklich.

## C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch****Nr. 17****§ 37b Absatz 4 Satz 1 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung**

## A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Frist zur Abgabe des ersten Berichts durch den GKV-Spitzenverband wird gestrichen, die regelmäßige Berichtspflicht bleibt bestehen.

## B) Stellungnahme

Die Datumsangabe ist obsolet und kann entfernt werden.

## C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch****Nr. 18****§ 39 Absatz 1a Satz 9 und 10 (neu) Krankenhausbehandlung**

## A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Zuge des durch § 89a SGB V (Änderung Nr. 46) neu geschaffenen sektorenübergreifenden Schiedsgremiums wird die bisherige Schiedsverfahrensregelung zur Einigung im Bereich Entlassmanagement überarbeitet. Der bisherige Verweis auf § 118a Absatz 2 Satz 2 SGB V (der wiederum auf § 89 SGB V Bezug nimmt) wird entfernt und ein Verweis auf den neuen § 89a SGB V angefügt.

Ferner wird die Frist 31. Dezember 2015 zur erstmaligen vertraglichen Regelung entfernt.

## B) Stellungnahme

Es handelt sich um Folgeänderung im Zusammenhang mit § 89a SGB V.

## C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch****Nr. 19 - § 39a Stationäre und ambulante Hospizleistung****Nr. 20 - § 39b Absatz 2 Satz 2 Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkasse**

## A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Frist 31. Dezember 2016 zur erstmaligen Anpassung der Rahmenvereinbarung wird jeweils entfernt.

## B) Stellungnahme

Die Frist ist wegen Zeitablaufs obsolet und wird zutreffend entfernt.

## C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch****Nr. 21****§ 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**

## A) Beabsichtigte Neuregelung

a) In Absatz 2 Satz 4 zweiter Halbsatz wird zukünftig ebenfalls auch das neue Schiedsamt nach § 89a SGB V verwiesen.

b) Absatz 3 Satz 8 enthält die Berichtspflicht der Krankenkassen gegenüber der Aufsichtsbehörde, Fälle nach Satz 6 (d.h. Ausgleichszahlungen der Kranken- an die Pflege-

kasse bei Fristüberschreitung) zu melden, und wird aufgehoben, da es ihr aufgrund der geringen Fallzahlen an praktischer Relevanz mangelt.

B) Stellungnahme

a) Zutreffende Folgeänderung zu § 89a SGB V.

b) Die Streichung wird ausdrücklich begrüßt. Das BVA hat seit Einführung der Regelung regelmäßig gegenüber dem BMG auf die Aufhebung der Berichtspflicht gedrängt, da ihr aufgrund der äußerst geringen Fallzahlen keine praktische Bedeutung zukommt und Aufwand und Nutzen in keinem Verhältnis standen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

**Nr. 22**

**§ 44 Absatz 2 Krankengeld**

A) Beabsichtigte Neuregelung

a) Der Personenkreis der hauptberuflich Selbständigen, die nicht freiwilliges Mitglied, sondern nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V pflichtversichert sind, soll – im Gegensatz zum grundsätzlichen Ausschluss des Krankengeldanspruchs für Auffangpflichtversicherte, die Möglichkeit zur Abgabe einer Wahlerklärung i.S.d. § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V eröffnet werden. Hiermit werden hauptberuflich Selbständige zukünftig unabhängig von ihrem Versichertenstatus in Bezug auf die Möglichkeit zur Wahl von gesetzlichem Krankengeld gleichgestellt und Unsicherheiten in der Kassenpraxis behoben.

b) Uneinheitlich wurde in der Kassenpraxis bislang mit Fällen umgegangen, bei denen die Wahlerklärung für Krankengeld während einer laufenden AU abgegeben wurde. Es wird nunmehr gesetzlich klargestellt, dass Wahlerklärungen bei laufender AU erst nach deren Ende wirksam werden, wie es etwa bei Krankengeld-Wahlтарifen nach § 53 Absatz 6 SGB V seit jeher üblich ist. Mit der Regelung wird zudem eine missbräuchliche Inanspruchnahme von Krankengeld, nur für Zeiten von AU, unterbunden.

B) Stellungnahme

Die Änderungen dienen der Gleichbehandlung, einheitlichen Kassenpraxis und dem Schutz der Solidargemeinschaft und werden daher begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch****Nr. 23****§ 46 Satz 3 (neu) Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld**

## A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Wege einer Ergänzung soll der Anspruch auf Krankengeld und damit die Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nr. 2 SGB V auch dann erhalten bleiben, wenn eine AU-Folgebescheinigung verspätet nach dem Wegfall entsprechender Hinderungsgründe nachgereicht wird. Nach aktueller Rechtslage würde eine verspätete Bescheinigung zum Wegfall des Krankengeldanspruchs und damit zur Beendigung der Fortführung der Mitgliedschaft führen.

## B) Stellungnahme

Die neue Regelung lässt vom Wortlaut her jedweden Hinderungsgrund ausreichen, um einen verspäteten Nachweis der weiteren Arbeitsunfähigkeit ausreichen zu lassen. Lediglich in der Gesetzesbegründung wird insoweit „insbesondere“ auf mögliche schwerwiegende Erkrankungen abgestellt, die einem rechtzeitigen Arztbesuch entgegenstehen.

Damit ist der ggf. ursächliche „Hinderungsgrund“ nicht näher definiert. Es ist unklar, ob persönliche Hinderungsgründe, medizinische Hinderungsgründe, ärztlich zu vertretene Hinderungsgründe oder nur solche von einem gewissen „Schweregrad“ anerkannt werden sollen. Die einerseits offene Formulierung könnte in Verbindung mit dem andererseits in der Gesetzesbegründung einzig konkret genannten Hinderungsgrund in der praktischen Umsetzung aufgrund des weiten Interpretationsspielraums zu nicht unerheblichen Problemen führen.

## C) Änderungsvorschlag

Es sollte zumindest in der Gesetzesbegründung eine Präzisierung des „Hinderungsgrundes“ erfolgen, da ansonsten mit Schwierigkeiten in der praktischen kassenseitigen Handhabung zu rechnen ist.

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch****Nr. 24****§ 49 Absatz 1 Nr. 3a Ruhen des Krankengeldes**

## A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Aufnahme des „Verletztengeldes“ der UV in die bzgl. des Krankengeldes Ruhens auslösenden Tatbestände wird nunmehr klarstellend sichergestellt, dass der Bezug von Verletztengeld auf die KG-Bezugsdauer angerechnet wird. Wie der Gesetzesbegrün-

dung zu entnehmen ist, ist im Zuge von Änderungen im Rahmen des Verwaltungsvereinfachungsgesetzes das Verletztengeld aus der Regelung herausgefallen. Seit dem bestanden unterschiedliche Auffassungen und entsprechende Handhabung, ob das Verletztengeld auf die KG-Bezugsdauer anzurechnen ist. Soweit dies – aufgrund des Gesetzeswortlauts – nicht angerechnet wurde, führte dies im Ergebnis zu der Verdopplung der Leistungsbezugsdauer, wenn Verletztengeld und sodann Krankengeld bezogen wurde. Dieser Widerspruch wird nunmehr aufgelöst.

B) Stellungnahme

Die Klarstellung wird ausdrücklich begrüßt, zumal sich auch das BVA mit der Frage wiederholt inhaltlich befasst hat. Nunmehr wird eine einheitliche Kassenpraxis und Gleichbehandlung der Personen gewährleistet.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

**Nr. 25 - § 50 Absatz 1 Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes**

**Nr. 26 - § 51 Absatz 1a (neu) Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe**

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um durch das Flexirentengesetz notwendig gewordene Folgeänderungen, die das Verhältnis von Voll- und Teilrente der RV zum Krankengeld der KV betreffen. Im SGB V wird bisher davon ausgegangen, dass nur bei Vollrente wegen Alters kein Anspruch auf Krankengeld besteht, da von einem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben ausgegangen wird und entsprechend kein Entgelt entfällt das ersetzt werden müsste. Die neue Möglichkeit der Teilrente wegen Alters ist im SGB V noch nicht nachvollzogen, so dass aktuell der Bezug von Teilrente einen Anspruch auf Krankengeld nicht ausschließt. Zukünftig führt auch der Bezug von Teilrente wegen Alters (von mind. 2/3 der Vollrente) zu einem Ausschluss des KG.

Auch die im Rahmen des Flexirentengesetzes geschaffene rückwirkende Aufhebung von Vollrentenbescheiden bei Überschreitung der Hinzuverdienstgrenze ist bislang im SGB V noch nicht nachvollzogen. Bei Umwandlung von Voll- in Teilrente wegen zu hohem Hinzuverdienst könnte grundsätzlich auch rückwirkend wieder ein Anspruch auf Krankengeld entstehen. Dies soll wegen der mannigfaltigen Umsetzungsschwierigkeiten vermieden werden. D.h. soweit eine Vollrente rückwirkend in eine Teilrente umgewandelt wird, verbleibt es dennoch beim Ausschluss des Krankengeldanspruchs.

Die Krankenkasse kann Versicherte mit Teilrente und Hinzuverdienst im KG-Bezug zudem zur Stellung eines Antrags auf Überprüfung der RV, ob nicht die Voraussetzungen für eine Vollrente vorliegen, die wiederum zum Wegfall des Krankengeldes führen würde. Hiermit sollen bei rückwirkenden Änderungen Erstattungsverfahren zwischen KV und RV vermieden werden.

B) Stellungnahme

Die Änderungen werden befürwortet, da sie die bisherige Systematik von Krankengeld bei Rentenbezug an die geänderten gesetzlichen Gegebenheiten anpassen und der Sicherstellung der Funktion von Krankengeld dienen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

**Nr. 27**

**§ 55 Leistungsanspruch (Festzuschüsse Zahnersatz)**

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Festzuschuss bei Zahnersatz wird grundsätzlich von 50 auf 60 v.H. angehoben. Im Zuge dessen werden notwendige Folgeänderungen vorgenommen, so dass etwa zukünftig nicht mehr auf einen doppelten Festzuschuss, sondern auf Festzuschuss und zusätzlichen Betrag abgestellt wird. Weitere inhaltliche Änderungen werden nicht vorgenommen.

B) Stellungnahme

Die Änderung dient der Entlastung der Versicherten.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

**Nr. 28 - § 57 Beziehungen zu Zahnärzten und Zahntechnikern**

**Nr. 29 - § 64a Absatz 2 Modellvorhaben zur Arzneimittelversorgung**

**Nr. 30 - § 64c Absatz 2 Modellvorhaben zum Screening auf 4MRGN**

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich jeweils um Folgeänderung des neuen Schiedsamtes § 89 bzw. § 89a SGB V.

- B) Stellungnahme  
Die Verweise sind zutreffend, Einwände bestehen nicht.
- C) Änderungsvorschlag  
Keiner

## **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 31**

#### **§ 65c Klinisches Krebsregister**

- A) Beabsichtigte Neuregelung
  - a) Möglichkeit zur Nachbesserung bei Krebsregistern, die die Anforderungen noch nicht erfüllen wird von 1 auf 2 Jahre verlängert, da sich die Verfahren als insgesamt langwieriger erwiesen haben.
  - b) Die Frist zur erstmaligen Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband und der DKG wird gestrichen. Zudem werden zwei Folgeänderungen anlässlich der neuen Schiedsregelsatzung § 89a SGB V vorgenommen.
- B) Stellungnahme  
Es handelt sich um Folgeänderungen und zutreffende Rechtsbereinigung.
- C) Änderungsvorschlag  
Keiner

## **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 32**

#### **§ 73 Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung**

- A) Beabsichtigte Neuregelung  
Es wird klargestellt, dass die hausärztliche Versorgung – wie bereits größtenteils praktiziert – auch die Besorgung erforderlicher Behandlungstermine bei Fachärzten umfasst.
- B) Stellungnahme  
Die Neuregelung bildet die Koordinationsleistung der Hausärzte nach.
- C) Änderungsvorschlag  
Keiner

## **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 33**

#### **§ 73b Absatz 5 Satz 3 Hausarztzentrierte Versorgung**

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Verweis auf § 20d SGB V a.F. wird auf einen Verweis auf § 20i SGB V (Schutzimpfungen) aktualisiert.

B) Stellungnahme

Redaktionelle Änderung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

## **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 34**

#### **§ 74 Stufenweise Wiedereingliederung**

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Rolle der stufenweisen Wiedereingliederung wird dahingehend gestärkt, als die Ärzte zukünftig bei AU-Zeiten von 6 Wochen regelmäßig die Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung zu prüfen haben. Dies war bislang un geregelt und die Anwendung der Regelung entsprechend beliebig. Näheres regelt der G-BA in der AU-Richtlinie.

B) Stellungnahme

Die stufenweise Wiedereingliederung hat sich bewährt so dass eine Stärkung und Ausweitung dieses Angebots begrüßt wird.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

## **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 35**

#### **§ 75 Inhalt und Umfang der Sicherstellung**

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen im Absatz 1a stehen im Zusammenhang mit Aufgabenerweiterungen der Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Vermittlung von Behand-

lungsterminen bei Fachärzten bzw. die Vermittlung von Ärzten in Notfällen soll durch den Einsatz von Terminservicestellen ermöglicht werden.

Deren Verpflichtung umfasst zukünftig zum einen auch die Vermittlung von Haus- und Kinderarztterminen und zum anderen insgesamt eine Vermittlung auch für dauerhafte Behandlungen durch Ärzte neben der Akutfallvermittlung. Flankierend werden die Informations- und Serviceangebote ausgebaut. Neben der Einrichtung einer zentralen Rufnummer zur Vermittlung wird auch das Online-Angebot (Sprechzeiten, Termine u.a.) versichertenfreundlich erweitert. Zur verbesserten Kommunikation mit den Versicherten soll diese Terminvergabe über ein digitales Angebot (App/Online-Angebote) erfolgen.

Durch die zukünftige einheitliche Steuerung rund um die Uhr durch die erweiterten Servicestellen, wird zudem das Ziel verfolgt, die Notfallambulanzen zu entlasten indem u.a. wieder verstärkt auf den vertragsärztlichen Notdienst zurückgegriffen werden soll.

Ferner werden redaktionelle Folgeänderungen vorgenommen und obsolet gewordene Daten im Absatz 1a gestrichen.

#### B) Stellungnahme

Die Änderungen dienen der besseren und schnelleren Versorgung der Versicherten sowie auch der Entlastung der Notfallambulanzen, da über die neue einheitliche Rufnummer sowohl reguläre als auch Akutfälle gesteuert werden können. Die Verbesserung der Vermittlung von Behandlungsterminen bei Fachärzten begrüßen wir, auch wenn diese nicht unmittelbar zum Aufsichtsfeld des Bundesversicherungsamtes zählt.

Aus allgemeiner datenschutzrechtlicher Sicht geben wir zu bedenken, dass bereits die Tatsache, dass bei einem entsprechenden Facharzt für eine bestimmte Erkrankung ein Termin vereinbart wird, ein Gesundheitsdatum im Sinne von Artikel 4 Nr. 15 DSGVO darstellt und insoweit faktisch eine Übermittlung von Gesundheitsdaten erfolgt. Für diese besteht ein hohes Schutzbedürfnis. Die in diesem Zusammenhang eingesetzten Apps und Online-Angebote müssen die erforderlichen Mindeststandards einhalten. Daraus folgt, dass sich in der Praxis insbesondere sog. Messaging-Dienste oder Soziale Medien nur unter den hohen Anforderungen des Sozialdatenschutzes eignen (vgl. auch unser Rundschreiben zu dieser Thematik vom 18. August 2017, <https://www.bundesversicherungsamt.de/aufsicht/datenverarbeitungdaten-schutz.html>). Dies sollte in den Richtlinien nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 berücksichtigt werden.

Angesichts der im Entwurf enthaltenen Änderung im Absatz 1a Satz 13 ist – auch wenn der vorliegende Referentenentwurf dieses Thema nicht aufgreift – auf ein Problem aus der Aufsichtspraxis hinzuweisen, dass sich ggf. durch eine Klarstellung im Satz 13 beheben ließe. Es bestehen aktuell unterschiedliche Auffassungen dahingehend, ob die Vermittlung

von psychotherapeutischen Leistungen auch die Vermittlung von probatischen Sitzungen i.S. einer „erforderlichen Behandlung“ umfasst. KBV und GKV-Spitzenverband vertreten hier unterschiedliche Auffassungen. Der insoweit notwendig gewordene Schiedsspruch des Bundeschiedsamtes vom 30. November 2017 sieht die probatischen Sitzungen (entsprechend der Auffassung des GKV-Spitzenverbandes) mit erfasst. Der Schiedsspruch ist vor dem LSG beklagt, die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

C) Änderungsvorschlag

Es wird eine Konkretisierung im bisherigen Absatz 1a Satz 13 angeregt, ob auch probatische Sitzungen von der Vermittlung psychotherapeutischer Leistungen erfasst sind.

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

**Nr. 36**

**§ 75a Förderung der Weiterbildung**

A) Beabsichtigte Neuregelung

Streichung einer überholten Frist sowie Verweis auf das neu geschaffene sektorenübergreifende Schiedsgremium in § 89a in Konfliktfällen.

B) Stellungnahme

Für dreiseitige Vereinbarungen wie die Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung bestand bislang keine Konfliktlösungsregelung, deren Schaffung sehr begrüßt wird.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

**Nr. 37**

**§ 76 Freie Arztwahl**

A) Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Folgeänderung zur Ergänzung des § 75a Absatz 1a.

B) Stellungnahme

Weitere Ausführungen sind entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch****Nr. 38****§ 81a Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen; hier: Absatz 3b**

## A) Beabsichtigte Neuregelung

Es werden zwei neue Übermittlungswege personenbezogener Daten bzgl. der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (hier der Kassenärztlichen Vereinigungen) eingefügt. Künftig besteht für die Übermittlung von Daten (i.d.R. der Vertragsärzte) eine gesetzliche Grundlage zur Übermittlung an die Zulassungsausschüsse sowie an die Stellen zur Abrechnungsprüfung der Vertragsärzten.

## B) Stellungnahme

Die Regelung dient dem Austausch der besagten Stellen auch über ihre eigentliche Prüfungsbefugnisse hinaus, d.h. dass Erkenntnisse von Interesse für jetzt geregelte Dritte weitergegeben werden dürfen. Bislang ist dies nur an Staatsanwaltschaften und die Stellen nach § 197a SGB V bei den Krankenkassen möglich. Mithin werden die Möglichkeiten des Erkenntnisgewinns zu Gunsten einer Unterbindung von Fehlverhalten erweitert, was im Ergebnis begrüßt wird.

## C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch****Nr. 39****§ 85 Gesamtvergütung**

## A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Absätze 4b bis 4f der Regelung sollen aufgehoben werden.

## B) Stellungnahme

Die Aufhebung von § 85 Absatz 4b bis 4f dient der Verbesserung der vertragszahnärztlichen Versorgung der Versicherten durch Wegfall der Punktwertdegression. Damit soll ein Anreiz für die Bereitschaft von Zahnärzten, sich in ländlichen und strukturschwachen Gebieten niederzulassen, geschaffen werden.

## C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch****Nr. 40 Buchstabe a)****§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte**

## A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 87 Absatz 1b wird ein neuer Absatz 1c eingefügt.

## B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung liefert die gesetzliche Ermächtigung für das zahnärztliche Gutachterverfahren, wie es im Bundesmantelvertrag Zahnärzte vorgesehen und bereits seit langem in der Versorgung etabliert ist. Die gesetzliche Klarstellung wird begrüßt (siehe auch Stellungnahme zu Nr. 81).

## C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch****Nr. 40 Buchstabe b)****§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte**

## A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 2 Satz 3 wird dahingehend neu gefasst, dass der Bewertungsausschuss die nächste Aktualisierung der Bewertung der Leistungen nach Satz 1 und die Überprüfung der wirtschaftlichen Aspekte nach Satz 2 insbesondere bei medizinisch-technischen Geräten spätestens bis zum 30. September 2019 mit der Maßgabe durchzuführen hat, insbesondere die Angemessenheit der Bewertung von Leistungen zu aktualisieren, die einen hohen technischen Leistungsanteil aufweisen.

## B) Stellungnahme

Die vorgenannte Regelung dient der Stärkung des Gebots der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Gesetzlichen Krankenversicherung, da die Rationalisierungsreserven insbesondere bei dem Einsatz von medizinisch-technischen Geräten im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zugunsten von Verbesserungen von zuwendungsorientierten ärztlichen Leistungen („sprechende Medizin“) benutzt werden sollen.

- C) Änderungsvorschlag  
Keiner

## **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 40 Buchstabe c)**

#### **§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte**

- A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Neufassung von Absatz 2a Satz 23 wird geregelt, dass mit Wirkung zum 1. April 2019 die Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall von allen Leistungserbringern abrechnungsfähig sind, die einen Versicherten in Akutfällen während der Sprechstundenzeiten auf Vermittlung der Terminservicestelle behandeln.

- B) Stellungnahme

Die Regelung bezweckt, 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, und wird daher begrüßt.

- C) Änderungsvorschlag  
Keiner

## **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 40 Buchstabe d) Doppelbuchstabe aa)**

#### **§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte**

- A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Neufassung von Absatz 2b Satz 1 Nr. 1 bis 4 wird geregelt, dass für die dort aufgeführten Leistungen Einzelleistungen oder Leistungskomplexe im einheitlichen Bewertungsmaßstab vorzusehen sind. Die unter den Nummern 1 bis 3 aufgeführten Leistungen werden bereits nach geltendem Recht als Einzelleistung oder Leistungskomplex im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen abgebildet. Für die unter Nr. 4 aufgeführten Leistungen für eine erfolgreiche Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins bei einem an der fachärztlichen Versor-

gung teilnehmenden Leistungserbringer sind erstmalig Einzelleistungen oder Leistungskomplexe im einheitlichen Bewertungsmaßstab vorzusehen.

B) Stellungnahme

Die Regelung in Absatz 2b Satz 1 Nr. 4 bezweckt, die Leistungen für die erfolgreiche Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer besonders zu fördern, und wird daher begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

**Nr. 40 Buchstabe d) Doppelbuchstabe bb)**

**§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte**

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen der hausärztlichen Versorgung sollen als Versichertenpauschalen abgebildet werden. Diese Pauschalen sind einerseits nach Patienten, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals diagnostiziert und behandelt werden, sowie andererseits nach Patienten, bei denen eine begonnene Behandlung fortgeführt wird, zu differenzieren.

B) Stellungnahme

Die Regelung bezweckt, durch Schaffung eines finanziellen Anreizes, neue Patienten aufzunehmen, und wird daher begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

**Nr. 40 Buchstabe d) Doppelbuchstabe cc)**

**§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte**

## A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Anfügung der Sätze 5 und 6 in § 87 Absatz 2b wird in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen mit Wirkung zum 1. April 2019 ein Zuschlag für die erfolgreiche Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer aufgenommen.

## B) Stellungnahme

Die Regelung dient der Förderung der erfolgreichen Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und wird daher begrüßt.

## C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch****Nr. 40 Buchstabe e)****§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte**

## A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Neufassung von Absatz 2c Satz 1 und 2 werden die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen der fachärztlichen Versorgung arztgruppenspezifisch und unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen als Grund- und Zusatzpauschalen abgebildet. Mit den vorgenannten Grundpauschalen sollen die regelmäßig oder sehr selten und zugleich mit geringem Aufwand von der Arztgruppe in jedem Behandlungsfall erbrachten Leistungen vergütet werden. Die Grundpauschalen sind einerseits nach Patienten, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals diagnostiziert und behandelt werden, sowie andererseits nach Patienten, bei denen eine begonnene Behandlung fortgeführt wird, zu spätestens mit Wirkung zum 1. April 2019 zu differenzieren.

## B) Stellungnahme

Die Regelung dient der zielgenauen Steuerung der vertragsärztlichen Vergütung entsprechend der Schwierigkeit des jeweiligen Behandlungsfalls und ist daher zu begrüßen.

## C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch****Nr. 40 Buchstaben f) und g)****§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte**

- A) Beabsichtigte Neuregelung  
Redaktionelle Folgeänderungen
- B) Stellungnahme  
Eine Stellungnahme ist entbehrlich
- C) Änderungsvorschlag  
Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch****Nr. 40 Buchstabe h)****§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte**

- A) Beabsichtigte Neuregelung  
Durch die Einfügung eines Absatzes 2g wird der Bewertungsausschuss verpflichtet, spätestens innerhalb von drei Monaten nach Zustandekommen einer Vereinbarung nach § 19a Satz 6 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) die Voraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen der Versichertenpauschalen nach § 87 Absatz 2b und der Grundpauschalen nach § 87 Absatz 2c in der Offenen Sprechstunde im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zu regeln.
- B) Stellungnahme  
Die Gesetzesänderung regelt die Vergütung von Leistungen in der Offenen Sprechstunde und setzt damit einen Anreiz für die Vertragsärzte, diese Dienstleistung den Versicherten anzubieten. Da die Einführung einer Offenen Sprechstunde die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten verbessert, wird die Gesetzesänderung begrüßt.
- C) Änderungsvorschlag  
Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch****Nr. 40 Buchstabe i)****§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte**

## A) Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 3b werden die Sätze 3 bis 7 durch eine Neuregelung ersetzt, nach der das Bundesministerium für Gesundheit eine oder mehrere der in Satz 2 genannten Organisationen oder einen Dritten mit den Aufgaben des Instituts des Bewertungsausschusses nach Satz 1 beauftragen kann, wenn das Institut des Bewertungsausschusses seine Aufgaben nicht in dem vorgenannten Umfang oder nicht entsprechend der geltenden Vorgaben erfüllt.

## B) Stellungnahme

Durch die Regelung wird klargestellt, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband nach der Errichtung des Instituts des Bewertungsausschusses keinen Dritten mehr mit den Aufgaben nach § 87 Absatz 3b Satz 1 beauftragen und das inzwischen errichtete Institut nicht auflösen dürfen. Die Regelung dient der Anerkennung der Fachkompetenz des Instituts des Bewertungsausschusses und der Konzentration dieser Fachkompetenz ausschließlich beim Institut des Bewertungsausschusses und wird daher begrüßt.

## C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch****Nr. 40 Buchstabe j)****§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte**

## A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 87 Absatz 3d ist eine Folgeregelung zu den Änderungen des § 87 Absatz 3b.

## B) Stellungnahme

Nach der Regelung in Absatz 3b kann das Bundesministerium für Gesundheit einen Dritten mit den Aufgaben des Instituts des Bewertungsausschusses nach Satz 1 beauftragen, wenn das Institut des Bewertungsausschusses seine Aufgaben nicht in dem vorgesehenen Umfang oder nicht entsprechend der geltenden Vorgaben erfüllt. Die Folgeregelung in

§ 87 Absatz 3d stellt nunmehr klar, dass dem Bundesministerium für Gesundheit in dem vorgenannten Fall der Beauftragung eines Dritten auch das Recht eingeräumt wird, über die erforderlichen Sach- und Personalmittel sowie die Nutzung der Daten gem. Absatz 3f durch den beauftragten Dritten zu entscheiden, und wird daher begrüßt.

- C) Änderungsvorschlag  
Keiner

### **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

#### **Nr. 40 Buchstabe k)**

#### **§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte**

- A) Beabsichtigte Neuregelung  
Redaktionelle Folgeänderung zur Neufassung des § 89 SGB V.
- B) Stellungnahme  
Weitergehende Ausführungen sind hier entbehrlich.
- C) Änderungsvorschlag  
Keiner

### **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

#### **Nr. 40 Buchstabe l)**

#### **§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte**

- A) Beabsichtigte Neuregelung  
Die Neufassung von § 87 Absatz 5a regelt, dass bei Beschlüssen zur Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes zur Vergütung der Leistungen der spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b der Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen um drei Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft und um drei weitere Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu ergänzen ist. Kommt durch übereinstimmenden Beschluss aller Mitglieder eine Vereinbarung des so ergänzten Bewertungsausschusses ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet auf Verlangen von mindestens zwei Mitgliedern das zuständige sektorenübergreifende Schiedsgremium gem. § 89a.

## B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung aufgrund der Einführung einer einheitlichen sektorenübergreifenden Konfliktlösung in § 89a. Absatz 5a wird in diesem Zuge neu gefasst. Mit dieser Neufassung wird die Konfliktlösung durch den ergänzten Erweiterten Bewertungsausschuss auf das neue Schiedsgremium nach § 89a übertragen. Die Regelung dient einer sachgerechten, interessengerechten und zügigen Konfliktlösung und wird daher begrüßt.

## C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch****Nr. 40 Buchstabe m)****§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte**

## A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 87 Absatz 6 Satz 4 kann das Bundesministerium für Gesundheit Vereinbarungen festsetzen, wenn Beschlüsse des Bewertungsausschusses ganz oder teilweise nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande kommen oder wenn die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb einer von ihm gesetzten Frist behoben werden. Es kann dazu Datenerhebungen in Auftrag geben oder Sachverständigengutachten einholen. Durch die nunmehr geplante Einfügung von Satz 5 in Absatz 6 wird nunmehr ergänzend geregelt, dass das Bundesministerium für Gesundheit zur Vorbereitung von Maßnahmen nach Satz 4 bereits vor Fristablauf das Institut des Bewertungsausschusses beauftragen, Datenerhebungen in Auftrag geben oder Sachverständigengutachten einholen kann, soweit die Bewertungsausschüsse die Beratungen sowie die Beschlussfassungen nicht oder nicht in einem angemessenen Umfang vorbereiten oder durchführen.

## B) Stellungnahme

Die Regelung dient der Verfahrensbeschleunigung und wird daher begrüßt.

## C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch****Nr. 41****§ 87a Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten**

## A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung sieht vor, dass die folgenden Leistungen außerhalb der vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergütet sind:

1. Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gem. den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses,
2. Leistungen, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestelle erbracht werden,
3. Leistungen der erfolgreichen Vermittlung eines Behandlungstermins,
4. Leistungen, die während der Sprechstundenzeiten in Akutfällen und in Notfällen erbracht werden,
5. Leistungen der Versicherten- und Grundpauschalen für Patienten, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals diagnostiziert und behandelt werden, und
6. Leistungen der Versicherten- und Grundpauschalen für Patienten, die in der Offenen Sprechstunde behandelt werden.

## B) Stellungnahme

Die vorstehend genannte Regelung Nr. 1 ist bereits jetzt in § 87a Absatz 3 Satz 5 enthalten. Die vorstehend genannten Regelungen 2 bis 6 werden neu in das Gesetz eingefügt. Sie bewirken eine Steigerung des Leistungsangebots für die Versicherten und werden daher begrüßt. Die extra budgetäre Vergütung stellt einen leistungsangebotssteigernden finanziellen Anreiz dar.

## C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch****Nr. 42****§ 87b Vergütung der Ärzte**

## A) Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Anpassung.

- B) Stellungnahme  
Weitere Ausführungen sind entbehrlich.
- C) Änderungsvorschlag  
Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

**Nr. 43**

**§ 87d Vergütung vertragsärztlicher Leistungen im Jahre 2012**

- A) Beabsichtigte Neuregelung  
Aufhebung der Regelung wegen Zeitablauf.
- B) Stellungnahme  
Weitere Ausführungen sind entbehrlich.
- C) Änderungsvorschlag  
Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

**Nr. 44**

**§ 87e Zahlungsanspruch bei Mehrkosten**

- A) Beabsichtigte Neuregelung  
Folgeänderung zur Ergänzung des § 29 (Absatz 5).
- B) Stellungnahme  
Da mit der Ergänzung des § 29 um Absatz 5 eine weitere Mehrkostenregelung geschaffen wird, wird die Vorschrift folgerichtig auch in § 87e SGB V ergänzt.
- C) Änderungsvorschlag  
Keiner

## **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 45**

#### **§ 89 Schiedsamt**

##### A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Schiedsamsregelung wird neu strukturiert und zur einheitlichen zentralen Schiedsamsregelung fortentwickelt, auf die (neben § 89a SGB V) im Wesentlichen Bezug genommen wird (s. diverse Folgeänderung im Rahmen dieses Referentenentwurfs). Die Neuregelung basiert im Wesentlichen auf der Altregelung, die um Regelungen ergänzt wurde, die sich bisher in der Schiedsamsverordnung wiederfanden.

Inhaltlich wurden keine wesentlichen Änderungen vorgenommen. Zu erwähnen ist hier, dass an mehrerlei Stellen die Rechte der Aufsicht (Landesministerien und BMG) gestärkt wurden, die künftig die Vorsitzenden und Unparteiischen (nach Fristsetzung) bestimmen und Fristen zur Entscheidung setzen. Rechtsmittel haben jeweils keine aufschiebende Wirkung.

##### B) Stellungnahme

Im Sinne der Vereinheitlichung und vor allem im Interesse zügiger Verfahren werden die Änderungen begrüßt.

##### C) Änderungsvorschlag

Keiner

## **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 46**

#### **§ 89a Sektorenübergreifendes Schiedsgremium**

##### A) Beabsichtigte Neuregelung

Für den Bereich der sektorenübergreifenden Versorgung (ambulant und stationär) wird eine neue zentrale Schiedsverfahrensregelung geschaffen, auf die in den betreffenden Leistungsbereichen des SGB V zukünftig Bezug genommen wird. Bislang existieren im SGB V diverse Einzelregelung zu Schiedsverfahren mit dreiseitiger Beteiligung.

Die Regelung entspricht weitestgehend dem § 89 SGB V i.d.F. dieses Referentenentwurfs.

##### B) Stellungnahme

Die neue Schiedsamsregelung wird im Sinne einer zu erwartenden beschleunigten Entscheidungsfindung und Umsetzung begrüßt.

- C) Änderungsvorschlag  
Keiner

## **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 47 Buchstaben a), b) und d)**

#### **§ 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung; hier: Absätze 1a, 2 und 6**

- A) Beabsichtigte Neuregelung

In die Auflistung, welche Stellen medizinische Versorgungszentren gründen können, werden Praxisnetzen nach § 87b Absatz 4 in unterversorgten Regionen ergänzt. Hinsichtlich der Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 wird die Gründungsmöglichkeit auf fachbezogene medizinische Versorgungszentren beschränkt

Für die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums in Form einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung ist erforderlich, dass die Gesellschafter Sicherheitsleistungen abgeben. Ergänzt wird eine Klarstellung, dass selbstschuldnerische Bürgschaften und andere Sicherheitsleistungen nach dem BGB gleichwertige Alternativen sind. Absatz 2 beinhaltet darüber hinaus eine Folgeänderung zu § 101 Absatz 1.

Absatz 6 wird dahingehend ergänzt, dass die Voraussetzungen eines medizinischen Versorgungszentrums auch dann erhalten bleiben, wenn Gesellschafter ausscheiden und andere, angestellte Ärzte die Anteile übernehmen.

- B) Stellungnahme

Die geplanten Änderungen umfassen Erweiterungen, Klarstellungen und notwendig gewordene Einschränkungen in Zusammenhang mit medizinischen Versorgungszentren.

- C) Änderungsvorschlag  
Keiner

## **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 47 Buchstaben c)**

#### **§ 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung; hier: Absatz 3**

- A) Beabsichtigte Neuregelung

Für den Prüfauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen über die Einhaltung der Versorgungsaufträge wird ein einheitliches Verfahren vorgegeben, dass die Mindestsprechstundenzeiten mit einschließt.

## B) Stellungnahme

Die Sicherstellung einer einheitlichen Prüfpraxis wird begrüßt.

## C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

Nr. 47 Buchstaben e) und f)

**§ 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung; hier: Absätze 7 und 9**

## A) Beabsichtigte Neuregelung

Übernahme einer Regelung aus der Zulassungsverordnung für Ärzte (§ 19 Absatz 3 der Ärzte-ZV).

Übernahme der Regelungen für angestellte Ärzte in medizinischen Versorgungszentren für Ärzte, die bei einer Vertragsärztin oder einem Vertragsarzt angestellt sind.

## B) Stellungnahme

Die Übernahme der Sonderregelung aus der Zulassungsverordnung für Ärzte (Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich) folgt einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts. Mit der Übernahme ins SGB V wird die Regelung zutreffend legitimiert.

## C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

**Nr. 48**

**§ 96 Zulassungsausschüsse**

## A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 2 wird um ein Mitbestimmungsrecht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden in den Zulassungsausschüssen für Ärzte ergänzt. Es beinhaltet auch das Recht zur Beantragung zusätzlicher Zulassungen in ländlichen Gebieten innerhalb eines Planungsbereichs, für den Zulassungsbeschränkungen bestehen.

## B) Stellungnahme

Die Regelung ist eine Folgeänderung der in § 103 Absatz 3b neu geschaffenen Möglichkeit, das die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden in den genannten Gebieten zusätzliche Zulassungen beantragen können.

## C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch****Nr. 49****§ 101 Überversorgung**

## A) Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund der geplanten Änderung des § 101 Absatz 1 SGB V kann der G-BA im Rahmen der Bedarfsplanungs-Richtlinie innerhalb der einzelnen Arztgruppen Mindest- oder Höchstversorgungsanteile für Ärzte einzelner Fachrichtungen oder mit besonderen Schwerpunkt Kompetenzen festlegen. Darüber hinaus wird er verpflichtet, die ausstehende Anpassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie nunmehr bis 1. Juli 2019 vorzunehmen.

## B) Stellungnahme

Mit der Bedarfsplanungs-Richtlinie konkretisiert der G-BA den Rahmen zur Bestimmung der Arztlizenzen, die in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung benötigt werden. Um die Bedarfsplanung zielgenauer zu gestalten, bestand bereits für die Arztgruppe der psychotherapeutisch tätigen Ärzte oder Psychotherapeuten die Möglichkeit, Mindestversorgungsanteile festzusetzen. Dies wird nun auf weitere Arztgruppen ausgeweitet. Die Änderung ermöglicht differenziertere Planungen und wird von uns daher begrüßt, ebenso die in Aussicht stehende zeitnahe Umsetzung

## C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch****Nr. 50 Buchstaben a) bis c)****§ 103 Zulassungsbeschränkungen**

## A) Beabsichtigte Neuregelung

Zum einen soll bis zur Anpassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie durch den G-BA bei bestimmten Arztgruppen (Fachärzte für innere Medizin und Rheumatologie, Fachärzte für

Psychiatrie und Psychotherapie, Kinderärzte) für einen Übergangszeitraum von den Zulassungsbeschränkungen abgesehen werden.

Zum anderen findet die Festlegung von Mindest- oder Höchstversorgungsanteilen für Ärzte einzelner Fachrichtungen oder mit besonderen Schwerpunktkompetenzen auch bei Nachbesetzungsverfahren von Vertragsarztsitzen Berücksichtigung.

Darüber hinaus entfallen in ländlichen Gebieten durch die Regelung des neuen Absatz 3b Zulassungsbeschränkungen auf Antrag der Länder.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigten Neuregelungen ergänzen die Änderung des § 101 SGB V. Der übergangsweise Verzicht auf Zulassungsbeschränkungen betrifft Arztgruppen, bei denen besonders über Terminprobleme berichtet wird, so dass hier zeitnah eine Verbesserung der Versorgung zu erwarten ist. Auch die Stärkung der Versorgung in ländlichen Gebieten wird unsererseits begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

**Nr. 50 Buchstaben d) bis f)**

**§ 103 Zulassungsbeschränkungen (Medizinische Versorgungszentren)**

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen sehen zum einen eine zwingende Berücksichtigung des Kriteriums der Ergänzung des besonderen Versorgungsangebots des Medizinischen Versorgungszentrums bei der Auswahl der Bewerber im Nachbesetzungsverfahren vor.

Weiterhin erfolgt eine Klarstellung, dass eine Vertragsärztin/ ein Vertragsarzt auf die Zulassung zugunsten eines in einem anderen Planungsbereich gelegenen Medizinischen Versorgungszentrums verzichten kann, wenn er ausschließlich in der Zweigpraxis des Medizinischen Versorgungszentrums in seinem bisherigen Planungsbereich tätig wird

Darüber hinaus erfolgt eine Beschränkung der bisher generellen Möglichkeit zur Nachbesetzung einer Angestellten-Arztstelle: Der Zulassungsausschuss hat auch hier zu prüfen, ob ein Bedarf an der Nachbesetzung besteht.

Für den Verzicht auf die Zulassung zugunsten einer Anstellung bei einem Vertragsarzt werden entsprechende Parallelregelungen geschaffen.

## B) Stellungnahme

Die Regelungen zu Medizinischen Versorgungszentren werden weiterentwickelt und klar gestellt. Dies entspricht den Bedürfnissen insbesondere von Berufsanfängern, die Möglichkeit zu haben, in Angestelltenverhältnissen tätig zu sein. Die Attraktivität der Berufsausübung stärkt nicht zuletzt auch die Versorgungsqualität.

## C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch****Nr. 51 Buchstabe a)****§ 105 Förderung der vertragsärztlichen Versorgung; hier: Abs. 1**

## A) Beabsichtigte Neuregelung

Wegfall des Satzes 1 zweiter Halbsatz und der Sätze 2 und 3

## B) Stellungnahme

Die Regelung zum Sicherstellungszuschlag bei drohender Unterversorgung (Satz 1 zweiter Halbsatz) findet sich nunmehr in Absatz 4 Satz 1; Regelungen zu Eigeneinrichtungen (Sätze 2 und 3) im neuen Absatz 1b.

## C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch****Nr. 51 Buchstabe b)****§ 105 Förderung der vertragsärztlichen Versorgung; hier: Abs. 1a (Strukturfonds)**

## A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Bildung eines Strukturfonds zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen wird verbindlich.

## B) Stellungnahme

In der Öffentlichkeit ist das Thema einer Gefährdung der notwendigen ärztlichen Versorgung, insbesondere in ländlichen Gebieten, sehr präsent. Das Bundesversicherungsamt hat in seiner Aufsichtspraxis in der Vergangenheit Tendenzen festgestellt, dass für die Förderung der ärztlichen Versorgung wettbewerbswirksam außerhalb der solidarischen Förderung der §§ 75a und 105 SGB V auch einzelvertraglich Mittel bereitgestellt werden.

Eine einheitliche Aufsichtspraxis zur Rechtswidrigkeit solcher Vereinbarungen konnte bislang nicht erreicht werden. Das Bundesversicherungsamt begrüßt daher die Gesetzesänderung. Durch die Verbindlichkeit der Bildung von Strukturfonds wird die solidarische Förderung gestärkt.

C) Änderungsvorschlag

Wünschenswert wäre eine Klarstellung, dass die gesetzliche Vorgabe darüberhinausgehende kassen- oder kassenartenindividuelle Vereinbarungen ausschließt.

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

**Nr. 51 Buchstabe c)**

**§ 105 Förderung der vertragsärztlichen Versorgung; hier: Absatz 1b (Eigeneinrichtungen)**

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die geplante Änderung schafft für die Möglichkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen, eigene Einrichtungen zur Versorgung der Versicherten zu betreiben, einen neuen Absatz 1b. Ein Übereinkommen mit der Kassenseite bedarf es hierfür zukünftig nicht mehr. Die Einrichtungen können auch in Kooperation mit Krankenhäusern oder in Form mobiler Praxen, Patientenbussen oder ähnlichen Versorgungsangebotsformen wie mobilen oder digitalen Sprechstunden betrieben werden. In Gebieten mit bestehender oder drohender Unterversorgung (vgl. § 100 Absatz 1) besteht eine Verpflichtung zum Betreiben von Eigeneinrichtungen. Zur Vergütung der ärztlichen Leistungen wird durch einen Verweis auf die §§ 87 bis 87c klargestellt, dass zwischen Leistungen innerhalb der Gesamtvergütung und extrabudgetären Leistungen zu unterscheiden ist. Ebenso nehmen Eigeneinrichtungen an der Honorarverteilung teil und sind den übrigen Leistungserbringern gleichgestellt.

B) Stellungnahme

Die geplanten Neuregelungen zu Eigeneinrichtungen erweitern die Möglichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigungen in diesem Bereich. Die Klarstellungen dienen der Rechtssicherheit. Ebenso wird Sicherstellung der Versorgung in ländlichen Gebieten weiter verstärkt, so dass wir die Änderungsvorschläge insgesamt begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

**Nr. 51 Buchstabe d)**

**§ 105 Förderung der vertragsärztlichen Versorgung; hier: Absatz 3**

- A) Beabsichtigte Neuregelung  
Aufhebung des Absatzes 3.
- B) Stellungnahme  
Die bislang in Absatz 3 vorgesehenen finanziellen Förderungen bei freiwilligem Verzicht auf die Zulassung finden sich im neu gefassten § 105 Absatz 1a Nr. 6 SGB V.
- C) Änderungsvorschlag  
Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

**Nr. 51 Buchstabe e)**

**§ 105 Förderung der vertragsärztlichen Versorgung; hier: Absatz 4**

- A) Beabsichtigte Neuregelung  
In Gebieten mit bestehender oder drohender ärztlicher Unterversorgung sowie mit einem zusätzlichen Versorgungsbedarf sind zukünftig Sicherstellungszuschläge zu zahlen.
- B) Stellungnahme  
Die Entscheidung, ob Sicherstellungszuschläge zu zahlen sind, steht durch die Neuregelung nicht mehr im Ermessen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. Die verpflichtende Zahlung stützt die flächendeckende Versorgung und wird begrüßt.
- C) Änderungsvorschlag  
Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

**Nr. 52**

**§ 106a Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen**

- A) Beabsichtigte Neuregelung  
Durch eine Ergänzung des § 106a Absatz 4 SGB V sind in den Prüfvereinbarungen Kriterien festzulegen, aus denen sich Abweichungen aufgrund von Besonderheiten in Standort- und Strukturmerkmalen des Leistungserbringers oder in bestimmten Behandlungsfällen

(z.B. auch Besuchsleistungen) ergeben. Diese Praxisbesonderheiten sind vor Durchführung der Prüfungen als besonderer Versorgungsbedarf anzuerkennen.

B) Stellungnahme

Die Möglichkeit von Leistungserbringern, insbesondere im ländlichen Raum zukünftig ihre Besonderheiten in der Versorgung als besonderen Bedarf anzuerkennen lassen, macht Prüfungen ggf. obsolet. Die Anerkennung und Förderung von Besuchsleistungen in diesem Zusammenhang ist auch aus unserer Sicht wünschenswert.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

**Nr. 53 - § 106b Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen**

**Nr. 54 - § 106d Abrechnungsprüfung in der ärztlichen Versorgung**

**Nr. 55 - § 114 Landesschiedsstelle**

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigten Neuregelungen sind redaktioneller Art (Nr. 54) bzw. Folgeänderungen zu dem in § 89 SGB V zukünftig einheitlich geregelten Schiedsamt (Nr. 53, 55).

B) Stellungnahme

Siehe Nr. 45 zu § 89 SGB V, weitere Ausführungen sind entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

**Nr. 56 - § 115 Dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten**

**Nr. 57 - § 115b Ambulantes Operieren im Krankenhaus**

**Nr. 58 - § 116b Ambulante spezialfachärztliche Versorgung**

**Nr. 59 - § 117 Hochschulambulanzen**

**Nr. 60 - § 118 Psychiatrische Institutsambulanzen**

**Nr. 61 - § 118a Geriatrische Institutsambulanzen**

- A) Beabsichtigte Neuregelung  
Folgeänderungen aufgrund der Einführung des in § 89a SGB V zukünftig geregelten sektorenübergreifenden Schiedsgremiums.
- B) Stellungnahme  
Siehe Nr. 46 zu § 89a SGB V, weitere Ausführungen sind entbehrlich.
- C) Änderungsvorschlag  
Keiner

### **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

#### **Nr. 62**

#### **§ 120 Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen**

- A) Beabsichtigte Neuregelung  
Redaktionelle Folgeänderung zu § 87a SGB V
- B) Stellungnahme  
Siehe Nr. 41 zu § 87a SGB V, weitere Ausführungen sind entbehrlich.
- C) Änderungsvorschlag  
Keiner

### **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

#### **Nr. 63 Buchstabe a)**

#### **§ 129 Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung; hier: Absatz 5 (Impfstoffversorgung)**

- A) Beabsichtigte Neuregelung  
Bei Verträgen über die Versorgung mit Impfstoffen ist sicherzustellen, dass die Krankenkassen die Kosten bis zum Preis des zweitgünstigsten Herstellers übernehmen.
- B) Stellungnahme  
Durch die Ergänzung des § 129 Absatz 5 SGB V sind in den Verträgen zumindest zwei Hersteller von Impfstoffen zu berücksichtigen. Aufgrund der in der Vergangenheit bereits aufgetretenen Lieferengpässe begrüßen wir dies.

- C) Änderungsvorschlag  
Keiner

## **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 63 Buchstaben b) und c)**

#### **§ 129 Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung; hier: Absätze 8 und 10**

- A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung beinhaltet zum einen eine Folgeänderung zu dem in § 89 SGB V zukünftig einheitlich geregelten Schiedsamt. Zum anderen wird das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, auch das Teilnahmerecht an den Sitzungen der Schiedsstelle zu regeln.

- B) Stellungnahme

Siehe Nr. 46 zu § 89a SGB V, weitere Ausführungen sind entbehrlich.

- C) Änderungsvorschlag  
Keiner

## **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 64**

#### **§ 130b Vereinbarungen zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen über Erstattungsbeträge für Arzneimittel, Verordnungsermächtigung**

- A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigten Neuregelungen beinhaltet zum einen Folgeänderungen zu dem in § 89 SGB V zukünftig einheitlich geregelten Schiedsamt, bzw. redaktionelle Anpassungen (Nr. 64 a), c)). Zum anderen wird klargestellt, dass das Bundesministerium für Gesundheit auch Weiteres zum Teilnahmerecht an den Sitzungen der Schiedsstelle regeln kann.

- B) Stellungnahme

Siehe Nr. 45 zu § 89 SGB V, weitere Ausführungen sind entbehrlich.

- C) Änderungsvorschlag  
Keiner

## **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 65**

#### **§ 132a Versorgung mit häuslicher Krankenpflege**

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigten Neuregelungen sind Folgeänderungen zu dem in § 89 SGB V zukünftig einheitlich geregelten Schiedsamt.

B) Stellungnahme

Siehe Nr. 45 zu § 89 SGB V, weitere Ausführungen sind entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

## **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 66**

#### **§ 132d Spezialisierte ambulante Palliativversorgung**

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Referentenentwurf sieht vor, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen einzeln oder gemeinsam mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen, unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37b und der Empfehlungen nach Absatz 2, einheitliche Versorgungsverträge über die Durchführung der Leistungen nach § 37b mit den maßgeblichen Vertretern der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung auf Landesebene schließen. In den Versorgungsverträgen sind auch die Grundzüge der Vergütung zu vereinbaren. Personen oder Einrichtungen, die die in den Versorgungsverträgen nach Satz 1 festgelegten Voraussetzungen erfüllen, haben Anspruch auf Abschluss eines zur Versorgung berechtigenden Vertrages mit den Krankenkassen, in dem die Einzelheiten der Versorgung und die Vergütungen zu vereinbaren sind. Dabei sind die regionalen Besonderheiten angemessen zu berücksichtigen. Im Fall der Nichteinigung wird der Inhalt der Verträge nach diesem Absatz durch eine von den jeweiligen Vertragspartnern zu bestimmende Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für den vertragsschließenden Landesverband nach Satz 1 oder für die vertragsschließende Krankenkasse nach Satz 3 zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.

Das bisherige Einzelvertragsmodell soll auf ein gesetzliches Zulassungsmodell umgestellt werden, um vergaberechtliche Einwände auszuräumen. Künftig sind gemeinsame und

einheitliche Versorgungsverträge der Landesverbände mit den maßgeblichen Vertretern der SAPV-Leistungserbringer auf Landesebene gesetzlich vorgegeben.

Die Neuregelung stellt klar, dass jeder Leistungserbringer, der die Anforderungen erfüllt, einen Anspruch auf einen Vertrag hat. Es gibt kein Exklusivrecht zur Versorgung, die daher nicht dem Vergaberecht unterliegt. Somit sollen die vergaberechtlichen Bedenken, die durch OLG Düsseldorf vom 15. Juni 2016 (VII-Verg 56/16) entstanden sind, ausgeräumt werden.

Die maßgeblichen Voraussetzungen, nach denen ein Leistungserbringer Zugang zur Versorgung erhält, sollen von den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Ersatzkassen und den maßgeblichen Vertretern der SAPV auf Landesebene in „Musterverträgen“ geregelt werden. Die Verbände können auch einen gemeinsamen und einheitlichen Vertrag abschließen. Zu berücksichtigen sind die Richtlinien des GBA und die bisherige Versorgung, insbesondere die räumliche Nähe. Auch ist die grundsätzliche Struktur der Vergütung zu regeln. Leistungserbringer, die die Anforderungen aus den Verträgen nach Satz 1 erfüllen, haben einen Anspruch auf einen Versorgungsvertrag. In diesem Versorgungsvertrag sind weitere Einzelheiten, die sich aus den besonderen Versorgungsbedürfnissen ergeben, zu regeln. Dies gilt z.B. für die Vergütung, wenn etwa lokale Zuschläge für einen besonderen Wegeaufwand erforderlich sind.

Der Inhalt beider Verträge, sowohl des Mustervertrages nach Satz 1 als auch der besondere Versorgungsvertrag nach Satz 3 wird, falls eine Einigung nicht zustande kommt, in den in Sätzen 4 bis 6 beschriebenen Schiedsverfahren festgelegt.

#### B) Stellungnahme

Das Bundesversicherungsamt begrüßt die Klarstellung, dass jeder Leistungserbringer, der die Anforderungen erfüllt, Anspruch auf einen Vertrag hat und die SAPV-Versorgung mangels eines Exklusivrechts nicht dem Vergaberecht unterliegt.

Das Absehen von den für eine Auftragsvergabe geltenden Regelungen lässt sich zudem europarechtlich auf den Erwägungsgrund 4 der Richtlinie 2014/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Februar 2014 über die öffentliche Auftragsvergabe und zur Aufhebung der Richtlinie 2004/18/EG stützen. Denn dort ist u.a. festgehalten, dass solche Fallgestaltungen nicht als Auftragsvergabe verstanden werden sollten, in denen bestimmte Aufgaben von allen Wirtschaftsteilnehmern erfüllt werden, die wiederum – ohne jedwede Selektivität – zur Wahrnehmung einer bestimmten Aufgabe berechtigt sind.

Die Wahl eines zweistufigen Verfahrens hält das Bundesversicherungsamt für sinnvoll, regt allerdings zur Vermeidung von Missverständnissen an, statt des Begriffs „Musterverträge“ den Begriff der „Rahmenverträge“ zu wählen.

Der aktuelle Wortlaut des Referentenentwurfs ermöglicht es nicht, in den „Rahmenverträgen“ Anforderungen zu definieren, die über die berufsrechtlichen Vorschriften hinausgehen. Wenn der Gesetzgeber den Vertragspartnern die Möglichkeit geben will, zusätzliche Qualitätsanforderungen als Voraussetzung für eine Leistungserbringung zu definieren, bedürfte es hierfür gemäß Artikel 12 Absatz 1 Satz 2 GG einer ausdrücklichen Ermächtigungsgrundlage. Hiermit würden sich die Vertragspartner aber die Flexibilität nehmen, beispielsweise in unterversorgten Gebieten Verträge mit Leistungserbringern zu schließen, die lediglich die (Grund-)Anforderungen der Richtlinien und Empfehlungen erfüllen. Unseres Erachtens wäre es versorgungspolitisch sinnvoller, den Qualitätswettbewerb durch zusätzliche Vergütungsangebote auszureizen.

Missverständlich erscheint unter Begründung, A. Allgemeiner Teil, II.3.3 (Seite 53 des Gesetzesentwurfs) auch der Satz, dass künftig gemeinsam und einheitlich Versorgungsverträge geschlossen werden können. Dies steht im Widerspruch zu Satz 1 der Vorschrift, wonach die Landesverbände und die Ersatzkassen einzeln oder gemeinsam Verträge schließen.

Auch die Regelung, dass Verträge mit den maßgeblichen Vertretern der SAPV Verträge zu schließen seien, führt zu der Frage, wer als „maßgeblicher“ Vertreter anzusehen ist. Dies könnte dazu führen, dass Verhandlungen nur mit einzelnen Verbänden oder Leistungserbringern geführt werden.

Darüber hinaus regt das Bundesversicherungsamt an, im Hinblick auf das Schiedsverfahren zu regeln, dass Widersprüche und Klagen gegen die Bestimmung einer Schiedsperson keine aufschiebende Wirkung haben. Erfahrungsgemäß können Rechtsstreite mehrere Jahre dauern. Der Umstand, dass während der Dauer des Rechtsstreits ein vertragsloser Zustand besteht, steht dem Versorgungsauftrag der Krankenkassen im besonders sensiblen Bereich der SAPV entgegen.

Im Erfüllungsaufwand sollte zudem berücksichtigt werden, dass den für die Schiedsverfahren zuständigen Aufsichtsbehörden ein erhöhter Erfüllungsaufwand entsteht. Da die Schiedsregelung sowohl für die Rahmenverträge als auch die besonderen Versorgungsverträge gilt, ist mit einem erheblichen Mehraufwand zu rechnen, der zusätzliches Personal erfordern wird.

## C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 66 wird wie folgt geändert:

§ 132d Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen einzeln oder gemeinsam schließen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37b und der Empfehlungen nach Absatz 2 einheitliche Rahmenverträge über die Durchführung der Leistungen nach § 37b mit Vertretern der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung auf Landesebene. In den Rahmenverträgen sind auch die Grundzüge der Vergütung zu vereinbaren.“

*Sätze 3 bis 7 werden beibehalten.*

*Nach Satz 7 wird folgender Satz angefügt:*

„Widersprüche und Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung.“

E. 3 Erfüllungsaufwand für die Verwaltung wird wie folgt ergänzt:

Dem Bundesversicherungsamt entsteht durch die Schiedsregelung sowohl für die Rahmenverträge als auch die besonderen Versorgungsverträge erheblicher Verwaltungsmehraufwand. Der Stellenmehrbedarf wird mindestens in Höhe von 1,0 VZÄ hD eingeschätzt.

## **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 67**

#### **§ 134a Versorgung mit Hebammenhilfe**

## A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigten Neuregelungen sind Folgeänderungen zu dem in § 89 SGB V zukünftig einheitlich geregelten Schiedsamt.

## B) Stellungnahme

Die bislang in § 134a Absatz 4 SGB V vorgesehene eigene Schiedsstelle für die Versorgung mit Hebammenhilfe wird beibehalten, so dass der bisherige Verweis auf § 89 SGB V in die Vorschrift übernommen wird, weitere Ausführungen sind entbehrlich.

## C) Änderungsvorschlag

Keiner

## **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 68**

#### **§ 135 Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**

- A) Beabsichtigte Neuregelung  
Redaktionelle Folgeänderung zu § 87 Absatz 6 SGB V
- B) Stellungnahme  
Siehe Nr. 40 m) zu § 87 Absatz 6 SGB V, weitere Ausführungen sind entbehrlich.
- C) Änderungsvorschlag  
Keiner

## **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 69**

#### **§ 137e Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**

- A) Beabsichtigte Neuregelung  
Die beabsichtigte Neuregelung ist eine Folgeänderungen zu dem in § 89 SGB V zukünftig einheitlich geregelten Schiedsamt. Abweichend hierzu beträgt die Entscheidungsfrist sechs Wochen.
- B) Stellungnahme  
Siehe Nr. 45 zu § 89 SGB V. Die Regelung zur Entscheidungsfrist entspricht der bisher geltenden Rechtslage.
- C) Änderungsvorschlag  
Keiner

## **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 70**

#### **§ 140a Besondere Versorgung**

- A) Beabsichtigte Neuregelung  
Redaktionelle Änderung eines Verweises.
- B) Stellungnahme  
Weitere Ausführungen sind entbehrlich.

- C) Änderungsvorschlag  
Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

**Nr. 71 - § 188 Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft**

**Nr. 72 - § 190 Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger**

- A) Beabsichtigte Neuregelung  
Redaktionelle Folgeänderungen zur Aufhebung des § 9 Absatz 1 Nr. 6 SGB V.
- B) Stellungnahme  
Siehe Nr. 5 a) zu § 9 Absatz 1 Nr. 6 SGB V, weitere Ausführungen sind entbehrlich.
- C) Änderungsvorschlag  
Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

**Nr. 73**

**§ 197a Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen**

- A) Beabsichtigte Neuregelung  
Einfügung eines Absatzes 3b als Parallelnorm zum ebenfalls neu eingefügten § 81a Absatz 3b SGB V
- B) Stellungnahme  
Auf die Ausführungen unter Nr. 38 zu § 81a Absatz 3b SGB V wird verwiesen.
- C) Änderungsvorschlag  
Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

**Nr. 74**

**§ 217f Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen**

- A) Beabsichtigte Neuregelung  
Dem § 217f wird folgender Absatz 8 angefügt:

„(8) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat zur Sicherheit des Zahlungsverkehrs und der Buchführung für die Krankenkassen in Abstimmung mit dem Bundesversicherungsamt eine Musterkassenordnung nach § 3 der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung aufzustellen.“

B) Stellungnahme

Die vorgenannte Regelung ist dadurch begründet, dass der GKV-Spitzenverband die Abstimmung einer Musterkassenordnung für die GKV ablehnte, obgleich viele Krankenkassen erhebliche Probleme bei der Aufstellung haben. Die durch die Ablehnung mitveranlasste Prüfung der Kassenordnungen bundesunmittelbarer Krankenkassen durch das BVA ergab eine Vielzahl von Beanstandungen. Daher begrüßt das BVA die vorgesehene Regelung.

Ebenso traten erhebliche Mängel bei der Prüfung der Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zutage. Das BVA hatte mit Rundschreiben vom 30. Januar 2015 die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger auf ihre Verpflichtung hingewiesen, für alle finanzwirksamen Maßnahmen angemessene Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen durchzuführen. Auf Grund der Bedeutung hält das BVA den Erlass einer Richtlinie nach § 35 Absatz 2 SGB IV bzw. § 35a Absatz 1 Satz 3 SGB IV durch den Vorstand eines jeden Sozialversicherungsträgers oder alternativ entsprechender Arbeits- bzw. Dienstabweisungen durch die Geschäftsführung für angezeigt.

Während die bundesunmittelbaren Träger der Deutschen Rentenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung die Anforderungen erfüllten, erklärte der GKV-Spitzenverband, § 35 Absatz 2 SGB IV gelte nicht für die GKV (vgl. Anlage). Somit bestehe keine grundsätzliche Pflicht zum Erlass von Richtlinien. Es sei Angelegenheit jeder einzelnen Krankenkasse, darüber zu entscheiden.

Nach entsprechenden Prüfungen des BVA haben viele bundesunmittelbare Krankenkassen keine oder unvollständige Richtlinien erlassen. Daher sehen wir auch hier den GKV-Spitzenverband in der Verpflichtung, eine Muster-Richtlinie für die Krankenkassen vorzugeben.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 74 wird wie folgt ergänzt:

Dem § 217f wird folgender Absatz 8 angefügt:

„(8) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat zur Sicherheit des Zahlungsverkehrs und der Buchführung für die Krankenkassen in Abstimmung mit dem Bundesversicherungsamt eine Musterkassenordnung nach § 3 der Sozialversicherungs-

Rechnungsverordnung aufzustellen. Ebenso hat er in Abstimmung mit dem Bundesversicherungsamt eine Rahmenrichtlinie für Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erlassen.“

Begründung, B. Besonderer Teil, Zu Nummer 74 (§ 217f) wird wie folgt ergänzt:

„Der Erlass einer Rahmenrichtlinie für Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen nach dem Vorbild der Deutschen Rentenversicherung Bund (Verbindliche Entscheidung vom 16. Mai 2013) ist erforderlich, da viele Krankenkassen keine oder nur unzureichende Anweisungen erstellt haben. Die Rahmenrichtlinie hat sich an den „Anforderungen an Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen finanzwirksamer Maßnahmen nach § 7 Bundeshaushaltsordnung“ des Bundesbeauftragten für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung sowie an den Verwaltungsvorschriften für die Erstellung von Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen in der Bundesverwaltung (VV zu § 7 BHO) orientieren.“

E. 3 Erfüllungsaufwand für die Verwaltung wird wie folgt ergänzt:

Dem Bundesversicherungsamt entsteht Verwaltungsmehraufwand da zwei neue Teilaufgaben übernommen werden müssen:

- Abstimmung der Musterkassenordnung mit dem GKV-Spitzenverband
- Abstimmung der Musterrichtlinie mit dem GKV-Spitzenverband

Der Stellenmehrbedarf wird in Höhe von 0,25 VZÄ hD eingeschätzt.

## **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 75**

#### **§ 225 Beitragsfreiheit bestimmter Rentenantragsteller**

##### A) Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Anpassung an die Versicherungspflicht von Waisenrentnern nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b SGB V.

##### B) Stellungnahme

Weitere Ausführungen sind entbehrlich.

##### C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch****Nr. 76****§ 228 Rente als beitragspflichtige Einnahmen**

## A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 2 der Regelung, der sich mit der Beitragspflicht von Rentennachzahlungen befasst, wird dahingehend ergänzt, dass bei Nachzahlungen Beitragsbescheide mit Wirkung für die Vergangenheit zu korrigieren sind.

## B) Stellungnahme

Bislang konnten bei freiwillig versicherten Rentnern Nachzahlungen von Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, von vergleichbaren Renten aus dem Ausland und von Versorgungsbezügen nur mit Wirkung für die Zukunft berücksichtigt werden, da es für eine rückwirkende Aufhebung des Beitragsbescheides an einer verfahrensrechtlichen Ermächtigung fehlte. Die nun geschaffene Ermächtigungsgrundlage führt zu einer Gleichbehandlung der freiwillig versicherten Rentner mit den Pflichtversicherten, bei denen aufgrund des sogenannten Quellenabzugsverfahrens nach den §§ 255, 256 SGB V eine Einbehaltung der Beiträge durch die zahlenden Stellen erfolgt.

## C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch****Nr. 77****§ 235 Beitragspflichtige Einnahmen von Rehabilitanden, Jugendlichen und Behinderten in Einrichtungen**

## A) Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Anpassungen.

## B) Stellungnahme

Weitere Ausführungen sind entbehrlich.

## C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch****Nr. 78****§ 237 Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtiger Rentner**

## A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 237 Satz 3 SGB V wird um eine Regelung für die Hinterbliebenenversorgung aus Versorgungsbezügen aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis ergänzt.

## B) Stellungnahme

Mit Einführung der Versicherungspflicht von Waisenrentnern nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b SGB V wurden für den Personenkreis die Leistungen, die den Unterhaltsanspruch gegen den verstorbenen Elternteil ersetzen sollen (Waisenrente der gesetzlichen Rentenversicherung, entsprechende Leistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung, Waisenrente nach dem ALG) bis zum Erreichen der Altersgrenze für die Familienversicherung beitragsfrei gestellt. Mit der Änderung wird folgerichtig auch die Hinterbliebenenleistung aus Versorgungsbezügen aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis dem gleichgestellt.

## C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch****Nr. 79 Buchstaben a) und b)****§ 256 Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen**

## A) Beabsichtigte Neuregelung

Das in § 256 Absatz 1 SGB V geregelte Zahlstellenverfahren bei Versorgungsbezügen gilt bislang nur für diejenigen, die auch eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen – diese Einschränkung wird gestrichen. Gleichzeitig wird die Möglichkeit kleinerer Zahlstellen nach § 256 Absatz 4 SGB V sich vom Zahlstellenverfahren befreien zu lassen, aufgehoben.

## B) Stellungnahme

Durch die Ausweitung des Personenkreises, bei dem die Beiträge über das Zahlstellenverfahrens abgeführt und nicht mehr mit Bescheid festgestellt werden müssen, verringert sich seitens der Krankenkassen der Verwaltungsaufwand – was zu begrüßen ist.

- C) Änderungsvorschlag  
Keiner

## **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 80**

#### **§ 274 Prüfung der Geschäfts- Rechnungs- und Betriebsführung**

- A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 274 Absatz 1 SGB V wird dahingehend ergänzt, dass das Bundesministerium für Gesundheit bei seinen Prüfungen nach Satz 2 (Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung des GKV-SV und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen) in besonderen Fällen spezialisierte Wirtschaftsprüfer und Rechtsanwaltskanzleien beauftragen kann.

- B) Stellungnahme

Der Regelungsgehalt betrifft ausschließlich das Bundesministerium für Gesundheit – eine Stellungnahme ist daher nicht erforderlich.

- C) Änderungsvorschlag  
Keiner

## **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 81**

#### **§ 275 Begutachtung und Beratung**

- A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 275 Absatz 1 SGB V wird klargestellt, dass das dort geregelte Begutachtungsverfahren durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung das im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehene Gutachterverfahren nicht berührt.

- B) Stellungnahme

Die Frage der (ausschließlichen) Zuständigkeit des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung bei der Begutachtung zahnmedizinischer und kieferorthopädischer Leistungsfälle wurde auf der letzten 92. Aufsichtsbehördentagung diskutiert. Anlass hierfür waren entsprechende Urteile des Bayerischen Landessozialgerichts (L 5 KR 170/15 und L 5 KR 260/16). Die dort erbetene gesetzliche Klarstellung ist damit erfolgt. Eine entsprechende gesetzliche Ermächtigung des zahnärztlichen Gutachterverfahrens ist in § 87 Absatz 1c SGB V vorgesehen (siehe Nr. 40 Buchstabe a), datenschutzrechtliche Befugnisse in § 284 Absatz 1 Satz 1 SGB V (siehe Nr. 82 Buchstabe a)).

- C) Änderungsvorschlag  
Keiner

## **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 82 Buchstaben a) bis c)**

#### **§ 284 Sozialdaten bei den Krankenkassen**

- A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Erhebungs- und Verarbeitungsbefugnisse der Krankenkassen werden hinsichtlich

- a) des im Bundesmantelvertrag Zahnärzte vorgesehenen Gutachterverfahrens klargestellt (§ 284 Absatz 1 Nr. 7 SGB V)
- b) auf alle Vergütungsverträge der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Leistungserbringung sowie der Vergütungsverträge nach § 115a Absatz 3 SGB V erweitert (§ 284 Absatz 1 Nr. 12 SGB V)
- c) sowie bei der Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen bei Selektivverträgen auch dann, wenn Kassenärztlichen Vereinigungen an diesen Verträgen beteiligt sind.

- B) Stellungnahme

Die vorgesehenen Klarstellungen bzw. Erweiterungen sind sachgerecht und werden begrüßt. Aus datenschutzrechtlicher Sicht bestehen keine Bedenken.

- C) Änderungsvorschlag  
Keiner

## **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 83**

#### **§ 291a Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastuktur**

- A) Beabsichtigte Neuregelung

Aus Sicht des Bundesversicherungsamtes sind die folgenden geplanten Änderungen relevant:

- die Versicherten erhalten die Souveränität über die elektronische Patientenakte, in der Folge wird die Regelung zum Patientenfach gestrichen;
- die Krankenkassen werden verpflichtet, den Versicherten bis zum 31.12.2020 eine elektronische Patientenakte zur Verfügung zu stellen und
- die elektronische Patientenakte kann darüber hinaus weitere digitale Angebote enthalten.

## B) Stellungnahme

Dadurch, dass der Versicherte nun selbst entscheiden kann, welche Daten in der elektronischen Patientenakte gem. § 291a SGB V (ePA) gespeichert werden sollen und wer Zugriff auf diese erhalten soll, ist das Unterscheidungsmerkmal zur persönlichen elektronischen Gesundheitsakte gem. § 68 SGB V (eGA) weggefallen. Aus unserer Sicht müssten beide Konstrukte perspektivisch zusammengeführt werden. Bei einem bestehenden Konkurrenzverhältnis beider Regelungen (eGA/ePA) sehen wir folgende Probleme: Anbieter der eGA ist regelmäßig ein Dritter und nicht die Kasse selbst. Anbieter der ePA kann nach dem Wortlaut der Regelung auch die Kasse selbst sein. Die Regelung zur eGA sieht vor, dass eine Finanzierung auch nur zu Teilen durch die Kasse erfolgen kann. Die Regelung zur ePA enthält hierzu keine direkten Angaben. Der Wortlaut „zur Verfügung stellen“ lässt jedoch vermuten, dass die Entwicklungs- und Betriebskosten vollständig von der Kasse zu tragen sind. Dies führt insbesondere dann zu Problemen, wenn – wie ebenfalls beabsichtigt – die ePA weitere digitale Angebote enthält, was durch die Regelung zur eGA nicht möglich ist. Hier liegt die Entscheidung, weitere digitale Angebote aufzunehmen, in der Sphäre des App-Anbieters und unterliegt hierbei z. B. auch nicht der Aufgabenbegrenzung von gesetzlichen Krankenkassen. Diese dürfen Geschäfte nur zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben führen und ihre Mittel nur für diese Aufgaben verwenden (§ 30 Abs. 1 SGB IV). Vor diesem Hintergrund schlagen wir nicht zuletzt im Hinblick auf eine Planungssicherheit der Krankenkassen vor, eine perspektivische Zusammenführung der Lösungen in der Gesetzesbegründung schon anzukündigen. Einen dringenden Regelungsbedarf sehen wir aber nicht, da schon heute eine Vorgabe zur Interoperabilität der Lösungen existiert (vgl. § 291e Absatz 10).

Darüber hinaus ist der gesetzlich vorgegebene Zeitplan relativ knapp. Da die Spezifikationen für die ePA frühestens erst zum 31.12.2018 und die mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik abgestimmten Vorgaben für den erleichterten Zugriff der Versicherten frühestens erst zum 31.03.2019 vorliegen werden, steht für die Vorbereitungs-, Entwicklungs- bzw. Beschaffungs- sowie die Test- und Einführungsphase lediglich ein Zeitfenster von 21 Monaten zur Verfügung. Soweit die o. a. Termine, auf die die Kassen keinen unmittelbaren Einfluss haben, nicht eingehalten werden können, entsteht eine einseitige Drucksituation, die sich auch auf die Qualität der Produkte auswirken kann. Insofern schlagen wir vor, hier keine fixen Umsetzungstermine für die „letzte“ Ausführungsinstanz vorzusehen, sondern stattdessen eine variable Zeitangabe von 24 Monaten zu verwenden.

## C) Änderungsvorschlag

Artikel 1, Nummer 83 wird wie folgt geändert:

„Die Krankenkassen sind verpflichtet [...] spätestens 24 Monate nach dem Vorliegen der Spezifikationen gemäß § 291a Absatz 5c und § 291b Absatz 1a Satz 14 eine [...] zur Verfügung zu stellen.[...]“

Begründung, B. Besonderer Teil, zu Nummer 83 (§ 291a), zu Dreifachbuchstabe aaa wird wie folgt ergänzt:

Nach dem letzten Satz wird folgender neuer Abschnitt eingefügt:

„Perspektivisch wird zudem in der Praxis eine Angleichung bzw. Zusammenführung der Lösungen zu einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte (§ 68 SGB V) und der elektronischen Patientenakte (§ 291a SGB V) erwartet. Soweit die Spezifikationen vorliegen, wird eine Streichung des § 68 SGB V geprüft. Da schon heute eine rechtliche Vorgabe zur Interoperabilität mit der Telematikinfrastruktur existiert (vgl. § 291e Absatz 10), besteht aber kein unmittelbares Regelungserfordernis.“

## **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 84**

#### **§ 291b Gesellschaft für Telematik**

## A) Beabsichtigte Neuregelung

In Abstimmung mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik sollen bis zum 31. März 2019 technische Anforderungen für den vereinfachten Zugriff der Versicherten auf Daten in ihrer elektronischen Patientenakte (z. B. per Smartphone) veröffentlicht werden.

## B) Stellungnahme

Grundsätzlich begrüßt das Bundesversicherungsamt diesen erleichterten Zugang. Diese „Abstufung der Sicherheitsanforderungen“ (Zitat aus der Gesetzesbegründung, S. 130) darf allerdings nicht dazu führen, dass nach der allgemeinen Schutzbedarfssystematik nur noch der mittlere Schutzbedarf erreicht wird. Da in der Patientenakte regelmäßig Gesundheitsdaten gespeichert werden, müssen die Maßnahmen geeignet sein, grundsätzlich einen hohen Schutzbedarf zu erzielen (z. B. durch die sog. Zwei-Faktor-Authentifizierung).

## C) Änderungsvorschlag

Keiner

## **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 85**

#### **§ 293 Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer**

- A) Beabsichtigte Neuregelung  
Folgeänderung zu dem in § 89 SGB V zukünftig einheitlich geregelten Schiedsamt.
- B) Stellungnahme  
Siehe Nr. 46 zu § 89a SGB V, weitere Ausführungen sind entbehrlich.
- C) Änderungsvorschlag  
Keiner

## **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 86 Buchstabe a)**

#### **§ 295 Abrechnung ärztlicher Leistungen**

- A) Beabsichtigte Neuregelung  
Die Überschrift wird um den Passus „Übermittlungspflichten“ ergänzt.
- B) Stellungnahme  
Anpassung an den Regelungsgehalt der Vorschrift.
- C) Änderungsvorschlag  
Keiner

## **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 86 Buchstabe b) Doppelbuchstaben aa) und cc)**

#### **§ 295 Abrechnung ärztlicher Leistungen**

- A) Beabsichtigte Neuregelung  
Die Neuregelung sieht zum 1. Januar 2012 ein einheitliches und verbindliches elektronisches Verfahren zur Übermittlung von Arbeitsunfähigkeitsdaten durch die Ärzte an die Krankenkassen vor und ersetzt damit die bisherigen, der Krankenkasse vorzulegenden, papiergebundenen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. In diesem Zusammenhang wird gesetzlich klargestellt, dass die Pflicht zur Übermittlung dieser Daten an die Krankenkassen den Ärzten und Einrichtungen obliegt, die die Arbeitsunfähigkeit feststellen.

Nach bisheriger Rechtslage erstreckt sich die Aufzeichnungs- und Übermittlungspflicht der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen bereits auf die Diagnosen in dem Abschnitt der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, den die Krankenkasse enthält. Verbunden mit der Einführung eines einheitlichen und verbindlichen elektronischen Verfahrens zur Übermittlung der bisher mittels Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen in Papierform an die Krankenkassen gemeldeten Arbeitsunfähigkeitsdaten, stellt die Regelung klar, dass die Pflicht zur Übermittlung dieser Daten an die Krankenkassen den Ärzten und Einrichtungen obliegt. Dies schließt zum Beispiel auch die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Ärzte mit ein, wenn eine Arbeitsunfähigkeit attestiert wird. Die Daten liegen den Ärzten und Einrichtungen vor. Zur sicheren Übermittlung Daten erfolgt die Übersendung über die Telematikinfrastuktur mit qualifizierter elektronischer Signatur durch den Heilberufsausweis.

Durch § 39 Absatz 1a Satz 6 HS 2 ist sichergestellt, dass Krankenhäuser und stationäre Rehabilitationseinrichtungen ebenfalls die Arbeitsunfähigkeitsdaten unter Angabe der Diagnosen unmittelbar an die Krankenkassen zu übermitteln haben.

#### B) Stellungnahme

Bisher wurde die Arbeitsunfähigkeit vom Versicherten an die Krankenkasse übermittelt. Durch die Änderung des BMV-Ä ist dies seit kurzem auch elektronisch möglich. Dem Versicherten stand es frei, die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bei der Krankenkasse einzureichen. Durch die Einführung der Pflicht zur Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung der Ärzte an die Krankenkassen wird ihm diese Option genommen. Dies kann bezüglich des Anspruchs auf Krankengeld vorteilhaft sein, da das Problem der nicht rechtzeitigen Vorlage einer Erst- oder Folgebescheinigung wegfällt. Andererseits nimmt es dem Versicherten die Möglichkeit, auf eine Vorlage zu verzichten.

#### C) Änderungsvorschlag

Keiner

### **Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Nr. 86 Buchstabe b) Doppelbuchstabe bb) und Buchstabe d) § 295 Abrechnung ärztlicher Leistungen**

#### A) Beabsichtigte Neuregelung

Folgeänderungen zu § 73 Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V.

B) Stellungnahme

Eine weitergehende Stellungnahme ist entbehrlich (siehe auch unter Nr. 32).

C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

**Nr. 86 Buchstabe c)**

**§ 295 Abrechnung ärztlicher Leistungen**

A) Beabsichtigte Neuregelung

Behebung eines Verweisfehlers.

B) Stellungnahme

Weitere Ausführungen sind entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

**Nr. 87**

**§ 295a Abrechnung der im Rahmen von Verträgen nach § 73b und § 140a sowie vom Krankenhaus im Notfall erbrachten Leistungen**

A) Beabsichtigte Neuregelung

Anwendung des im Bereich der hausarztzentrierten und der besonderen Versorgung etablierten Abrechnungsverfahrens auch bei Verträgen zur Versorgung mit Schutzimpfungen nach § 132e SGB V.

B) Stellungnahme

Durch die geplante Änderung besteht auch im Bereich der Schutzimpfungen bei Einwilligung des Versicherten die Möglichkeit, die Abrechnung auf Leistungserbringerseite über eine zentrale Abrechnungsstelle durchzuführen – Bedenken hiergegen bestehen nicht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch****Nr. 88****§ 299 Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung**

## A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Ergänzung ermöglicht eine Zusammenführung der beim Leistungserbringer bereits vorhandenen versichertenbezogenen Daten mit denen, die ihm im Rahmen des § 299 Absatz 1 SGB V zu Qualitätssicherungszwecken übermittelt werden.

## B) Stellungnahme

Bereits nach der bestehenden Regelung kann der Gemeinsame Bundesausschuss die Übermittlung versichertenbezogener Daten an Leistungserbringer vorsehen, was auch die Datenübermittlung an eine vorbehandelnde Einrichtung zu Qualitätssicherungszwecken erfasst. Die vorgesehene Ergänzung stellt klar, dass die Leistungserbringer diese Daten mit den bei ihnen bereits vorhandenen zusammenführen dürfen. Die Klarstellung ist auch aus unserer Sicht vor dem Hintergrund der Verbesserung der Versorgungsqualität wünschenswert.

## C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch****Nr. 89****§ 305 Auskünfte an Versicherte**

## A) Beabsichtigte Neuregelung

Die sog. Patientenquittung soll mit Einwilligung des Versicherten auch an Dritte, z. B. Betreiber einer persönlichen Gesundheitsakte, übermittelt werden können.

## B) Stellungnahme

Die Neuregelung dient der Rechtsklarheit. Im Kontext der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte ist es in der Vergangenheit zu widersprüchlichen Rechtsauslegungen gekommen. Soweit bislang davon ausgegangen wurde, dass es sich um eine Übermittlung an einen Dritten im Rechtssinne handelt, dient die Regelung nunmehr als explizite Übermittlungsbefugnis. Geht man jedoch davon aus, dass es sich bei der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte um eine Art „Postfach“ des Versicherten selbst handelt und die Daten nur auf Initiative des Versicherten übertragen werden, ohne dass diese einem Dritten dabei zugänglich werden, ist die neue Regelung unschädlich.

Problematisch sehen wir allerdings drei Teilaspekte: Nach dem ersten Satz der Änderung können Krankenkassen die Daten an von den Versicherten benannte Dritte übermitteln. Der Begriff des Dritten wird hier nicht weiter eingeschränkt, sodass es grundsätzlich auch andere Dritte sein können, die keine elektronische Gesundheits- bzw. Patientenakte im Sinne dieses Gesetzbuches anbieten (z. B. Anbieter Sozialer Mediendienste). Wir gehen davon aus, dass dieses weite Verständnis nicht beabsichtigt ist (u. a. weil in Satz 2 der Änderung Anbieter elektronischer Patientenakten explizit genannt werden) und schlagen daher vor, den Begriff konkret auszuformulieren (s. u.).

Auch dem zweiten Satz der Änderung begegnen grundsätzliche Bedenken. Danach könnten bei der Übermittlung die Krankenkassen oder Dritte mit Einwilligung der Versicherten die Daten auch einsehen. Diese Regelung bezieht sich explizit auf die elektronische Patientenakte (gem. § 291a – zu der Problematik des Nebeneinanders beider Konstrukte siehe oben). Diese Möglichkeit einer „Einsichtnahme“ halten wir für problematisch. Soweit sich diese nur auf den Übermittlungsvorgang beziehen soll – wovon wir ausgehen – schlagen wir eine andere Formulierung vor (s. u.). Sollte die Einsichtnahme sich aber auf die elektronische Akte an sich beziehen, hätten wir datenschutzrechtliche Bedenken. Die Krankenkasse erhielte in diesem Fall per Einwilligung möglicherweise auf solche Daten Zugriff, die über den Tatbestandskatalog des § 284 SGB V hinausgehen (z. B. eigene Fitnessaufzeichnung des Versicherten).

Darüber hinaus wird in der Gesetzesbegründung die Möglichkeit hervorgehoben, dass nunmehr Daten direkt vom Versicherten zu Forschungszwecken an Dritte (also in der Praxis Forschungseinrichtungen) übermittelt werden können. Dies ist jedoch nicht vom Geltungsbereich des § 305 SGB V erfasst. Dieser bezieht sich auf das Verhältnis Krankenkasse – Versicherter und bezieht Dritte nunmehr i. S. e. technischen Anbieters ein. Insofern halten wir das Beispiel von Forschungsvorhaben i. S. d. § 75 SGB X in der Begründung zumindest für missverständlich. Nach unserer Auffassung sollte in § 305 SGB V kein gesonderter Übermittlungstatbestand für Forschungsvorhaben hinein interpretiert werden. Dies ist abschließend in § 75 SGB X geregelt. Zudem würde ein solches – in der Gesetzesbegründung angelegtes – Verständnis einer Datenübermittlung zu Forschungszwecken ausgehend vom Versicherten den Grundprinzipien des § 75 SGB X widersprechen. Während es nach § 75 SGB X nach einem Antrag durch den Sozialversicherungsträger zu einer Genehmigungserteilung kommt, würde nach § 305 SGB V der Versicherte selbstständig und ohne Genehmigungserteilung einer Datenübermittlung zu Forschungszwecken zustimmen. Wir schlagen daher eine Streichung in der Gesetzesbegründung wie unter C) dargestellt vor.

## C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 89 wird wie folgt geändert:

§ 305 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Auf Verlangen der Versicherten und mit deren Einwilligung können die Krankenkassen an von den Versicherten benannte Anbieter elektronischer Gesundheits- oder Patientenakten Daten nach Satz 1 auch elektronisch übermitteln. Bei der Übermittlung an Anbieter elektronischer Gesundheits- oder Patientenakten ist durch geeignete technische Verschlüsselung der Inhaltsdaten sicherzustellen, dass diese weder der Krankenkasse noch dem Anbieter der elektronischen Akte offenbart werden. Zum Schutz vor [...].“

Begründung, B. Besonderer Teil, Zu Nummer 89 (§ 305) wird wie folgt geändert:

Satz 4 soll gestrichen werden. („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 in Frage.“)

## **Artikel 8 - Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 3**

#### **§ 37 Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen**

##### A) Beabsichtigte Neuregelung

Dem § 37 wird folgender Absatz 9 angefügt: „(9) Beratungen nach dieser Vorschrift dürfen von Betreuungsdiensten im Sinne des § 71 Absatz 1a nicht durchgeführt werden.“

##### B) Stellungnahme

Die gesetzliche Regelung ist eindeutig und schließt Betreuungsdienste von Beratungen aus. Nach der Begründung zu Artikel 8 Nr. 3 erfolgt diese Regelung, weil die Beurteilung der Pflegesituation u. a. vertiefte Kenntnisse aus dem Bereich der körperbezogenen Pflege erfordere. Es könne nicht sichergestellt werden, dass Betreuungsdienste (pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Haushaltshilfe) ausreichende Kenntnisse im Bereich der körperbezogenen Pflege vorweisen könnten. Diese seien daher von der Beratung ausgeschlossen.

Als Ausnahme wird nach der Gesetzesbegründung zugelassen, dass einzelne Mitarbeiter, die die entsprechenden Befähigungen vorweisen, unter den Voraussetzungen von § 37 Absatz 3 Satz 1 in die Beratung eingebunden werden könnten. Hier ist nicht eindeutig verständlich, was „unter den Voraussetzungen des Absatz 3 Satz 1“ zu verstehen ist. § 37 Absatz 3 Satz 1 SGB XI stellt auf eine Beratung durch zugelassene Pflegeeinrichtungen oder eine von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz bzw. eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht beschäftigte Pflegefachkraft ab. Diese Anforderungen werden von den Betreuungsdiensten regelmäßig nicht erfüllt, ansonsten könnten sie von der Pflegeberatung nicht ausgeschlossen werden. „Unter den Voraussetzungen von § 37 Absatz 3 Satz 1“ kann sich vorliegend somit nicht auf die Betreuungsdienste beziehen. Soweit eine Person eines Betreuungsdienstes lediglich begleitend zu einer zugelassenen Pflegeeinrichtung an der Beratung teilnimmt, stellt sich die Frage, wie sichergestellt wird, dass nur diejenige Person aus dem Betreuungsdienst in die Beratung einbezogen wird, die auch über die Kenntnisse im Bereich der körperbezogenen Pflege verfügt, wie es in der Begründung zu Artikel 8 Nummer 3 gefordert wird. Es stellt sich dann auch die Frage der Vergütung, welche die begleitende und offensichtlich dann nur in Beratungsfunktion tätige Person des Betreuungsdienstes hierfür entsprechend der Regelung des § 37 Absatz 3 Sätze 4 und 5 SGB XI erhält. Für die Pflegekassen bedeutet eine „geteilte“ Vergütung oder eine „on top“ Vergütung zusätzlichen Verwaltungsaufwand. Für die ambulanten Pflegedienste sinkt im Fall einer geteilten Vergütung der Anreiz, überhaupt Beratungseinsätze als Leistung anzubieten.

C) Änderungsvorschlag

Begründung, B. Besonderer Teil, Zu Artikel 8 (Änderung SGB XI), Zu Nummer 3 (§ 37) wird wie folgt geändert:

Satz 5 wird gestrichen („Einzelne Mitarbeiter, die...“).

Ein weiterer Änderungsvorschlag zu § 37 SGB V ergibt sich aus Artikel 8, Nr. 5 Buchstabe a (§ 71 Pflegeeinrichtungen) – siehe dort.

**Artikel 8 - Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

**Nr. 5 Buchstabe a)**

**§ 71 Pflegeeinrichtungen; hier: Abs. 1a**

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 71 Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Auf ambulante Betreuungseinrichtungen (Betreuungsdienste), die für Pflegebedürftige dauerhaft pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung erbringen, sind die Vorschriften für Pflegedienste entsprechend anzuwenden, soweit keine davon abweichende Regelung bestimmt ist.“

#### B) Stellungnahme

Es ist nicht ersichtlich, welche der für die Pflegedienste geltenden Vorschriften entsprechend auf die Betreuungsdienste anzuwenden sind.

Die Richtlinien für das Qualitätsmanagement liegen noch nicht als Konkretisierung vor, vgl. die neue Regelung des § 112a SGB XI (Artikel 8 Nummer 7 des Entwurfs). Die Anforderungen des § 71 Absatz 1 werden z. B. hinsichtlich der ausgebildeten Pflegefachkraft durch den neuen § 71 Absatz 3 Satz 3 ersetzt (Artikel 8 Nummer 5 b) aa) des Entwurfs). Die übrigen Anforderungen des § 71 Absatz 1 erfüllt ein Betreuungsdienst schon aus der Natur der Sache aufgrund der Art der Leistungserbringung und der vorausgesetzten, andersartigen (ggf. geringeren) Qualifikationsanforderungen an die Leitung des Betreuungsdienstes und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht.

Nach der weiteren Begründung dürften Betreuungsdienste in Übereinstimmung mit der Neuregelung des § 37 Absatz 9 keine Beratungsbesuche gemäß § 37 Absatz 3 Satz 1 durchführen. Die Vergütung wird aufgrund der Art der Leistungen ebenfalls abweichen. Hierzu wurde bisher noch keine Regelung im Gesetz getroffen. Unter Berücksichtigung dieser Aspekte sollten die entsprechend anzuwendenden Vorschriften der Pflegedienste auf die Betreuungsdienste konkret benannt werden, hilfsweise zumindest in der Begründung zu Artikel 8 Nummer 5 (§ 71) Buchstabe a (S. 137 f. des Entwurfs) aufgeführt werden.

Des Weiteren systematisch nicht nachvollziehbar ist der letzte Satz (Satz 7) des Absatzes 1 der Begründung a.a.O. (S. 138 oben), der auf die Möglichkeit, eine Pflegeberatung in Anspruch zu nehmen, verweist. Hier müsste ggf. eine Ergänzung im Wortlaut des § 37 Absatz 3 Satz 7 SGB XI nach den Worten „von einem ambulanten Pflegedienst“ durch „und Betreuungsdienst“ erfolgen, zumal der Betreuungsdienst in § 71 SGB XI eigenständig definiert wird. Der genannte Satz 7 auf S. 138 oben könnte dann als Begründung für die Änderung dienen.

#### C) Änderungsvorschlag

In der Folge wird Artikel 8 Nr. 3 wie folgt geändert:

In § 37 Absatz 3 Satz 7 SGB XI wird nach den Worten „von einem ambulanten Pflegedienst“ durch „und Betreuungsdienst“ ergänzt.

Der Satz 7 in Absatz 1 der Begründung zu Nummer 5 (§ 71) Buchstabe a: „Sie können auch eine Pflegeberatung nach § 7a nutzen, [...]“ könnte dann hier als Begründung für die Änderung dienen.

## **Artikel 8 - Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 5 Buchstabe b), Doppelbuchstabe aa)**

#### **§ 71 Pflegeeinrichtungen; hier: Absatz 3**

##### A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 71 Absatz 3 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt: „Bei ambulanten Betreuungseinrichtungen im Sinne von Absatz 1a kann anstelle der verantwortlichen Pflegefachkraft 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.“

##### B) Stellungnahme

In der Begründung zu Nummer 5 (§ 71) Buchstabe b (S. 138 des Entwurfs) wird u.a. in Satz 1 ausgeführt, als verantwortliche Fachkräfte könnten vorzugsweise solche mit erlernten Berufen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich anerkannt werden. Sodann werden Beispiele (Altentherapeutinnen, Altentherapeuten, etc.) genannt. Diese Anforderungen sind sehr hoch angesetzt, betrachtet man bspw. lediglich den Einsatz eines Betreuungsdienstes hinsichtlich einfacher Haushaltshilfen. Durch diese Anforderungen wird die gewünschte Unterstützung durch Betreuungsdienste und deren breitere personelle Basis ggf. ausgebremst. Daher sollte auch die Begründung offener formuliert werden und ggf. der Halbsatz des o. g. Satzes 1 - „vorzugsweise aus dem Gesundheits- und Sozialbereich“ - gestrichen werden. Dies gilt entsprechend für die Weiterbildung von mindestens 460 Stunden. Hier stellt sich auch die Frage, ob tatsächlich die in den entsprechenden Berufen geforderte Weiterbildung (z. B. Sozialarbeiter) für die Erbringung der Leistungen eines Betreuungsdienstes sachgerecht ist oder ob nicht geringere Anforderungen ausreichen. Dies auch unter dem Aspekt der ggf. geringeren Vergütung. Unter Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte sollte die Gesetzesbegründung angepasst werden.

##### C) Änderungsvorschlag

Begründung, B. Besonderer Teil, Zu Nummer 5 (§ 71), Zu Buchstabe b wird wie folgt geändert:

Der Halbsatz des Satzes 1 - „vorzugsweise aus dem Gesundheits- und Sozialbereich“ – sollte gestrichen werden. Im Satz 6 sollte die Formulierung „sowie hinsichtlich der Weiterbildung von mindestens 460 Stunden“ gestrichen werden.

## **Artikel 8 - Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 8**

#### **§ 120 Pflegevertrag bei häuslicher Pflege; hier: Absatz 3**

##### A) Beabsichtigte Neuregelung

Dem § 120 Absatz 3 werden folgende Sätze angefügt:

„In dem Pflegevertrag ist die Inanspruchnahme von mehreren Leistungserbringern durch den Pflegebedürftigen zu berücksichtigen. Ebenso zu berücksichtigen ist die Bereitstellung der Information für eine Nutzung des Umwandlungsanspruchs nach § 45a Absatz 4.“

##### B) Stellungnahme

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen entscheiden in der Praxis vielfach erst nach Abschluss eines Pflegevertrags, ob und in welcher Höhe sie Leistungen weiterer Leistungserbringer und Angebote zur Unterstützung im Alltag zusätzlich nutzen bzw. nutzen wollen. Nach Absatz 2 der Begründung zu Artikel 8 Nummer 8 (§ 120) (S. 139 f. des Entwurfs) sollen nun die Pflegedienste dies erfragen und ggf. über die Auswirkungen bei der Abrechnung der Sachleistungen hinweisen. Durch entsprechende Fragen könnten sich die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen in ihrer ohnehin bestehenden Notsituation zusätzlich „unter Druck“ fühlen und dies ggf. als Einschränkung des (künftigen) Wahlrechts erachten. Sollten die weiteren Leistungserbringer auch noch konkret zu benennen sein, wären auch datenschutzrechtliche Aspekte zu berücksichtigen. Für die Pflegedienste bedeutet dies zusätzlichen Verwaltungsaufwand. Insofern ist eine solche Regelung in der Praxis schwer umsetzbar, auch wenn sie intendiert, die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen zu schützen. Hinzu kommt, dass es sich bei einer derartigen Auskunft über die Höhe des monatlich ggf. noch zur Verfügung stehenden Sachleistungsbetrags mit Informationen zu einer Nutzung des Umwandlungsanspruchs nach § 45a Absatz 4 um originäre Informations- und Beratungspflichten der Pflegekassen handelt.

Hinsichtlich der „Bereitstellung einer Information für eine Nutzung des Umwandlungsanspruchs nach § 45a Absatz 4“ ist zudem nicht klar, wie umfassend diese sein muss. Unter dem Gesichtspunkt, dass nur wenige Pflegebedürftige den Umwandlungsanspruch nutzen und – nach unserer Erkenntnis – auch nicht nutzen wollen, dürfte ein allgemeiner Hinweis genügen. Zu den Details können sich die Pflegebedürftigen bei Interesse von ihrer Pflegekasse informieren und/oder beraten lassen.

##### C) Änderungsvorschlag

Artikel 8 Nr. 8 wird wie folgt geändert:

Der neu vorgesehene § 120 Absatz 3 Satz 3 sollte gestrichen werden oder alternativ als „Kann-Vorschrift“ formuliert werden.

Der neu vorgesehene § 120 Absatz 3 Satz 4 sollte wie folgt lauten: „Auf den Umwandlungsanspruch nach § 45a Absatz 4 ist hinzuweisen.“