



Spitzenverband

**Stellungnahme
des GKV–Spitzenverbandes
vom 17.08.2018**

**zum Referentenentwurf
eines Gesetzes für schnellere Termine
und bessere Versorgung
(Terminservice– und Versorgungsgesetz – TSVG)
vom 23.07.2018**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	9
1. Besserer Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung	9
2. Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung	12
3. Schiedsamt	12
4. Elektronische Patientenakte	12
5. Ausgabenwirkung nach Wirksamwerden sämtlicher gesetzlich vorgesehener Regelungen	13
II. Stellungnahme zum Referentenentwurf	14
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	14
§ 4 Abs. 6 – Krankenkassen	14
§ 5 Abs. 2 Satz 3 – Pauschale Anrechnung von Kindererziehungszeiten für Adoptiv- und Stiefkinder auf die Vorversicherungszeit für den Zugang in die Krankenversicherung der Rentner	15
§ 5 Abs. 8 Satz 3 – Vorrangversicherungstatbestände	16
§ 6 Abs. 8 – Ausgangswert für die Bestimmung der Jahresarbeitsentgeltgrenze für das Jahr 2004	17
§ 7 Abs. 3 – Übergangsregelung zur Anhebung der Geringfügigkeitsgrenze im Jahr 2013 ..	18
§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 – Optionsrecht für bestimmte Rentner zugunsten eines Verbleibs in der freiwilligen Krankenversicherung zum 01.04.2002	19
§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 – Berücksichtigung von Abfindungen beim Gesamteinkommen in der Familienversicherung	21
§ 10 Abs. 2 Nr. 3 – Berücksichtigung von Freiwilligendiensten als Verlängerungstatbestand für die Familienversicherung von Kindern über das 25. Lebensjahr hinaus	22
§ 10 Abs. 2 Nr. 4 – Familienversicherung von behinderten Kindern ohne Altersgrenze	23
§ 10 Abs. 4 – Familienversicherung von Stiefkindern und Enkeln	24
§ 13 – Kostenerstattung	25
§ 14 – Teilkostenerstattung	27
§ 16 – Ruhen des Anspruchs	28
§ 20j – Präexpositionsprophylaxe	29
§ 27a – Künstliche Befruchtung	34
§ 28 Abs. 1 Satz 3 – Ärztliche und zahnärztliche Behandlung	38
§ 29 Abs. 5 (neu) – Kieferorthopädische Behandlung	39
§ 31a Abs. 1 Satz 1 – Medikationsplan	43
§ 33 Abs. 9 Satz 3 – Hilfsmittel	44
§ 35a – Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen	45
§ 37b – Berichtspflicht über die Entwicklung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung	46
§ 39 Abs. 1a – Entlassmanagement	47

§ 39a – Frist Über- bzw. Neuarbeitung Rahmenvereinbarungen zur stationären Hospizversorgung und ambulanten Hospizdiensten	48
§ 39b Abs. 2 – Frist Erarbeitung Regelungen zur Beratung über persönliche Vorsorge	49
§ 40 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	50
§ 44 – Krankengeld	52
§ 46 – Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld	55
§ 49 – Ruhen des Krankengeldes	57
§ 50 – Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes	59
§ 51 – Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe	61
§ 55 – Leistungsanspruch	62
§ 57 – Beziehungen zu Zahnärzten und Zahntechnikern	64
§ 64a – Modellvorhaben zur Arzneimittelversorgung	65
§ 65c – Klinische Krebsregister	66
§ 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 – Kassenärztliche Versorgung	67
§ 73b Abs. 5 Satz 3 – Hausarztzentrierte Versorgung	68
§ 74 Abs. 2 – Stufenweise Wiedereingliederung	69
§ 75 Abs. 1a Satz 1 – Inhalt und Umfang der Sicherstellung	70
§ 75 Abs. 1a Satz 2 – Inhalt und Umfang der Sicherstellung	71
§ 75 Abs. 1a Satz 3 – Inhalt und Umfang der Sicherstellung	73
§ 75 Abs. 1a Satz 4 (neu) – Inhalt und Umfang der Sicherstellung	75
§ 75 Abs. 1a Satz 4 bis 9 – Inhalt und Umfang der Sicherstellung	76
§ 75 Abs. 1a Satz 10 – Inhalt und Umfang der Sicherstellung	77
§ 75 Abs. 1a Satz 12 – Inhalt und Umfang der Sicherstellung	78
§ 75 Abs. 1a Satz 13 – Inhalt und Umfang der Sicherstellung	79
§ 75 Abs. 1a Satz 14 – Inhalt und Umfang der Sicherstellung	80
§ 75 Abs. 3c Satz 5 – Inhalt und Umfang der Sicherstellung	81
§ 75 Abs. 7 Satz 1 – Inhalt und Umfang der Sicherstellung	82
§ 75 Abs. 7 Satz 2 (neu) – Inhalt und Umfang der Sicherstellung	83
§ 75a – Förderung der Weiterbildung	84
§ 76 Abs. 1a – Freie Arztwahl	86
§ 81a – Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen	87
§ 85 – Gesamtvergütung	88
§ 87 Abs. 1c (neu) – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	90
Einleitende Anmerkungen zu Nrn. 40 Buchstabe b) bis 41 Buchstabe a)	92
§ 87 Abs. 2 Satz 3 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	98
§ 87 Abs. 2a Satz 23 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	100
§ 87 Abs. 2b Satz 1 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	102

§ 87 Abs. 2b Satz 3 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	103
§ 87 Abs.2b Satz 4 und 5 (neu) – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	105
§ 87 Abs. 2c Satz 1 und 2 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	107
§ 87 Abs. 2d – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	109
§ 87 Abs. 2f (neu) – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	110
§ 87 Abs. 2g (neu) – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	111
§ 87 Abs. 3b Sätze 3 bis 7 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	114
§ 87 Abs. 3d – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	115
§ 87 Abs. 4 Satz 2– Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	116
§ 87 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	117
§ 87 Abs. 6 Satz 6 (neu) – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	119
§ 87 Abs. 6 Satz 9 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	120
§ 87a Abs. 3 Satz 5 – Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten	121
§ 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 – Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten	127
§ 87a Abs. 5 Satz 7 – Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten	128
§ 87b Abs. 4 Satz 1 – Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung)	129
§ 87d – Vergütung vertragsärztlicher Leistungen im Jahr 2012	130
§ 87e – Zahlungsanspruch bei Mehrkosten	131
§ 89 – Schiedswesen	133
§ 89a – Sektorübergreifendes Schiedsgremium	137
§ 95 Abs. 1a Satz 1 – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung	147
§ 95 Abs. 1a Satz 2 – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung	148
§ 95 Abs. 2 Satz 6 – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung	149
§ 95 Abs. 2 Satz 9 – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung	150
§ 95 Abs. 3 Satz 4 – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung	151
§ 95 Abs. 3 Satz 5 – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung	152

§ 95 Abs. 6 Satz 5 (neu) – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung	153
§ 95 Abs. 7 Satz 1 – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung	154
§ 95 Abs. 9 Satz 1 – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung	155
§ 96 Abs. 2 Sätze 7 und 8 (neu) – Zulassungsausschüsse	156
§ 101 Abs. 1 Satz 7 – Überversorgung.....	158
§ 101 Abs. 1 Satz 8 (neu) – Überversorgung.....	159
§ 101 Abs. 1 Satz 10 – Überversorgung.....	160
§ 103 Abs. 1 Satz 2 – Zulassungsbeschränkungen.....	161
§ 103 Abs. 3a Satz 3 – Zulassungsbeschränkungen.....	163
§ 103 Absatz 3a – Zulassungsbeschränkungen	164
§ 103 Absatz 4 Satz 2 – Zulassungsbeschränkungen	166
§ 103 Absatz 4 Satz 5 – Zulassungsbeschränkungen	167
§ 103 Abs. 4 Satz 10 – Zulassungsbeschränkungen	168
§ 103 Abs. 4a Satz 2 (neu) – Zulassungsbeschränkungen	169
§ 103 Abs. 4a Satz 3 – Zulassungsbeschränkungen	170
§ 103 Abs. 4a Satz 4 (neu) – Zulassungsbeschränkungen	171
§ 103 Abs. 4b Satz 2 (neu) – Zulassungsbeschränkungen.....	172
§ 103 Abs. 4b Satz 3 – Zulassungsbeschränkungen.....	173
§ 103 Abs. 4b Satz 4 (neu) – Zulassungsbeschränkungen.....	174
§ 105 Abs. 1 – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung	175
§ 105 Abs. 1a Satz 1 – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung	176
§ 105 Abs. 1a Satz 2 – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung	178
§ 105 Abs. 1a Satz 3 – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung	179
§ 105 Abs. 1a Satz 4 (neu) – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung.....	181
§ 105 Abs. 1b (neu) – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung.....	183
§ 105 Abs. 3 – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung	184
§ 105 Abs. 4 Satz 1 – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung	185
§ 106a Abs. 4 – Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlicher Leistungen.....	186
§ 106b – Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen.....	187
§ 106d Absatz 7 – Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung	188
§ 114 – Landesschiedsstelle	189
§ 115 – Beziehungen zu Krankenhäusern und Vertragsärzten	191
§ 115b – Ambulantes Operieren im Krankenhaus	193
§ 116b – Ambulante spezialfachärztliche Versorgung	194
§ 117 – Hochschulambulanzen.....	195
§ 118 – Psychiatrische Institutsambulanzen.....	196
§ 118a – Geriatrische Institutsambulanzen	197
§ 120 Absatz 3a Satz 1 – Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen	198
§ 129 – Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung	199

§ 130b – Vereinbarungen zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmern über Erstattungsbeträge für Arzneimittel, Verordnungsermächtigung	202
§ 132d – Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	205
§ 134a – Versorgung mit Hebammenhilfen	208
§ 135 Abs. 2 Satz 8 – Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.....	209
§ 137e Abs. 4 Satz 5 – Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus	210
§ 140a Absatz 2 Satz 2 – Besondere Versorgung	211
§ 188 Abs. 2 Satz 3 – Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft für Rentner mit Optionsrecht zum 01.04.2002	212
§ 190 Abs. 11a – Ende der Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner für freiwillig versicherte Rentner sowie ihre Familienangehörigen bei Ausübung des Optionsrechts zum 01.04.2002	213
§ 197a – Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen	214
§ 217f – Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen	216
§ 225 Satz 1 Nr. 1 und 3 – Beitragsfreiheit bestimmter Rentenantragsteller	217
§ 228 Abs. 2 – Nachzahlungen von Renten als beitragspflichtige Einnahmen	218
§ 235 – Beitragspflichtige Einnahmen von Rehabilitanden, Jugendlichen und behinderten Menschen in Einrichtungen	219
§ 237 Satz 3 – Beitragsfreiheit von Hinterbliebenenleistungen aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis.....	220
§ 256 Abs. 1 Satz 1 – Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen – Ausweitung des Zahlstellverfahrens auf alle Versicherungspflichtigen	222
§ 256 Abs. 4 – Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen – Aufhebung der Ausnahmeregelung zur Beitragsabführung durch kleinere Zahlstellen	223
§ 274 Abs. 1 – Prüfung der Krankenkassen und ihrer Verbände.....	224
§ 275 Abs. 1 – Begutachtung und Beratung	225
§ 284 Abs. 1 Satz 1 – Sozialdaten bei den Krankenkassen	226
§ 291a Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 und 5 – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur	229
§ 291a Abs. 3 Satz 4 bis 6 – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur...	230
§ 291a Abs. 5 Satz 8 – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur	231
§ 291a Abs. 5 Satz 9 (neu) – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur ..	232
§ 291a Abs. 5 Satz 10 (neu) – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur	233
§ 291a Abs. 5c – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur	234
§ 291a Abs. 6 Satz 2 – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur	235
§ 291a Abs. 7b Satz 5 – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur	236
§ 291a Abs. 7d Satz 2 – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur	237
§ 291b Abs. 1 Satz 12 – Gesellschaft für Telematik	238
§ 291b Abs. 1a Sätze 13 und 14 (neu) – Gesellschaft für Telematik	239

§ 291b Abs. 6 Satz 5 (neu) – Gesellschaft für Telematik.....	240
§ 291b Abs. 6 Satz 9 (neu) – Gesellschaft für Telematik.....	241
§ 293 Abs. 7 Satz 12 – Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer.....	242
§ 295 – Abrechnung ärztlicher Leistungen	243
§ 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 – Abrechnung ärztlicher Leistungen.....	246
§ 295 Abs. 1 Satz 1 – Abrechnung ärztlicher Leistungen	247
§ 295 Abs. 1a – Abrechnung ärztlicher Leistungen	248
§ 295 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 – Abrechnung ärztlicher Leistungen.....	249
§ 295a – Abrechnung der im Rahmen von Verträgen nach § 73b und § 140a sowie vom Krankenhaus im Notfall erbrachten Leistungen	250
§ 299 – Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung	251
§ 305 Abs. 1 Sätze 2, 3 und 4 (neu) – Auskünfte an Versicherte	252
§ 305 Abs. 1 Satz 6 (neu) – Auskünfte an Versicherte	253
Artikel 2 (Änderung des Bundesvertriebenengesetzes).....	254
§ 11 Abs. 6 – Leistungen bei Krankheit – Erstattung des Aufwandes	254
Artikel 3 (Änderung des Sozialgerichtsgesetzes).....	255
§ 29 255	
Artikel 4 (Änderung des Aufwendungsausgleichsgesetzes)	257
§ 11 Abs. 2 – Ausnahmen vom U1- und U2-Verfahren für behinderte Menschen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten	257
Artikel 5 (Änderung der Schiedsamtverordnung)	259
Artikel 6 (Änderung der Schiedsstellenverordnung).....	263
§ 8 Abs. 3	264
§ 9 Abs. 1	265
Artikel 7 (Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch)	266
§ 34 Absatz 6 Satz 3 – Durchführung der Heilbehandlung.....	266
Artikel 8 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	267
§ 25 – Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung	267
§ 37 – Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen	268
§ 47a – Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen.....	269
§ 71 – Pflegeeinrichtungen	270
§ 72 – Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag	272
§ 112a – Qualitätssicherung bei ambulanten Betreuungsdiensten, Übergangsregelung	273
§ 120 – Pflegevertrag bei häuslicher Krankenpflege.....	275
§ 125 – Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste.....	276
Artikel 9 (Änderung des Arzneimittelgesetzes)	277
§ 13 – Herstellungserlaubnis	277
Artikel 10 (Änderung der Arzneimittelpreisverordnung)	278

§ 2 – Großhandelszuschläge für Fertigarzneimittel	278
Artikel 11 (Änderung des Transfusionsgesetzes)	280
§ 12a – Richtlinien zum Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft und Technik zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen, § 18 – Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik zur Anwendung von Blutprodukten, § 28 – Ausnahmen vom Anwendungsbereich und § 35 (neu) – Übergangsregelung aus Anlass des Terminservice- und Versorgungsgesetzes	280
Artikel 12 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)	281
§ 18a Abs. 6 – Schiedsstelle	281
Artikel 13 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte).....	284
§ 19 Abs. 3	284
§ 19a Abs. 1 Sätze 2, 3, 4 und 5 (neu).....	285
§ 19a Abs. 2 Satz 1	288
Artikel 15 (Inkrafttreten)	289
Absatz 1 – Inkrafttreten der Neuregelungen zum Zahlstellenverfahren	289
III. Ergänzender Änderungsbedarf.....	290
Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	290
§ 67 Elektronische Kommunikation	290
§ 87 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte.....	292
§ 87 Abs. 2 – Bundesmantelvertrag, Einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte.....	295
§ 291a Abs. 5c – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur	297
§ 293 – Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer	298
Zu Artikel 16 (Änderung des Gesetzes über die Kostenstrukturstatistik (KoStrukStatG))	299
Einfügung eines neuen Satzes 2 in § 7.....	299

I. Vorbemerkung

1. Besserer Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung

Der GKV-Spitzenverband begrüßt ausdrücklich, dass der Zugang gesetzlich Versicherter zur ambulanten medizinischen Versorgung durch eine Weiterentwicklung der Terminservicestellen und das vorgesehene Mindestsprechstundenangebot spürbar verbessert und die Fehlversorgung verringert werden soll. Die in einigen medizinischen Fachgebieten bestehenden Wartezeiten für GKV-Versicherte müssen verkürzt werden. Ziel ist die Angleichung der bestehenden unterschiedlich langen Wartezeiten zwischen gesetzlich und privat Versicherten. Mit einer spürbaren Reduzierung der Wartezeiten und einer Flexibilisierung des zum Teil nicht mehr mit den Bedürfnissen der Versicherten kompatiblen Sprechstundenangebots kann auch die medizinisch nicht notwendige Inanspruchnahme von Notfallambulanzen und des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes reduziert werden.

Der vorliegende Referentenentwurf sieht in § 87 SGB V eine Vielzahl neuer Steuerungsinstrumente vor, die den Zugang zur ambulanten Versorgung verbessern sollen. Je nachdem, ob der Patient eigenständig, auf Vermittlung eines Hausarztes oder einer Terminservicestelle eine Arztpraxis aufsucht, ob er darüber hinaus als neuer Patient gilt oder nicht, ob er als „Akut-“ oder „Notfall“ eingestuft wird oder ob er in einer offenen Sprechstunde behandelt wird, ergeben sich unterschiedliche Anreize und Fallkonstellationen.

Es dürfen jedoch keine Anreize zur Generierung von mehr Behandlungsfällen gesetzt werden, die bei einem unverändert starren Sprechzeitenangebot der Arztpraxen zu längeren Wartezeiten führen und damit das angestrebte Ziel der Reform für die Versicherten gefährden. Es ist zu befürchten, dass die Maßnahmen beitragsatzrelevante Ausgabensteigerungen verursachen, ohne dass sich die Versorgung der gesetzlich Versicherten verbessern wird. Die Komplexität der geplanten Neuregelungen wird den Dokumentationsaufwand der Vertragsärzte erheblich erhöhen und gleichzeitig zu vermehrten Prüferfordernissen durch die Krankenkassen führen. Hierzu wird im Folgenden konkret Stellung genommen. Ziel der Reform sollte es auch sein, dass die eingesetzten Ressourcen zu 100 % in die Verbesserung der Versorgung der gesetzlich Versicherten fließen.

Der GKV-Spitzenverband geht davon aus, dass die vorgesehene neue Vergütungs- und Leistungsstruktur in § 87 deutlich vereinfacht werden kann, während die intendierte Anreizstruktur gleichzeitig zielgenauer ausgestaltet wird, um das Reformziel – den Zugang gesetzlich Versicherter zur ambulanten Versorgung zu verbessern – zu erreichen. Hierfür schlägt der GKV-Spitzenverband folgende konkrete Maßnahmen vor:

Versorgungssteuerung für Erstkontakte

Um die Bereitschaft zur Annahme neuer Patientinnen und Patienten in bestimmten Fachrichtungen zu erhöhen, soll der erste Kontakt mit einer Patientin oder einem Patienten finanziell gefördert werden. Neu im Sinne dieser Förderung ist ein Patient, wenn er erstmals oder erstmals nach 10 Jahren behandelt wird und Patientenakten beispielsweise aufgrund des Ablaufs gesetzlich geregelter Mindestaufbewahrungsfristen nicht mehr vorhanden sind. Der zusätzliche ärztliche Aufwand von Neupatienten im Vergleich zu bekannten Patienten entsteht durch eine ausführliche Patientenanamnese inkl. Krankheitsgeschichte sowie dem Anlegen einer Patientenakte und nicht in der Erfassung oder Diagnostik einer neuen Diagnose. Um einen neuen Patienten handelt es sich nicht bei planbaren Leistungen, insbesondere ambulanten Operationen oder Früherkennungsleistungen oder wenn das Leistungsspektrum einer Arztgruppe typischerweise von Erstkontakten geprägt ist und somit eine gezielte Förderung der Aufnahme von neuen Patienten nicht erforderlich ist (z. B. Radiologen etc.). Durch solche finanziellen Anreize werden auch Vertragsärzte gefördert, die Patienten auf Vermittlung einer Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nr. 1 SGB V annehmen, da es sich bei diesen in der Regel nicht um bekannte Patienten handelt.

Flexibilisierung des Sprechstundenangebots (Abend- und Samstagssprechstunden)

Um die Wartezeiten spürbar zu reduzieren, sollen Ärzte ihr Sprechstundenangebot flexibilisieren. Das heutige Sprechstundenangebot orientiert sich zu wenig an Patientenbedürfnissen. Eine wesentliche Ursache der Wartezeitenproblematik sind aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes insbesondere die derzeitigen Praxisöffnungszeiten, die z. B. Berufstätigen nur Termine in Randzeiten (früh morgens, später Nachmittag) ermöglichen. Sprechstundenangebote nach den üblichen Arbeitszeiten oder am Samstag sind hingegen wenig verbreitet. Es müssen daher finanzielle Anreize gesetzt werden, damit vermehrt Sprechstunden außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten angeboten werden. Für die Förderung von Abend- und Samstagssprechstunden soll der Bewertungsausschuss daher eine gesonderte Vergütung beschließen. Die vorgeschlagene Maßnahme zur Flexibilisierung der Sprechstunden führt nicht zu einer absoluten Ausweitung der Sprechstunden, sondern dazu, dass die bestehenden Sprechstunden flexibler als bisher angeboten werden. Hierdurch werden sich die Wartezeiten für gesetzlich Versicherte spürbar verringern. Darüber hinaus ist bei einem höheren Angebot von Sprechstunden am Abend oder an Samstagen zu erwarten, dass zu diesen Zeiten die Inanspruchnahme von Notfallambulanzen deutlich reduziert werden kann.

Verbesserung der Versorgung von Patienten mit akuten Behandlungsanlässen

Derzeit ist es für Patienten mit akuten Behandlungsanlässen oftmals problematisch, kurzfristig einen dringend notwendigen Facharzttermin zu erhalten. In der Folge suchen diese Patientinnen und Patienten die Notfallambulanzen der Krankenhäuser auf oder werden sogar stationär behandelt. Auch für Arztpraxen stellen solche Akutpatienten durchaus einen relevanten Zusatzaufwand

dar, da sie bestehende reguläre Termine verschieben und die Praxisabläufe kurzfristig anpassen müssen. Künftig sollen Hausärzte für diese Akutfälle einen Termin bei geeigneten Fachärzten vermitteln, sodass die betroffenen Patienten innerhalb von spätestens 24 Stunden durch einen Facharzt versorgt werden können. Zur Förderung sowohl der Terminvermittlung durch den Hausarzt als auch der entsprechenden Terminannahme durch den Facharzt ist durch den Bewertungsausschuss ein finanzieller Anreiz zu schaffen. Dieser soll gleichermaßen auch für erfolgreich innerhalb von spätestens 24 Stunden durchgeführte Facharzttermine von Akutfällen nach Vermittlung durch die Terminservicestelle gelten..

Finanzierung der ambulanten ärztlichen Versorgung

Die Förderung von Neupatienten soll aus den vorhandenen finanziellen Mitteln der MGK finanziert werden, da die Behandlung von neuen Patienten ebenso wie die Betreuung bekannter Patienten in der bestehenden vertragsärztlichen Vergütung kalkulatorisch bereits berücksichtigt ist. Der finanzielle Anreiz für die vermehrte Behandlung von Neupatienten entsteht direkt, indem aufgrund der Förderung für neue Patienten eine höhere Vergütung erzielt werden kann als für die Betreuung bekannter Patienten. Die Leistungen für eine verbesserte Terminvermittlung und -annahme von Akutfällen sowie die Förderung von Abend- und Samstagssprechstunden sind mit dem Ziel der Unterstützung der Einführung in die vertragsärztliche Versorgung hingegen mit zusätzlichen Mitteln zu finanzieren.

Die Behandlung in den offenen Sprechstunden wird insbesondere über die finanziellen Anreize zur Betreuung neuer Patienten und Akutpatienten finanziell gefördert, da zu erwarten ist, dass vor allem diese Patientengruppen im Rahmen der offenen Sprechstunden versorgt werden. Eine zusätzliche, finanzielle Förderung offener Sprechstunden ist somit nicht erforderlich, da diese den organisatorischen Rahmen für die Behandlung von Akutpatienten oder Neupatienten ohne Termin bieten, welche jeweils gem. obiger Vorschläge finanziell gefördert werden. . Die Bereitstellung zusätzlicher finanzieller Mittel für offene Sprechstunden durch die GKV ist zudem nicht geboten, da Vertragsärzte bereits heute durchschnittlich weit mehr als 25 Sprechstunden anbieten und die Erhöhung des Mindestsprechstundenangebotes somit nicht zu längeren Arbeitszeiten der Vertragsärzte führen wird. Lediglich die Ärzte, die bisher für GKV-Versicherte weniger als 25 Sprechstunden je Woche angeboten haben, werden verpflichtet ihr Sprechstundenangebot umzustrukturieren.

Mit diesen vorgeschlagenen Maßnahmen werden aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes die vom Gesetzgeber intendierten Anreize zielgenauer ausgestaltet. Die Wartezeiten für gesetzlich Versicherte werden sich insbesondere durch Abend- und Samstagssprechstunden in Verbindung mit der Förderung der Behandlung neuer Patienten erheblich reduzieren. Durch die Leistungen der Terminvermittlung und -annahme und die offenen Sprechstunden werden vor allem Patienten mit akuten Erkrankungen wesentlich schneller versorgt werden. Darüber hinaus ist zu erwarten, dass

die Inanspruchnahme von Notfallambulanzen durch die Flexibilisierung des Sprechzeitenangebotes und durch die Förderung der schnellen Versorgung von Akutpatienten erheblich abnehmen wird. Im Übrigen ist die Umsetzung der hier vorgeschlagenen Maßnahmen mit keinem relevanten zusätzlichen Dokumentationsaufwand auf Ärzteseite und keinem relevanten Prüfaufwand auf Krankenkassenseite verbunden.

2. Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung

An verschiedenen Stellen wird mit dem Referentenentwurf die bestehende Bedarfsplanung außer Kraft gesetzt, um Verbesserungen bei Versorgungs- und Terminschwierigkeiten zu erreichen. Es ist jedoch zu befürchten, dass dieses Ziel mit einer ungesteuerten Zulassung nicht erreicht werden kann. Im Gegenteil, höchstwahrscheinlich wird sich der Trend verstärken, dass Ärzte sich in attraktiven, bereits heute überversorgten Regionen vorrangig niederlassen, nicht aber im ländlichen Raum mit drohender Unterversorgung.

3. Schiedsamt

Der Referentenentwurf sieht vor, die bestehenden sozialrechtlichen Schiedsverfahren stärker zu vereinheitlichen. Insbesondere soll die Konfliktlösung bei dreiseitigen Vereinbarungen zwischen der Ärzteschaft, den zugelassenen Krankenhäusern und der Krankenkassenseite einem neuen sektorenübergreifenden Entscheidungsgremium übertragen werden. Diese Zielsetzung ist insbesondere im Rahmen neuer Versorgungsformen mit entsprechenden Vergütungsregelungen grundsätzlich zu begrüßen.

Um eine sachgemäße, interessengerechte und zügige Konfliktlösung zu erreichen, sind allerdings Änderungen insbesondere im Hinblick auf Besetzung und Stimmverteilung sowie Anforderungen an die Mehrheit erforderlich. Auch hinsichtlich der Bestimmung der Mitglieder und der Regelung zur Beschlussfähigkeit des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums sind Anpassungen notwendig, damit die Zielsetzung des Gesetzgebers erreicht und ungerechtfertigte Alleinentscheidungsbefugnisse ausgeschlossen werden. Die Übertragung der bisherigen Zuständigkeit des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses auf das sektorenübergreifende Schiedsgremium ist nicht zielführend.

4. Elektronische Patientenakte

Der Referentenentwurf eröffnet den Versicherten die Möglichkeit, zukünftig auf die elektronische Patientenakte auch mit handelsüblichen mobilen Endgeräten wie Smartphones und Tablets zugreifen zu können. Hierfür werden die notwendigen Sicherheitsanforderungen angepasst. Der GKV-Spitzenverband begrüßt diese Erweiterung, die auf die Bedürfnisse der Versicherten eingeht.

Diese Regelung sollte ausgedehnt werden, damit den Versicherten auch über die elektronische Patientenakte hinaus ein einheitlicher Zugang zu ihren medizinischen Daten ermöglicht wird.

5. Ausgabenwirkung nach Wirksamwerden sämtlicher gesetzlich vorgesehener Regelungen

Die im Referentenentwurf vorgesehenen Neuregelungen führen zu erheblichen finanziellen Belastungen der Beitragszahler. Nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes werden allein aus den Regelungen der §§ 87 und 87a SGB V Mehrkosten von rd. 800 Mio. Euro entstehen. So wird die extrabudgetäre Finanzierung der Versicherten- und Grundpauschale für Neupatienten 600 Mio. Euro und die extrabudgetäre Finanzierung der offenen Sprechstunde 150 Mio. Euro Mehrausgaben zur Folge haben. Damit werden Leistungen für fast 7 Mrd. Euro ausgedeckt und der Anteil der Morbiditätsorientierten Gesamtvergütung an der Gesamtvergütung auf 50 % gesenkt. Der Leistungsbedarf aus Versicherten- und Grundpauschalen wird zu über 80 % entbudgetiert und damit zu erheblichen Mengensteigerungen führen. Hinzu kommen weitere Kosten für Leistungsverbesserungen u. a. bei der zahnärztlichen Versorgung, die vom BMG mit 729 Mio. Euro beziffert werden. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes belaufen sich die Gesamtkosten damit auf mindestens 1,529 Mrd. Euro.

II. Stellungnahme zum Referentenentwurf

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 4 Abs. 6 – Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bereinigung einer gegenstandslos gewordenen Vorschrift, die eine Reduzierung der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen bei nicht rechtzeitiger Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) für die Jahre 2012 und 2013 vorsah.

B) Stellungnahme

Die Streichung erfolgt aufgrund einer gegenstandslos gewordenen Vorschrift und ist sachlogisch korrekt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 Buchstabe a)

§ 5 Abs. 2 Satz 3 – Pauschale Anrechnung von Kindererziehungszeiten für Adoptiv- und Stiefkinder auf die Vorversicherungszeit für den Zugang in die Krankenversicherung der Rentner

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Ergänzung sieht vor, dass die pauschale Anrechnung von Kindererziehungszeiten für Adoptiv- und Stiefkinder auf die Vorversicherungszeit für den Zugang in die Krankenversicherung der Rentner ausgeschlossen ist, wenn die Elterneigenschaft im Wege einer Adoption oder Eheschließung erst zu einem Zeitpunkt begründet wird, zu dem das Kind die für die Familienversicherung vorgesehenen Altersgrenzen bereits erreicht hat.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht. Sie verhindert ungewollte Effekte beim Zugang in die Krankenversicherung der Rentner für Personen, die ihre Elterneigenschaft zu einem Zeitpunkt erlangt haben, in dem ihnen eine Erziehungsleistung, die sich auf den Versicherungsstatus auswirkt haben könnte, im Allgemeinen nicht mehr zugerechnet werden kann.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 16 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 Buchstabe b)

§ 5 Abs. 8 Satz 3 – Vorrangversicherungstatbestände

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des § 9 Abs. 1 Nr. 6 SGB V, auf den diese Vorschrift Bezug nimmt.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 6 Abs. 8 - Ausgangswert für die Bestimmung der Jahresarbeitsentgeltgrenze für das Jahr 2004

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung zur Festlegung des Ausgangswertes für die Bestimmung der Jahresarbeitsentgeltgrenze für das Jahr 2004 hat inzwischen keine Bedeutung mehr und wird aus Gründen der Rechtsbereinigung aufgehoben.

B) Stellungnahme

Die Aufhebung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 7 Abs. 3 - Übergangsregelung zur Anhebung der Geringfügigkeitsgrenze im Jahr 2013

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die aus Anlass der Anhebung der Geringfügigkeitsgrenze im Jahr 2013 geschaffene Übergangsregelung, nach der Beschäftigte trotz der Geringfügigkeit ihrer Beschäftigung bis längstens zum 31.12.2014 versicherungspflichtig bleiben konnten, hat wegen Zeitablaufs ihre Bedeutung verloren und wird aus Gründen der Rechtsbereinigung aufgehoben.

B) Stellungnahme

Die Aufhebung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5 Buchstabe a)

§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 – Optionsrecht für bestimmte Rentner zugunsten eines Verbleibs in der freiwilligen Krankenversicherung zum 01.04.2002

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich bei der Aufhebung des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V um eine Bereinigung einer gegenstandslos gewordenen Übergangsregelung, die Rentnern, die aufgrund einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts in der Krankenversicherung der Rentner zum 01.04.2002 versicherungspflichtig wurden, die Wahl zur Fortführung der freiwilligen Krankenversicherung erlaubte.

B) Stellungnahme

Die Aufhebung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 20 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5 Buchstabe b)

§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 – Optionsrecht für bestimmte Rentner zugunsten eines Verbleibs in der freiwilligen Krankenversicherung zum 01.04.2002

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des § 9 Abs. 1 Nr. 6 SGB V, auf den diese Vorschrift Bezug nimmt.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 Buchstabe a)

§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 – Berücksichtigung von Abfindungen beim Gesamteinkommen in der Familienversicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Ergänzung sieht vor, dass auch einmalige oder in einzelnen Teilbeträgen ausgezahlte Abfindungen, Entschädigungen oder ähnliche Leistungen, die wegen Beendigung des Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden (Entlassungsentschädigungen) als regelmäßiges Gesamteinkommen für einen bestimmten Zeitraum nach der Auszahlung zu berücksichtigen sind.

B) Stellungnahme

Die Berücksichtigung einmaliger Entlassungsentschädigungen als Gesamteinkommen bei der Familienversicherung ist sachlich gerechtfertigt, weil die regelmäßigen monatlichen Einkommensverhältnisse auch von solchen Einnahmen mitbestimmt werden, die in größeren zeitlichen Abständen fließen, oder durch einmalige Zahlungen geprägt sind, die als Entschädigungen für den Verlust des Arbeitsplatzes zum Teil Einkommensfunktion haben. Hinzu kommt, dass damit eine Ungleichbehandlung gegenüber Versicherten beseitigt wird, die eine vom Arbeitgeber in monatlichen Raten gezahlte Abfindung erhalten, da diese laufenden Abfindungsbeträge gegenwärtig bereits als regelmäßiger Einkommensbezug dem Gesamteinkommen zugerechnet werden.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 Buchstabe b) Doppelbuchstabe aa)

§ 10 Abs. 2 Nr. 3 – Berücksichtigung von Freiwilligendiensten als Verlängerungstatbestand für die Familienversicherung von Kindern über das 25. Lebensjahr hinaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

Seit dem 01.07.2011 führen auch Zeiten der Ableistung eines Freiwilligendienstes (z. B. freiwilliges soziales Jahr), durch die die Schul- oder Berufsausbildung eines Kindes unterbrochen oder verzögert wird, für die Dauer von höchstens 12 Monaten zu einer Verlängerung der Familienversicherung über das 25. Lebensjahr hinaus. Die Angabe der erstmaligen Geltung der Regelung, durch die die vor dem 01.07.2011 begonnenen Freiwilligendienste anders zu behandeln waren, hat inzwischen keine Relevanz mehr und wird aus Gründen der Rechtsbereinigung gestrichen.

B) Stellungnahme

Die Streichung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 Buchstabe b) Doppelbuchstabe bb)

§ 10 Abs. 2 Nr. 4 – Familienversicherung von behinderten Kindern ohne Altersgrenze

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Ergänzung sieht vor, dass die Familienversicherung von Kindern mit Behinderung ohne Altersgrenze auch in den Fällen durchzuführen ist, in denen die Behinderung, aufgrund derer das Kind zum Selbstunterhalt nicht (mehr) in Lage ist, zu einem Zeitpunkt eingetreten ist, in dem die Familienversicherung wegen eines vorrangigen Versicherungspflicht-Tatbestandes (z. B. Bezug von Waisenrente) verdrängt war.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht, um insbesondere eine Gleichstellung mit den Kindern herzustellen, die zum Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung unmittelbar familienversichert waren und deren Familienversicherung nicht aufgrund einer vorrangigen Versicherungspflicht verdrängt war.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 Buchstabe c)

§ 10 Abs. 4 – Familienversicherung von Stiefkindern und Enkeln

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Ergänzung sieht vor, dass zur Feststellung der weiteren Anspruchsvoraussetzung für die Familienversicherung von Stiefkindern und Enkeln nicht mehr ausschließlich auf den vom Mitglied zu leistenden überwiegenden Unterhalt, dessen Feststellung im Einzelfall in der Praxis mit erheblichem Aufwand verbunden ist, abzustellen ist, sondern dass diese alternativ auch durch das Merkmal der Haushaltsaufnahme des Kindes erfüllt werden kann.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung dient nach dem Vorbild vergleichbarer Regelungen in anderen Bereichen des Sozialrechts einer entsprechenden Harmonisierung und trägt zu einer erheblichen Verwaltungsvereinfachung bei der Feststellung der Familienversicherung durch die Krankenkassen bei, ohne dass dadurch ungerechtfertigt Familienversicherungsverhältnisse begründet werden. Die Regelung ist daher zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 13 – Kostenerstattung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung in § 13 Absatz 3a Satz 4 wird auf die neu eingeführte Ermächtigungsgrundlage des vertragszahnärztlichen Gutachterverfahrens verwiesen.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung ist folgerichtig und stellt klar, dass der § 13 Abs. 3a SGB V zusätzlich auch die Fälle nach § 87 Abs. 1c SGB V umfasst, in denen die Krankenkassen abweichend von § 275 Abs. 1, 2 und 3 SGB V eine gutachtliche Stellungnahme im Wege des im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenen Gutachterverfahrens einholen können.

Über diese sachgerechte Klarstellung hinaus besteht weiterer Änderungsbedarf zu § 13 Abs. 3a SGB V. Leistungsberechtigte können sich gemäß § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V nach Ablauf der maßgeblichen Frist eine erforderliche Leistung selbst beschaffen, sodass die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet ist. Nach der aktuellen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts stellt der Eintritt der Genehmigungsfiktion – bei Vorliegen aller Voraussetzungen – eine Ausnahme vom Sachleistungsprinzip und somit eine Sanktionsmöglichkeit gegen die Krankenkasse dar. Selbst beschaffen könne sich der Leistungsberechtigte die Leistung, die für ihn subjektiv erforderlich sei (z. B. nach fachlicher Befürwortung durch den konsultierten Arzt oder Psychotherapeuten zur Behandlung einer bestimmten Krankheit) und nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskataloges der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) liege (siehe stellvertretend Urteil des Bundessozialgerichts vom 08.03.2016, B1 KR 25/15 R). Es dürften insoweit lediglich keine Leistungsgrenzen der GKV überwunden werden, die jedem Versicherten klar sein müssten.

Nach der Rechtsprechung ist somit die subjektive Einschätzung des Versicherten zum Leistungskatalog der GKV und damit zu den Leistungen maßgeblich, die von der Genehmigungsfiktion erfasst werden können. Dies ist problematisch, z. B. wenn Versicherte mit einer fachlichen Befürwortung von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) oder Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ohne Wirksamkeits- und Nutznachweis konfrontiert sind und annehmen, es handle sich um eine GKV-Leistung. Gleiches gilt etwa für fachliche Befürwortungen durch Leistungsanbieter, die nicht im GKV-System zugelassen sind (z. B. Heilpraktiker, Osteopathen), wenn diese den Anschein erwecken, es könne sich bei den von ihnen angebotenen Leistungen um GKV-Leistungen handeln. Eine derartige Einschätzung und Bewer-

tung einzig und allein dem subjektiven Maßstab des Versicherten zu überlassen und daran die Reichweite der Genehmigungsfiktion festzumachen, ist sowohl aus Gründen des Patientenschutzes als auch aufgrund des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebotes im Bereich der GKV nicht sachgerecht. Eine angemessene Sanktion von Fristversäumnissen der Krankenkassen erfordert eine so weitgehende – von der Rechtsprechung vorgenommene – Auslegung der Reichweite der Genehmigungsfiktion nicht.

Aus Gründen des Patientenschutzes und zur Wahrung des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebots in der GKV, sollte deshalb klargestellt werden, dass sich die Genehmigungsfiktion nur auf die in § 11 SGB V vorgesehenen Leistungen der GKV erstreckt.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr. 7 wird die vorgesehene Änderung zu Nr. 7 Buchstabe a).

Darüber hinaus wird folgende Änderung in einem neuen Buchstabe b) ergänzt:

b) In § 13 Absatz 3a Satz 6 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und die Wörter „, sofern es sich bei der beantragten Leistung um eine Leistung nach § 11 handelt“ ergänzt

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 14 – Teilkostenerstattung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 1 soll klargestellt werden, dass neben aktiven Dienstordnungsangestellten auch Dienstordnungsversorgungsempfänger der Krankenkassen und ihrer Verbände das Verfahren der Teilkostenerstattung in Anspruch nehmen können.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung, die der heutigen Rechtsauslegung der Krankenkassen entspricht. Die gesetzliche Änderung wird daher begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9 Buchstaben a) und b)

§ 16 – Ruhen des Anspruchs

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Änderungen in Absatz 3a soll klargestellt werden, dass im Zusammenhang mit dem Ruhen der Leistungen wegen Beitragsschulden die Prüfung der Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II oder SGB XII durch den jeweils zuständigen Träger und nicht durch die Krankenkasse durchzuführen ist.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt und unterstützt die gesetzliche Klarstellung.

Der Anspruch auf Leistungen ruht – mit Ausnahme von Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 SGB V und Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind – für Versicherte, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen. Das Ruhen tritt u. a. dann nicht ein oder endet, wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des SGB II oder SGB XII sind oder werden. Das Bundessozialgericht kam in seinem Urteil vom 08.03.2016 (Az. B 1 KR 31/15 R) zu dem Ergebnis, dass Krankenkassen bei der Prüfung einer Ruhensanordnung der Leistungsansprüche aus der gesetzlichen Krankenversicherung von Amts wegen Feststellungen zum Eintritt von Hilfebedürftigkeit des Versicherten im Sinne des SGB II oder SGB XII zu treffen haben.

Rechtsverbindlich kann die Feststellung der Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II oder SGB XII jedoch nur durch den jeweils zuständigen Träger vorgenommen werden. Ferner fehlen den Krankenkassen u. a. die entsprechende Fachexpertise im Regelungsbereich des SGB II bzw. SGB XII sowie die personellen Ressourcen, um eine solche Prüfung vorzunehmen. Die geplante gesetzliche Klarstellung, dass eine Feststellung der Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II und SGB XII durch den zuständigen Träger durchzuführen ist, führt zudem auch zu einer Rechtssicherheit im Interesse des Versicherten.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 20j – Präexpositionsprophylaxe

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch den neuen § 20j sollen Versicherte mit erhöhtem HIV-Infektionsrisiko einen Anspruch auf ärztliche Beratung, erforderliche Untersuchungen und Versorgung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zur HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) erhalten. Damit soll die gesetzliche Grundlage für die Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln zur Präexpositionsprophylaxe zur Verhütung einer Ansteckung mit HIV bei Anwendung der entsprechenden zugelassenen Arzneimittel geschaffen werden. Die Partner des Bundesmantelvertrages sollen beauftragt werden, innerhalb von drei Monaten nach dem Inkrafttreten des Gesetzes eine Vereinbarung im Rahmen des Bundesmantelvertrags zu erarbeiten, die den Kreis der Anspruchsberechtigten sowie die Voraussetzungen zur Ausführung der Leistungen näher bestimmt. Anschließend ist der einheitliche Bewertungsmaßstab durch den Bewertungsausschuss zu prüfen und innerhalb eines Monats anzupassen. Das Bundesministerium für Gesundheit will die Wirkung der Verordnung der Präexpositionsprophylaxe bis Ende 2020 evaluieren. In der Gesetzesbegründung wird erläutert, dass die Beratungsleistungen und zwingend erforderlichen Untersuchungsleistungen für eine Präexpositionsprophylaxe neue Leistungen wären, die extrabudgetär zu finanzieren sind.

B) Stellungnahme

Eine HIV-Präexpositionsprophylaxe wird in aktuellen Leitlinien für Personen empfohlen, die einem substantiellen HIV-Infektionsrisiko unterliegen (z. B. in den Deutsch-Österreichischen Leitlinien zur HIV-Präexpositionsprophylaxe, V.1 vom 24.5.2018, Klassifikation: S2k, AWMF-Register-Nr.: 055-008). Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) befürwortet sie als zusätzliche Option in Verbindung mit anderen Präventionsansätzen (Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV, September 2015).

In der vorgeschlagenen Regelung des § 20j wird jedoch nicht auf den Begriff des substantiellen HIV-Infektionsrisikos Bezug genommen, verwiesen wird auf ein nicht näher definiertes, erhöhtes HIV-Infektionsrisiko. Im Sinne der Klarheit der Regelung wäre eine Formulierung des Anspruchs zu bevorzugen, die entweder Bezug auf bestehende Definitionen nimmt oder eine hinreichend klare Beschreibung der Anspruchsgrundlagen vornimmt. Aktuell bleibt diese Gleichsetzung der vorgesehenen Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband und Kassenärztlicher Bundesvereinigung vorbehalten.

Für diese Stellungnahme geht der GKV-Spitzenverband davon aus, dass unter einem erhöhten Risiko ein substantielles Risiko im Sinne der WHO verstanden wird.

Unter einem substantiellen Risiko wird übereinstimmend eine Situation verstanden, in der eine HIV-Inzidenz von mehr als 3 pro 100 Personenjahren ohne Zugang zur PrEP besteht. Dies betrifft insbesondere MSM oder Transgender-Personen mit der Angabe von analem Sex ohne Kondom bzw. einer STI in den letzten 12 Monaten sowie serodiskordante Konstellationen mit einer/m virämischen HIV-positiven Partner/in. Darüber hinaus könne auch individuell ein substantielles Risiko bestehen, insbesondere bei Menschen mit Sex ohne Kondom mit Partnerinnen oder Partnern, bei denen eine undiagnostizierte HIV-Infektion wahrscheinlich ist und bei drogeninjizierenden Personen ohne Gebrauch steriler Injektionsmaterialien.

Auch wenn diese Empfehlungen eindeutig und gleichgerichtet sind, sollte aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes in diesem Zusammenhang Folgendes bedacht werden:

Unbestritten ist die Verwendung von Kondomen der beste Schutz vor einer HIV-Infektion (z. B. <http://www.who.int/hiv/topics/condoms/en/>, <https://www.aidshilfe.de/kondome-schuetzen>). Daran erneut zu erinnern ist nicht nur deshalb wichtig, weil mit Kondomen eine günstige Möglichkeit besteht, aktiv den Eintritt einer HIV-Erkrankung zu verhindern, sondern auch, da in der beschriebenen Risikoabschätzung die korrekte Verwendung von Kondomen das Vorhandensein eines substantiellen HIV-Infektionsrisikos ausschließt. Dennoch ist die Versorgung mit Kondomen – obwohl noch deutlich kostengünstiger als die PrEP – nicht als Leistung der GKV vorgesehen. Es ist zu diskutieren, inwiefern bei bekanntermaßen bestehendem und dem Versicherten bewusstem, akutem Risiko der Verzicht auf Kondome mit der Eigenverantwortung der Versicherten nach § 1 SGB V vereinbar ist.

Hinzu kommt, dass Kondome im Gegensatz zur PrEP auch vor weiteren sexuell übertragbaren Erkrankungen schützen. Erste Erfahrungen aus zwei Bundesstaaten Australiens, in denen durch öffentlich finanzierte Projekte eine flächendeckende Versorgung mit PrEP ermöglicht wurde, deuten darauf hin, dass sich unter PrEP die Verwendung von Kondomen verringert (Holt et al., *The Lancet HIV* 2018). Aktuelle Studien und Metaanalysen bestätigen dies und zeigen zusätzlich eine Erhöhung der Raten anderer sexuell übertragbarer Erkrankungen unter den Verwendern einer PrEP (Traeger et al., *Clinical Infectious Diseases* 2018; Nguyen et al., *AIDS* 2018). Eine Präventionsmaßnahme, die aufgrund einer Änderung des Risikoverhaltens die Verbreitung anderer Erkrankungen fördert (zumal auch für diese in den letzten Jahren vermehrt Schwierigkeiten in der Behandlung berichtet wurden), ist kritisch zu betrachten.

Die Leitlinien betonen darüber hinaus die Wichtigkeit einer adäquaten HIV-Therapie. Dies wirkt sich auch auf die Sexualpartner HIV-infizierter Patientinnen und Patienten aus, da aktuelle Untersuchungen starke Hinweise darauf geben, dass durch eine Suppression der Virus-

replikation durch eine adäquat durchgeführte antiretrovirale Therapie das Risiko einer Übertragung von HIV minimiert werden kann (Daar & Corado: JAMA 2016, Rodger et al., JAMA 2016, Stellungnahme der Deutschen AIDS-Gesellschaft zur Frage der Infektiosität von Patienten unter HIV-Therapie). Insofern kommt dem Erreichen der 90-90-90 Ziele von UN-AIDS vermutlich eine größere Bedeutung zu als der PrEP.

Die Beschreibung der Personengruppen, bei denen von einem substantiellem Infektionsrisiko ausgegangen werden muss, steht außerdem im Widerspruch zur arzneimittelrechtlichen Zulassung des einzigen bisher für die on-label Durchführung der PrEP infrage kommenden Produkts Truvada® (Emtricitabin/Tenofoviridisoproxil):

„Truvada wird in Kombination mit Safer-Sex-Praktiken für die Prä-Expositions-Prophylaxe zur Reduktion des Risikos einer sexuell erworbenen HIV-1-Infektion bei Erwachsenen und Jugendlichen mit hohem HIV-Risiko angewendet (siehe Abschnitte 4.2, 4.4 und 5.1).“

Demnach ist die regelmäßige und korrekte Verwendung eines Kondoms Voraussetzung für die Anwendung von Truvada® zur PrEP. Die Verwendung der PrEP durch Personen mit ungeschütztem Geschlechtsverkehr ist ausdrücklich nicht Teil der Population, für die seitens der Zulassungsbehörde ein positives Nutzen-Risiko-Verhältnis festgestellt wurde. Eine Behandlung dieser Personengruppen erfolgte daher off-label. Es erscheint nicht zielführend, einen Anspruch auf PrEP im Sozialgesetzbuch zu verankern, der aufgrund vorrangiger Regelungen aktuell zu Lasten der GKV nicht erfüllt werden kann.

Auch wenn bisher nur vereinzelte Fallberichte existieren, wonach es unter einer PrEP zu einer HIV-Infektion gekommen ist, scheint klar, dass eine essentielle Voraussetzung hierfür eine ausreichende Adhärenz der Behandelten ist. Sofern es beispielweise aufgrund unzureichender Adhärenz zu einer HIV-Infektion gekommen ist, stellt Truvada® allein kein vollständiges HIV-1-Behandlungsschema dar. Bei Personen mit unentdeckter HIV-1-Infektion, die nur Truvada® einnahmen, ist es zu HIV-1-Resistenzmutationen gekommen. Eine breite Anwendung von Truvada® in der PrEP erhöht das Risiko, dass behandelte Personen die notwendige Therapietreue vermissen lassen und somit schlimmstenfalls eine Zirkulation resistenter Virenstämme ermöglichen. Dies wiederum gefährdet mittelfristig die Effektivität der Behandlung HIV-infizierter Personen. Auch deshalb erscheint es sinnvoll, anderen Präventionsmethoden unbedingten Vorrang zu geben. Die Personen jedoch, für die eine PrEP als adäquat angesehen wird, bedürfen zwingend einer ärztlichen Beratung sowie regelmäßiger Kontrolluntersuchungen. Nur so können Sicherheit und Effektivität der Präexpositionsprophylaxe garantiert werden und gleichzeitig unerwünschten Effekten auf HIV-Therapien vorgebeugt werden.

Der GKV-Spitzenverband regt deshalb an, die Beratung zur PrEP und die Kontrolluntersuchungen als GKV-Leistung in § 20j SGB V zu verankern.

Wesentliche Leistungen im Zusammenhang mit der PrEP sind im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgebildet (z. B. Laboruntersuchungen). Der Bewertungsausschuss soll jedoch bis zu einer noch festzulegenden Frist eine Anpassung des EBM mit dem Ziel der Abbildung einer spezifischen, einmaligen Beratungsleistung im Abschnitt 30.10 des EBM sowie ggf. die Anpassung der geltenden Abrechnungsregelungen prüfen.

In Analogie zu anderen Leistungsbereichen wie beispielsweise der Empfängnisverhütung oder der Arzneimitteltherapien, bei denen die Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht, sollten die Arzneimittelkosten jedoch nicht umfasst sein. Diese bewegen sich bei Apothekenverkaufspreisen von aktuell (Stand 01.08.2018) € 69,90 für 30 Stück (entsprechend Tagestherapiekosten von € 2,33) in einem Bereich, in dem diese der Eigenverantwortung der Versicherten zugeordnet werden können. Dies würde auch die PrEP den alternativen Präventionsmethoden gleichstellen, die nicht zu Lasten der Solidargemeinschaft verordnungsfähig sind.

C) Änderungsvorschlag

Artikel I, Nr. 10 ist wie folgt zu fassen:

(1) Versicherte mit einem ~~erhöhten~~ substantiellen HIV-Infektionsrisiko, die älter als 16 Jahre sind, haben Anspruch auf ärztliche Beratung über Fragen der medikamentösen Präexpositionsprophylaxe zur Verhütung einer Ansteckung mit HIV. Hierzu zählen auch die bei Anwendung der dafür zugelassenen Arzneimittel erforderlichen Untersuchungen sowie die Verordnung dieser Arzneimittel. Der Bewertungsausschuss prüft eine Anpassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) hinsichtlich der Abbildung einer Beratungsleistung und Regelungen zur Abrechnung ~~Das Nähere zum Kreis der Anspruchsberechtigten und zu den Voraussetzungen für die Ausführung der Leistungen vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zweiten/dritten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] und beschließt ggf. eine Anpassung des EBM mit Wirkung zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierten/fünften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats]~~ ~~als Bestandteil der Bundesmantelverträge. Auf Grundlage der Vereinbarung hat der Bewertungsausschuss den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zu überprüfen und spätestens innerhalb eines Monats nach Abschluss der Vereinbarung nach Satz 3 anzupassen.~~

~~(2) Versicherte nach Absatz 1 haben nach Beratung Anspruch auf Versorgung mit verschreibungspflichtigen Mitteln zur Präexpositionsprophylaxe. § 31 Absatz 2 bis 4 gilt entsprechend.~~

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 33 von 299

~~(3)~~ (2) Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Wirkungen der ärztlichen Verordnung der Präexpositionsprophylaxe auf das Infektionsgeschehen bis Ende 2020 nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11 Buchstabe a)

§ 27a – Künstliche Befruchtung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der beabsichtigten Neuregelung soll der Anspruch von Versicherten auf Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe im Rahmen der künstlichen Befruchtung in den Fällen erweitert werden, in denen eine Krebserkrankung zu einem Fertilitätsverlust führen könnte. In diesem Zusammenhang sollte redaktionell ergänzt werden, dass die Behandlung einer Krebserkrankung zu einem drohenden Fertilitätsverlust führen kann und nicht bereits die Erkrankung selbst den Leistungsanspruch auslöst.

B) Stellungnahme

Der Vorschlag zur Erweiterung des Leistungsanspruchs der künstlichen Befruchtung um die Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe in Fällen, in denen eine Krebserkrankung zu einem Fertilitätsverlust führen könnte, wird unterstützt. In diesem Zusammenhang sollte redaktionell ergänzt werden, dass die Behandlung einer Krebserkrankung zu einem drohenden Fertilitätsverlust führen kann und nicht bereits die Erkrankung selbst den Leistungsanspruch auslöst.

Die Frage des Zeitpunkts, bis zu welchem ein Anspruch auf Kryokonservierung besteht, sowie der zeitlichen Dauer der Lagerung sollte unmissverständlich im Gesetz geregelt werden. Da die Kryokonservierung von Ei- und Samenzellen sowie Keimzellgewebe mit der Zielsetzung verbunden ist, eine zukünftige künstliche Befruchtung zu ermöglichen, erscheint eine Orientierung an den Altersgrenzen nach § 27a Abs. 3 Satz 1 2. Halbsatz SGB V sachgerecht. Die Altersgrenze sollte sich dabei sowohl darauf beziehen, bis zu welchem Alter – verbunden mit dem Eintritt der Krebserkrankung – Versicherte die Möglichkeit haben entsprechende Körperzellen einfrieren zu lassen als auch bis zu welchem Alter die kryokonservierten Ei- oder Samenzellen bzw. das Keimzellgewebe zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zu lagern ist. Sofern bei der Feststellung der Krebserkrankung allerdings schon absehbar ist, dass aufgrund des Zeitpunktes der Erkrankung und der daraus resultierenden Behandlungsdauer bzw. damit verbundener medizinischer Einschränkungen eine künstliche Befruchtung vor Erreichen der benannten Altersgrenzen nicht realisiert werden kann, wäre die Kryokonservierung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung – aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots gemäß § 12 Abs. 1 SGB V – konsequenterweise abzulehnen. Die Bezugnahme auf eine Mindestaltersgrenze, entsprechend § 27a Abs. 3 Satz 1 1. Halbsatz SGB V, ist vor dem Hin-

tergrund, dass Krebserkrankungen mit Behandlungsfolgen, die zu einem Fertilitätsverlust führen können, auch vor dem 25. Lebensjahr auftreten können, nicht angebracht.

Sichergestellt werden muss, dass die Inanspruchnahme der Kryokonservierung und die hiervon umfasste Entnahme, Aufbereitung, das spätere Auftauen sowie insbesondere die Lagerung der Ei- oder Samenzellen bzw. des Keimzellgewebes im Rahmen des Sachleistungsprinzips erfolgen kann.

C) Änderungsvorschläge

Die Änderung zu Artikel 1 Nr. 11a) wird folgendermaßen ergänzt:

In Satz 1 werden nach dem Wort „wegen“ die Wörter „der Behandlung“ eingefügt.

Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 angefügt:

„Absatz 3 Satz 1 zweiter Halbsatz gilt entsprechend.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) vom 23.07.2018
Seite 36 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11 Buchstabe b)

§ 27a – Künstliche Befruchtung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige § 27a Abs. 4 SGB V wird zu § 27a Abs. 5 SGB V.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund des neu geschaffenen § 27a Abs. 4 SGB V.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11 Buchstabe c)

§ 27a – Künstliche Befruchtung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Neuregelung soll der Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses erweitert werden. In den Richtlinien nach § 92 SGB V sollen neben den medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Maßnahmen nach § 27a Abs. 1 SGB V auch die medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Kryokonservierung gemäß § 27a Abs. 4 (neu) SGB V beschlossen werden.

B) Stellungnahme

Die Erweiterung des Auftrags des Gemeinsamen Bundesausschusses in Bezug auf die Kryokonservierung gemäß § 27a Abs. 4 (neu) SGB V ist sachgerecht und zu begrüßen.

In Bezug auf die Regelungskompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses ist jedoch eine Folgeänderung in § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 10 SGB V erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderung zu Artikel 1 Nr. 11c) wird folgendermaßen ergänzt:

In § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 10 werden hinter „Absatz 1“ folgende Wörter angefügt:

„sowie die Kryokonservierung nach § 27a Absatz 4“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 38 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 28 Abs. 1 Satz 3 - Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bereinigung einer gegenstandslos gewordenen Fristangabe für die bereits umgesetzte erstmalige Festlegung delegationsfähiger Leistungen durch die Bundesmantelvertragspartner bis zum 31. Juni 2012.

B) Stellungnahme

Die Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13

§ 29 Abs. 5 (neu) – Kieferorthopädische Behandlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Bereich der Kieferorthopädie wird eine Mehrkostenregelung eingeführt. Dabei werden die wesentlichen Regelungen aus der Vereinbarung zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und dem Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden (BDK) zur Gewährleistung einer geordneten und transparenten Vereinbarung, Erbringung und Abrechnung von zahnärztlichen Mehr- und Zusatzleistungen sowie außervertraglicher Leistungen im Zusammenhang mit kieferorthopädischen Behandlungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung in das Gesetz übernommen. Es wird definiert, welche Arten von mehrkostenfähigen Leistungen es im Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung geben kann (Mehrleistungen, Zusatzleistungen). Neu ist, dass den Bundesmantelvertragspartnern aufgegeben wird, einen Katalog der typischerweise anfallenden Mehrleistungen zu vereinbaren. Nach dem Vorbild der in der Vereinbarung zwischen KZBV und BDK vorgegebenen Formulare haben die Bundesmantelvertragspartner für die erforderlichen Aufklärungs- und Informationspflichten des Zahnarztes über die mit den Behandlungsalternativen verbundenen Kosten einheitliche Formulare zu vereinbaren. Zur Einhaltung der Informationspflichten durch den Zahnarzt ist vorgesehen, dass die KZVen diese anlassbezogen überprüfen.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Gesetzesänderung zur Einführung einer Mehrkostenregelung im Bereich der Kieferorthopädie führt zu einer weiteren Aushöhlung des Sachleistungsprinzips in der GKV. Damit wird die Möglichkeit der Krankenkassen die Versorgung sowohl in Bezug auf die Qualität als auch in Bezug auf die Preisgestaltung der Leistungen aktiv zu gestalten, weiter reduziert. Die finanzielle Belastung der Versicherten, in diesem Fall überwiegend Familien mit Kindern, wird weiter befördert. Aus diesem Grund spricht sich der GKV-Spitzenverband gegen eine Ausdehnung der Mehrkostenregelung auf weitere Bereiche in der GKV, in diesem Fall die Kieferorthopädie, aus. Der bewährte Leistungskatalog und das Sachleistungsprinzip müssen auch zukünftig die Grundlagen der zahnmedizinischen Versorgung der GKV in Deutschland sein.

Im Übrigen ist die vorgeschlagene Gesetzesformulierung an einigen Stellen unklar. Im Referentenentwurf wird zwischen Mehrleistungen und Zusatzleistungen unterschieden. Mehrleistungen sind solche zahnärztlich kieferorthopädischen Leistungen, die nach ihrer Art im BEMA erfasst sind und sich lediglich in der Durchführungsart oder durch die eingesetzten Behand-

lungsmittel unterscheiden. Zusatzleistungen sind solche zahnärztlich-kieferorthopädischen Leistungen, die außerhalb des BEMA stehen. Für die Mehrleistungen ist geregelt, dass der Versicherte nur die Differenz zwischen den Kosten der Mehrleistung und den Kosten für die vergleichbare im BEMA enthaltene Leistung zu tragen hat. Zusatzleistungen sind dagegen vollständig von dem Versicherten aus eigenen Mitteln zu tragen. Insbesondere der Umgang mit den Zusatzleistungen wird in der Praxis zu Problemen führen, da nicht geklärt ist, welche „Regelleistung“ im BEMA der Zusatzleistung gegenüber steht. Grund hierfür ist, dass keine sog. „Regelleistung“ im Bereich der Kieferorthopädie definiert ist. So stellt sich die Frage, ob dem Versicherten z. B. bei Wahl eines Unterkiefer-Frontzahnretainers außerhalb der vertragszahnärztlichen Versorgung die Kosten für das herausnehmbare Retentionsgerät erstattet werden. Für den von den Bundesmantelvertragspartnern zu vereinbarenden Katalog der typischerweise anfallenden Mehrleistungen und für die Zusatzleistungen, mangelt es für den Fall einer Nichteinigung an einer Konfliktlösung. Die bisherigen Erfahrungen insbesondere zum Leistungsinhalt festsitzender Versorgungen zeigen, dass eine Einigung über einen solchen Katalog schwierig zu erzielen sein wird. Der GKV-Spitzenverband schlägt daher vor, dass der Bewertungsausschuss die genauen Inhalte des Katalogs der Mehrleistungen und Zusatzleistungen festsetzt und ggf. zur Abgrenzung zwischen Mehrleistung und Vertragsleistung eine Leistungskonkretisierung der im BEMA enthaltenen Leistungen vornimmt.

Nach Satz 5 des Gesetzesvorschlags ist der Versicherte über die mit den Behandlungsalternativen gegebenenfalls für ihn verbundenen Kosten zu informieren. Dabei bleibt offen, in welcher Detailschärfe dies zu geschehen hat. Zur Klarstellung sollten daher die genauen Einzelheiten dieser Information in den Gesetzestext aufgenommen werden.

Weiterhin ist im Gesetzentwurf nicht vorgesehen, dass die Krankenkassen über die geplanten Mehr- und Zusatzleistungen informiert werden. Vor dem Hintergrund, dass der Bundesrechnungshof in seiner Prüfungsmitteilung über die Prüfung der Leistungen für Kieferorthopädie dem BMG und dem GKV-Spitzenverband aufgegeben hat, zu prüfen, ob die Kieferorthopäden nicht verpflichtet werden können, den Krankenkassen die angebotenen Mehrleistungen mitzuteilen, hält der GKV-Spitzenverband die Aufnahme einer Regelung, nach der die geplanten Mehr- und Zusatzleistungen auch an die Krankenkassen zu übermitteln sind, für geboten. Die Krankenkassen könnten dann ihre Versicherten zu Vor- und Nachteilen der angebotenen Mehrleistungen beraten und hätten einen Einblick in das tatsächliche Versorgungsgeschehen. In dem jetzt vorliegenden Gesetzesentwurf ist eine Mitteilung an die Krankenkassen über die bei dem jeweiligem Versicherten geplanten Mehrleistungen und Zusatzleistungen nicht vorgesehen. Der GKV-Spitzenverband schlägt daher vor, dass zum Schutze des Versicherten und damit die Krankenkassen ihrer Beratungs- und Aufklärungspflicht nachkommen können, das

Gesetz um eine solche Regelung ergänzt wird. Gleichzeitig würde damit die Transparenz über das Versorgungsgeschehen hergestellt.

Falls die Einführung einer Mehrkostenregelung im Bereich der Kieferorthopädie trotz der zunehmenden finanziellen Belastung für die Versicherten dennoch erfolgen sollte, schlägt der GKV-Spitzenverband vor, § 29 Abs. 5 wie unten angegeben zu formulieren.

Vor der geplanten Einführung einer Mehrkostenregelung für kieferorthopädische Leistungen wäre der Argumentation des Bundesrechnungshofes zu folgen und der Nutzen der GKV-Versorgung in der Kieferorthopädie zu hinterfragen. Ein entsprechender Auftrag zur Umsetzung der Maßnahme wäre in § 29 Abs. 4 zu verorten.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 4 werden die folgenden Sätze 3 und 4 angefügt:

„Inhalt und Umfang der kieferorthopädischen Versorgung ist in geeigneten Zeitabständen zu überprüfen und an die zahnmedizinische Entwicklung anzupassen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Maßnahmen in Satz 3 erstmalig bis zum 31.12.2021 umzusetzen.“

Absatz 5 wird wie folgt neu gefasst:

„(5) ¹Wählen Versicherte im Falle von kieferorthopädischen Behandlungen Leistungen, die den im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildeten kieferorthopädischen Leistungen vergleichbar sind und sich lediglich in der Durchführungsart oder durch die eingesetzten Behandlungsmittel unterscheiden (Mehrleistungen), haben die Versicherten die durch diese Mehrleistungen entstehenden Mehrkosten selbst zu tragen. ²In diesen Fällen ist von den Krankenkassen die vergleichbare im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildete kieferorthopädische Leistung nach Satz 1 als Sachleistung abzurechnen; die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend. ³Der Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen beschließt bis zum 31.12.2022 die Mehrleistungen nach Satz 1. Er kann solche nicht im Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen abgebildete kieferorthopädische Leistungen benennen, die nicht als Mehrleistungen anzusehen sind (Zusatzleistungen). ⁴Soweit es zur Abgrenzung zwischen Mehrleistung und den im einheitlichen Bewertungsmaßstab enthaltenen kieferorthopädischen Leistungen erforderlich ist, konkretisiert der Bewertungsausschuss die im einheitlichen Bewertungsmaßstab abgebildete kieferorthopädische Leistung. ⁵Werden im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung neben kieferorthopädischen Leistungen, die im Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildet sind, Mehrleistungen oder Zusatzleistungen erbracht, ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu

treffen, in der die von der Krankenkasse zu tragenden Kostenanteile und die vom Versicherten zu tragenden Kostenanteile aufgeschlüsselt nach Leistungen transparent aufgeführt und gegenübergestellt werden.⁶Hiermit ist eine schriftliche Erklärung des Versicherten zu verknüpfen, dass er über die in Betracht kommenden Behandlungsalternativen einschließlich einer auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen erfolgenden zuzahlungsfreien Behandlung sowie über die mit den Behandlungsalternativen gegebenenfalls für ihn verbundenen Kosten informiert worden ist. ⁷Dabei sind für die Behandlungsalternativen die Gebührennummer, die Leistungsbeschreibung und der voraussichtliche Gebührensatz anzugeben.⁸Die Bundesmantelvertragspartner vereinbaren für die schriftliche Vereinbarung nach Satz 5 und die Erklärung des Versicherten nach Satz 6 verbindliche Formularvordrucke und bestimmen den Zeitpunkt, ab dem diese hinsichtlich der Maßnahmen nach den Sätzen 5 und 6 verbindlich zu verwenden sind. ⁹Vor Beginn der Behandlung prüft die Krankenkasse die geplanten kieferorthopädischen Leistungen, einschließlich der vereinbarten Mehrleistungen und Zusatzleistungen, sowie deren voraussichtliche Kosten und genehmigt bei bestehender Behandlungsnotwendigkeit die geplante kieferorthopädische Behandlung.¹⁰Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen überprüfen anlassbezogen die Einhaltung der Pflichten aus den Sätzen 5 und 6. ¹¹Zu diesem Zweck ist der behandelnde Zahnarzt verpflichtet, den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen auf Verlangen die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen nach den Sätzen 5 und 6 vorzulegen. ¹²Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen dürfen die in diesen Unterlagen enthaltenen Daten nur für die Prüfung nach Satz 10 verarbeiten. ¹³Soweit es für die Prüfung der Einhaltung der Informations- und Aufklärungspflichten aus den Sätzen 5 und 6 sowie zur Nachvollziehbarkeit der vereinbarten Mehr- und Zusatzkosten erforderlich ist und der Versicherte schriftlich oder elektronisch gegenüber dem behandelnden Zahnarzt eingewilligt hat, können die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen behandlungs- und rechnungsbegründende Unterlagen von den behandelnden Zahnärzten anfordern. ¹⁴Die behandelnden Zahnärzte sind insofern zur Datenübermittlung verpflichtet.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 43 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

§ 31a Abs. 1 Satz 1 – Medikationsplan

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bereinigung einer gegenstandslos gewordenen Fristangabe für den Anspruch von Versicherten auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans ab dem 01. Oktober 2016.

B) Stellungnahme

Die Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 44 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15

§ 33 Abs. 9 Satz 3 - Hilfsmittel

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachlich richtige Verweiskorrektur.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16

§ 35a – Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber beabsichtigt, den Gemeinsamen Bundesausschuss dazu zu verpflichten, Beschlüsse nach § 35a Absatz 3 ins Englische zu übersetzen sowie innerhalb eines Monats nach Beschlussfassung eine Zusammenfassung der tragenden Gründe – fokussiert auf die medizinisch-wissenschaftlichen Aspekte zu den einzelnen Endpunkt-Kategorien sowie zusammenfassend zu dem Gesamtzusatznutzen je Patientengruppe – ebenfalls in englischer Sprache zu veröffentlichen. Zweck der Änderung sei es, auch die internationale Öffentlichkeit über die Beschlüsse zu informieren sowie insbesondere anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union, die Möglichkeit zu eröffnen, die darin enthaltene Information auch im Rahmen der von ihnen durchgeführten nationalen Verfahren zur Gesundheitstechnologiebewertung zu verwenden.

B) Stellungnahme

Vor dem Hintergrund, dass Englisch sowohl im medizin-wissenschaftlichen wie im wirtschaftlichen Kontext die vorherrschende Arbeitssprache ist, gewährleistet die Regelung die internationale Rezipierbarkeit der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses. Zusammenfassungen von HTA-Bewertungen englischer Sprache werden auch in anderen Ländern in englischer Sprache veröffentlicht. Die Regelung erscheint insofern zeitgemäß und sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17

§ 37b – Berichtspflicht über die Entwicklung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Datum für die erstmalige Abgabe des im 3-Jahresturnus abzugebenden Berichtes wird gestrichen.

B) Stellungnahme

Da der erstmalige Bericht fristgemäß abgegeben wurde, ist die Streichung sachlogisch.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18 Buchstaben a) und b)

§ 39 Abs. 1a – Entlassmanagement

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Neuregelung handelt es sich um eine Folgeregelung zur beabsichtigten Einführung einer einheitlichen sektorübergreifenden Konfliktlösung in § 89a SGB V. Demgemäß soll der bisherige Satz 9 nach dem ersten Halbsatz enden und der Konfliktlösungsmechanismus wird nachfolgend unter Verweis auf das neue sektorübergreifende Schiedsamt gemäß § 89a gesondert formuliert. Das bislang ebenfalls in Satz 9 enthaltene Anrufungsrecht des BMG wird in ein Anrufungsrecht der Aufsichtsbehörden in § 89a Absatz 3 Satz 2 überführt.

B) Stellungnahme

Es wird verwiesen auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 46 (Einführung eines sektorübergreifenden Schiedsgremiums).

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19 Buchstaben a) und b)

§ 39a – Frist Über- bzw. Neuarbeitung Rahmenvereinbarungen zur stationären Hospizversorgung und ambulanten Hospizdiensten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Datum für die Über- bzw. Neuarbeitung der Rahmenvereinbarung zur stationären (Kinder-) Hospizversorgung sowie zur Förderung ambulanter Hospizdienste wird gestrichen.

B) Stellungnahme

Da der gesetzliche Auftrag bereits umgesetzt wurde, ist die Streichung der Fristen sachlogisch.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 49 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20

§ 39b Abs. 2 – Frist Erarbeitung Regelungen zur Beratung über persönliche Vorsorge

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Datum für die Erarbeitung von Regelungen des GKV-Spitzenverbandes zu den Möglichkeiten der persönlichen Vorsorge wird gestrichen.

B) Stellungnahme

Da der gesetzliche Auftrag bereits umgesetzt wurde, ist die Streichung der Fristen sachlogisch.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21 Buchstabe a)

§ 40 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die jetzige Regelung, dass im Falle einer Nichteinigung über den Rahmenvertrag zum Entlassmanagement jede Vertragspartei das erweiterte Bundesschiedsamt nach § 118a Abs. 2 SGB V zu einer Entscheidung anrufen kann, wird geändert. Im Falle einer Nichteinigung über den Rahmenvertrag soll zukünftig eine Entscheidung über das neu einzurichtende sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a SGB V herbeigeführt werden.

B) Stellungnahme

Folgeänderung zur beabsichtigten Schaffung eines sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene in § 89a SGBV. Auf die Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 46 und den dort dargestellten Änderungsbedarf wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 21 Buchstabe b)

§ 40 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Meldepflicht der Krankenkassen an ihre Aufsichtsbehörde über Ausgleichszahlungen an die Pflegekasse bei zu spät erbrachten Rehabilitationsleistungen soll entfallen. § 40 Abs. 3 Satz 8 SGB V soll ersatzlos gestrichen werden.

B) Stellungnahme

Krankenkassen müssen der Pflegekasse einen Betrag in Höhe von 3.072 € für pflegebedürftige Versicherte zahlen, für die innerhalb von 6 Monaten keine notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht werden (§ 40 Abs. 3 Satz 6 SGB V). Über diese Fälle hat die Krankenkasse nach § 40 Abs. 3 Satz 8 SGB V ihrer Aufsichtsbehörde jährlich zu berichten. Da den Aufsichtsbehörden für die Jahre 2010 bis 2016 nur vier Fälle gemeldet wurden, soll die Berichtspflicht aus Gründen der Verwaltungsökonomie und des Bürokratieabbaus entfallen.

Die beabsichtigte Neuregelung ist aus den vorgenannten Gründen zu begrüßen. Da offensichtlich in nur sehr wenigen Ausnahmefällen notwendige Rehabilitationsleistungen innerhalb von 6 Monaten nicht erbracht wurden, sollte in der Folge nicht nur die Berichtspflicht, sondern auch die ihr zugrunde liegende Regelung der Ausgleichszahlung der Krankenkasse an die Pflegekasse ganz entfallen. Denn nach § 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX beträgt die Frist für die Entscheidung über einen Antrag auf Teilhabeleistungen durch den Rehabilitationsträger generell nur drei Wochen, sofern für die Prüfung des Leistungsantrages kein Gutachten eingeholt werden muss.

C) Änderungsvorschlag

Nr. 21b des Referentenentwurfs soll wie folgt gefasst werden:

Absatz 3 Sätze 6 bis 8 werden aufgehoben.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22 Buchstabe a)

§ 44 – Krankengeld

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es soll in Absatz 2 klargestellt werden, dass hauptberuflich selbständig Erwerbstätige unabhängig davon, ob sie aufgrund einer freiwilligen oder versicherungspflichtigen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, eine Wahlerklärung abgeben können, dass die Mitgliedschaft den Krankengeldanspruch umfassen soll.

B) Stellungnahme

Die gesetzliche Klarstellung, dass hauptberuflich selbständig Erwerbstätige unabhängig von der Art ihrer Mitgliedschaft die Möglichkeit zur Abgabe einer Wahlerklärung und damit einer Wahl des Krankengeldanspruchs haben, wird unterstützt.

Da nicht ersichtlich war, warum hauptberuflich selbständig Erwerbstätige abhängig von der Art ihrer Mitgliedschaft nur eine Wahlerklärung abgeben konnten, sorgt die gesetzliche Klarstellung für die notwendige Rechtssicherheit.

C) Änderungsvorschläge

keine

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22 Buchstabe b)

§ 44 – Krankengeld

A) Beabsichtigte Neuregelung

Um eine missbräuchliche Gestaltung des Krankengeldanspruchs auszuschließen, wird gesetzlich klargestellt, dass für den Zeitraum, in dem bereits Arbeitsunfähigkeit besteht, keine Abgabe der Wahlerklärung zur Absicherung des Krankengeldanspruchs möglich ist.

B) Stellungnahme

Die gesetzliche Klarstellung, dass eine Wahlerklärung nicht wirksam wird, sofern zum Zeitpunkt der Abgabe der Wahlerklärung bereits Arbeitsunfähigkeit vorliegt oder die Arbeitsunfähigkeit zwischen dem Tag der Abgabe und des Wirksamwerdens der Wahlerklärung eintritt, wird begrüßt.

Die gesetzliche Klarstellung entspricht der aktuellen Rechtsauffassung und Praxis der Krankenkassen, wonach eine Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld nicht rückwirkend bzw. mit Wirkung für eine bereits bestehende Arbeitsunfähigkeit abgeschlossen werden kann. Zur Vermeidung von unterschiedlichen Interpretationen sollte mit Blick auf die gesetzliche Intention, eine missbräuchliche Gestaltung des Krankengeldanspruchs zu vermeiden, in der Gesetzesbegründung zum Ausdruck gebracht werden, dass mit der Formulierung „zum Zeitpunkt einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit“ darauf abgestellt wird, ob bereits das Vorliegen einer zur Arbeitsunfähigkeit führenden Krankheit diagnostiziert ist und nicht auf den Zeitpunkt, an dem der Versicherte das Vorliegen der Arbeitsunfähigkeit ärztlich attestieren lässt.

Durch den bereits in § 45 Abs. 1 Satz 2 SGB V enthaltenen Verweis auf § 44 Abs. 2 SGB V wird derselbe Personenkreis, der keinen Anspruch auf Krankengeld hat, auch im Zusammenhang mit einer Erkrankung des Kindes vom Anspruch auf Kinderkrankengeld bisher ausgeschlossen. Die vorgesehene gesetzliche Regelung könnte aufgrund des direkten Bezuges auf das Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit jedoch dahingehend interpretiert werden, dass ein gleichartiger Ausschluss nicht für das Kinderkrankengeld gilt. Eine Klarstellung – zumindest im Rahmen der Gesetzesbegründung – sollte daher auch für diesen Bereich vorgesehen werden, insbesondere vor dem Hintergrund, dass das Kinderkrankengeld nach § 45 Abs. 4 SGB V ohne zeitliche Begrenzung zu gewähren ist.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 54 von 299

C) Änderungsvorschläge

§ 45 Abs. 1 SGB V wird um folgenden Satz 3 erweitert:

„§ 44 Absatz 2 Satz 3 n.F. gilt auch für die Erkrankung des Kindes.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23

§ 46 – Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die gesetzliche Regelung soll sichergestellt werden, dass Versicherten, deren Mitgliedschaft mit Anspruch auf Krankengeld vom lückenlosen Fortbestand des Anspruchs auf Krankengeld abhängig ist, bei verspäteter, aber nach Wegfall des Hinderungsgrundes unverzüglich Vorlage einer Folgearbeitsunfähigkeitsbescheinigung, das Krankengeld nicht vollständig und dauerhaft entfällt.

B) Stellungnahme

Die gesetzliche Klarstellung mit dem Ziel, die vom Status des Versicherten abzuleitenden unterschiedlichen gesetzlichen Konsequenzen für den Anspruch auf Krankengeld aufgrund einer verspäteten Ausstellung einer Folgebescheinigung zu harmonisieren, wird unterstützt. Die bisher vorgesehene gesetzliche Regelung trägt dem Anliegen jedoch nicht ausreichend Rechnung.

Nach § 46 Satz 1 SGB V entsteht der Anspruch auf Krankengeld bei Krankenhausbehandlung oder Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung von ihrem Beginn an; im Übrigen von dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit an. Der Anspruch auf Krankengeld bleibt jeweils bis zu dem Tag bestehen, an dem die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit ärztlich festgestellt wird, wenn diese ärztliche Feststellung spätestens am nächsten Werktag nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit erfolgt; Samstage gelten insoweit nicht als Werktage. Eine Folgebescheinigung muss daher spätestens am nächsten, auf den letzten Tag der zuvor bescheinigten (Erst-) Arbeitsunfähigkeit folgenden Arbeitstag, der ein Werktag ist, ausgestellt werden, um einen nahtlosen Bezug von Krankengeld zu gewährleisten. Eine verspätete Ausstellung hat in Abhängigkeit vom versicherungsrechtlichen Status unterschiedliche Konsequenzen. Besteht ein Beschäftigungsverhältnis, lebt der Anspruch nach der Feststellung wieder auf, während er bei fehlendem Beschäftigungsverhältnis dauerhaft entfallen kann.

Die nunmehr vorgesehene gesetzliche Formulierung „wenn die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit verspätet aber unverzüglich nach Wegfall des Hinderungsgrundes nachgewiesen wird“ nimmt ausschließlich Bezug auf den verspäteten Nachweis, welcher jedoch nach § 49 Abs. 1 Nr. 5 SGB V bereits mit einem Ruhen sanktioniert ist. In diesen Fallgestaltungen der ausschließlich verspäteten Vorlage entfällt daher nicht der Krankengeldanspruch.

Um der gesetzlichen Intention Rechnung zu tragen, eine Unterbrechung der Mitgliedschaft mit Anspruch auf Krankengeld aufgrund der verspäteten Ausstellung der Arbeitsunfähigkeit zu vermeiden und damit eine Gleichbehandlung der Versicherten zu erreichen, muss die vorgesehene Regelung anstelle des verspäteten Nachweises auf die verspätete Feststellung der Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet werden. Dem sollte zum einen durch eine Regelung zur Aufrechterhaltung des Anspruches und zum anderen durch Einführung eines neuen Ruhenstatbestandes Rechnung getragen werden. Für die Regelung zur Aufrechterhaltung des Anspruches auf Krankengeld wird es zur Vermeidung von Versorgungslücken mit besonderer Härte als ausreichend und zur Sicherstellung der verwaltungspraktikablen Umsetzbarkeit als notwendig angesehen, den Zeitraum einer verspäteten Feststellung der Arbeitsunfähigkeit auf längstens einen Monat zu begrenzen.

Gleichzeitig enthält der aktuelle Entwurf der Anpassung des § 46 SGB V unbestimmte Rechtsbegriffe, welche vermieden werden sollten, um Rechtssicherheit zu erreichen und unterschiedliche Interpretationen in der Praxis zu vermeiden.

C) Änderungsvorschläge

Nach § 46 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Für Versicherte, deren Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nummer 2 vom Bestand des Anspruches auf Krankengeld abhängig ist, bleibt der Anspruch auf Krankengeld auch bestehen, wenn die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit nicht rechtzeitig nach Satz 2, aber innerhalb eines Monats nach dem Ende der bisher bescheinigten Arbeitsunfähigkeit festgestellt wird; für die Dauer der Feststellungslücke gilt § 49 Absatz 1 Nummer 8 (n.F.).“

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

„solange die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit nicht rechtzeitig im Sinne von § 46 Sätze 2 und 3 festgestellt wurde.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches

Nr. 24

§ 49 – Ruhen des Krankengeldes

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Anrechnung des Verletztengeldbezuges bei der Feststellung der Leistungsdauer für das Krankengeld wird begrüßt.

Die gesetzliche Regelung ermöglicht es, die notwendige Systemabgrenzung zwischen der Krankenversicherung und der Rentenversicherung auch in Konstellationen mit einer Arbeitsunfähigkeit aufgrund eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit sachgerecht nachzuvollziehen. Die Systemabgrenzung erfolgt im gestaffelten Sozialversicherungssystem dahingehend, dass die Zuständigkeit zur Leistungserbringung durch die gesetzliche Krankenversicherung im Falle einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit erfolgt und bei einer dauerhaften Unfähigkeit zur Ausübung einer Erwerbstätigkeit die Zuständigkeit auf die gesetzliche Rentenversicherung übergeht. Liegt ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit vor, so besteht die Zuständigkeit zur Leistungserbringung bei der Unfallversicherung.

Das bei einer Arbeitsunfähigkeit zu leistende Verletztengeld entspricht hierbei von der Leistungsausrichtung dem Krankengeld und ist daher ebenfalls als Leistung bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit entsprechend bei der Systemabgrenzung zur Rentenversicherung einzuordnen. Eine Kumulierung der Ansprüche entspricht daher nicht der gewollten Systemabgrenzung zur Rentenversicherung und soll mit dem aktuellen Gesetzesvorschlag korrigiert werden.

Durch die aktuell vorgeschlagene Erweiterung der Ruhensvorschrift im § 49 SGB V um einen Tatbestand des Ruhens beim Bezug von Verletztengeld kann u.E. jedoch dieses Ziel nicht erreicht werden. So entsteht aufgrund des Ausschlusses nach § 11 Abs. 5 SGB V kein Anspruch auf Krankengeld, welcher dann zum Ruhen gebracht werden könnte. Um die avisierte Anrechnung zu ermöglichen und interpretationsfrei im Gesetz abzubilden, sollte anstatt der vorgesehenen Änderung des § 49 SGB V eine gesetzliche Regelung zur Berücksichtigung des Verletztengeldbezugs bei der Bestimmung der Dauer des Anspruchs auf Krankengeld direkt im § 48 SGB V vorgesehen werden.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 58 von 299

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 24 wird wie folgt gefasst:

§ 48 Abs. 3 wird um folgenden Satz 3 ergänzt:

„Satz 2 gilt nicht für Zeiten, in denen Anspruch auf Verletztengeld besteht.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25 Buchstabe a)

§ 50 – Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die beabsichtigte Folgeregelung zum Flexirentengesetz soll Versicherten, die die Regelaltersgrenze erreicht haben, nur dann ein Krankengeldanspruch ermöglicht werden, wenn statt der beanspruchbaren Altersvollrente eine Altersteilrente bis zur Höhe von zwei Dritteln der Altersvollrente gewählt wird.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung im § 50, welche die Rechtsfolge bei einem Verzicht des Versicherten auf Teile der Rente auf den Zustand vor dem Flexirentengesetz zurückführt, wird unterstützt.

Durch das Flexirentengesetz wurden für die Versicherten flexiblere Möglichkeiten für eine Wahl zwischen Altersvollrente und Altersteilrente eröffnet und es wurden die Hinzuverdienstmöglichkeiten bei gleichzeitigem Bezug einer Altersvollrente oder einer Altersteilrente neu geregelt. Die Möglichkeit, durch Verzicht auf einen beliebig kleinen Teil des Rentenanspruchs die Altersvollrente in eine Teilrente umzuwandeln und damit einen Anspruch auf die zusätzliche Entgeltersatzleistung Krankengeld zu generieren, wird nunmehr wieder sachgerecht an eine Mindestgrenze gekoppelt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25 Buchstabe b)

§ 50 – Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die beabsichtigte Folgeregelung zum Flexirentengesetz wird der rückwirkende Eintritt eines Krankengeldanspruchs durch Veränderungen des Hinzuverdienstes ausgeschlossen.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung im § 50, wodurch der rückwirkende Eintritt eines Krankengeldanspruchs durch Veränderungen des Hinzuverdienstes ausgeschlossen werden soll, wird begrüßt.

Durch das Flexirentengesetz wurden die Hinzuverdienstmöglichkeiten bei gleichzeitigem Bezug einer Teil- oder Vollrente wegen Alters neu geregelt. Durch die neu geschaffene Möglichkeit eines rückwirkenden Wechsels von einer Voll- in eine Teilrente oder von einer Teil- in eine Vollrente ergeben sich Auswirkungen auf den Krankengeldanspruch sowie die Beitragspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Ein rückwirkend entstehender Krankengeldanspruch kann aufgrund der gesetzlichen Dokumentationsanforderungen bzw. Ruhensregelungen kaum realisiert werden. Gleichwohl entstehen den Arbeitgebern und Krankenkassen unverhältnismäßige administrative Belastungen, weil zusammen mit dem rückwirkend entstehenden Krankengeldanspruch der Beitragssatz für diese Zeiträume unabhängig vom tatsächlichen Leistungsbezug korrigiert werden muss.

Die nunmehr vorgeschlagene gesetzliche Regelung beseitigt die vorgenannten Probleme.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 26

§ 51 – Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die beabsichtigte Regelung soll den Krankenkassen ein Aufforderungsrecht eingeräumt werden, wodurch Versicherte zur Antragstellung bei der Rentenversicherung zur Überprüfung des Hinzuverdienstes innerhalb von 4 Wochen aufgefordert werden können.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Folgeregelung zum Flexirentengesetz vermeidet vielfältige administrative Belastungen und Mehrkosten bei den Krankenkassen und wird daher begrüßt

Das Krankengeld stellt im Zusammenhang mit einer Rente keinen Hinzuverdienst dar. Hierdurch können, insbesondere durch die mit dem Flexirentengesetz eingeführte nachträgliche und flexible Beurteilung des Hinzuverdienstes, längere Zeiträume mit Erstattungsansprüchen und Rückabwicklungen zwischen Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern auftreten.

Der Krankenkasse liegen regelmäßig jedoch die Verdienstangaben für die Berechnung des Krankengeldes vor, weshalb prognostisch durch die Krankenkasse gut beurteilt werden kann, wann die Gefahr besteht, dass die Hinzuverdienstgrenze droht unterschritten zu werden und damit der Krankengeldanspruch rückwirkend entfällt.

Durch die Möglichkeit zur Aufforderung kann die Krankenkasse auf eine zeitnahe Überprüfung der Rente hinwirken und die durch eine veränderte Beurteilung sich ergebenden administrativen Belastungen durch z. B. Erstattungs- oder Rückabwicklungsverfahren für alle Verfahrensbeteiligten minimieren.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 27 Buchstaben a) b) c)

§ 55 – Leistungsanspruch

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die befundorientierten Festzuschüsse werden von bisher 50 Prozent auf 60 Prozent erhöht. Im Zuge dessen erfolgt auch eine Anhebung der Boni, wenn sich der Versicherte während der letzten 5 Jahre bzw. während der letzten 10 Jahre wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen, auf 70 bzw. 75 Prozent. Die Anhebung der befundorientierten Festzuschüsse macht auch eine Änderung der Härtefallregelung bzw. der „gleitenden Härtefallregelung“ erforderlich. Damit der sich aus Festzuschusshöhe und zusätzlichem Betrag ergebende Gesamtzuschuss nicht die Kosten der Zahnersatzversorgung übersteigt, wird der zusätzliche Betrag auf 40 Prozent begrenzt. Die Mehraufwendungen für die GKV werden auf 570 Millionen Euro geschätzt.

B) Stellungnahme

Die Besserstellung der Versicherten, die Zahnersatz benötigen, ist grundsätzlich zu begrüßen. Ob dies allerdings tatsächlich zu einer Entlastung der Versicherten führt, ist zweifelhaft. Vielmehr ist zu erwarten, dass der zusätzliche Zuschuss der Krankenkassen von den Zahnärzten dafür genutzt wird, den Versicherten vermehrt gleich- und andersartige Versorgungsleistungen anzubieten und damit der Anteil privat zu finanzierender Leistungen weiter steigt. Unter dem Strich wird die Erhöhung der Festzuschüsse an der Belastung der Versicherten nicht grundlegend etwas ändern.

Eine nachhaltige Entlastung der Versicherten lässt sich erreichen, wenn bis dato häufig als gleichartige Leistungen erbrachte Leistungen in die Regelversorgung aufgenommen werden, wie z. B. keramisch vollverblendete oder vollkeramische Kronen und Brücken. So wurden nach dem BARMER GEK Zahnreport aus dem Jahr 2013 über 80 Prozent der Kronen und über 60 Prozent der Brückenglieder im Rahmen der gleichartigen Behandlung erbracht und damit nach der GOZ abgerechnet. Es ist davon auszugehen, dass sich in den letzten fünf Jahren an diesen Werten nichts Grundlegendes geändert hat. Auf diese Weise würde sowohl die Versorgung verbessert als auch die finanzielle Belastung der Versicherten reduziert. Das vorgesehene Finanzvolumen sollte daher für eine Erweiterung der Regelversorgung genutzt werden.

Nach einer Erhöhung der Festzuschüsse, sollte nach drei Jahren durch das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert werden, ob die Erhöhung tatsächlich zu einer Entlastung der Versicherten in Höhe der durch die gesetzlichen Krankenkassen zur Verfügung gestellten Mittel geführt hat.

Sofern an den vorgesehenen Änderungen festgehalten wird, bedarf es zur Vermeidung von Rechtsunsicherheit einer über die in Artikel 1 Nr. 27 Buchstabe c) vorgesehenen Anpassungen hinausgehenden Folgeänderung in § 55 Abs. 3 SGB V. Da aus der Begründung zum Referentenentwurf kein Hinweis darauf zu entnehmen ist, dass zusätzlich zur Anhebung der befundorientierten Festzuschüsse auf 60 Prozent der festgesetzten Beträge für die Regelversorgung auch eine Ausweitung der gleitenden Härtefallregelung nach § 55 Abs. 3 SGB V beabsichtigt ist, sollte insoweit klargestellt werden, dass sich diese Regelung auf den verbleibenden Eigenanteil des Versicherten bezieht.

C) Änderungsvorschlag

Alternativ zu einer Erhöhung der Festzuschüsse könnte folgende Regelung wirken:

§ 56 Absatz 2 Satz 8 wird wie folgt geändert:

„Regelversorgungen umfassen im Oberkiefer keramisch vollverblendete sowie vollkeramische Kronen und Brücken bis einschließlich Zahn fünf, im Unterkiefer bis einschließlich Zahn vier.“

Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen weiteren Betrag. Die Krankenkasse erstattet den Versicherten den Betrag, um den die nach § 57 für die zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen der jeweiligen Regelversorgung festgesetzten Beträge nach Abzug der Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der zur Gewährung des zusätzlichen Betrages nach Absatz 2 Satz 1 maßgebenden Einnahmegrenze übersteigen. Die Beteiligung an den Kosten umfasst höchstens einen Betrag in Höhe der nach § 57 für die zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen der jeweiligen Regelversorgung festgesetzten Beträge, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 28 Buchstaben a) und b)

§ 57 – Beziehungen zu Zahnärzten und Zahntechnikern

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Formulierung der Sätze 8 und 9 in § 57 Abs. 1 und 2 wird an die neuen Formulierungen in § 89 (Schiedsamt) angepasst.

B) Stellungnahme

An den schon nach bisherigem Recht kürzeren Festsetzungsfristen für die Schiedsämter für die Vergütungen für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen bei der Regelversorgung ändert sich nichts. Diese dienen dem Zweck, dem Gemeinsamen Bundesausschuss die fristgerechte Bekanntmachung der Festzuschussbeträge gemäß § 56 Absatz 4 zu ermöglichen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 65 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29 Buchstaben a) und b)

§ 64a – Modellvorhaben zur Arzneimittelversorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber beabsichtigt den Verweis in § 64a SGB V statt wie bisher auf die Landes-schiedsstelle nach § 114 SGB V, auf das neue sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a SGB V zu setzen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine inhaltliche Folgeanpassung der Schaffung des sektorenübergreifen-den Schiedsgremiums nach § 89a SGB V (vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 46).

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 31 Buchstaben a–b (cc)

§ 65c – Klinische Krebsregister

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung wird die Nachbesserungsfrist, während der die Klinischen Krebsregister von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden müssen, obwohl sie die gültigen Förderkriterien noch nicht umfänglich erfüllen, um ein Jahr verlängert bis zum 31.12.2019. Bezüglich der Konfliktlösung für eine Vereinbarung der Höhe der Meldevergütungen wird die jetzige Regelung ersetzt durch die Zuständigkeit des neu zu schaffenden Schiedsgremiums gemäß § 89a dieses Gesetzentwurfs. Weiterhin werden redaktionelle Änderungen im Sinne der Rechtsbereinigung vorgenommen.

B) Stellungnahme

Die rechtlichen Rahmenbedingungen für eine flächendeckende klinische Krebsregistrierung in Deutschland wurden mit Gesetz vom 03.04.2013 geschaffen. Die Förderkriterien des GKV-Spitzenverbandes wurden vor dem 31.12.2013 zusammen mit allen Beteiligten im Einvernehmen festgelegt. Leider ist die Schaffung der erforderlichen gesetzlichen Grundlagen für die Krebsregistrierung durch die zuständigen Bundesländer teilweise erst sehr spät erfolgt. Die Aufbauarbeit der Krebsregister hat sich u. a. deshalb in einigen Ländern erheblich verzögert. Der GKV-Spitzenverband hat bereits frühzeitig auf die zu erwartenden Probleme hingewiesen. Leider muss festgestellt werden, dass bei weitem nicht alle Krebsregister die Förder Voraussetzungen zum jetzigen Zeitpunkt erfüllen. Dies bedeutet, dass weiterhin in erheblichem Umfang Versichertengelder ausgegeben werden, ohne dass dem ein entsprechender Nutzen im Sinne einer Verbesserung der Möglichkeiten zur Qualitätssicherung in der Onkologie gegenüber stünde.

Zur beabsichtigten Neuregelung zur Zuständigkeit des Schiedsgremiums gemäß § 89a siehe Stellungnahme zu § 89a.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 32

§ 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 – Kassenärztliche Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Ergänzung in § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 dient dazu, die Vermittlung eines erforderlichen Behandlungstermins durch einen hausärztlich tätigen Leistungserbringer zu einem fachärztlich tätigen Leistungserbringer abzubilden. Hierzu wird klargestellt, dass die Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins Teil der bereits in § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 verankerten Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen ist.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung für alle an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach § 73 Absatz 1a Satz 1 und demnach für Allgemeinärzte, hausärztlich tätige Kinder-/ Jugendärzte und hausärztlich tätige Internisten ohne Schwerpunkt und praktische Ärzte wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 68 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 33

§ 73b Abs. 5 Satz 3 – Hausarztzentrierte Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine bislang versäumte redaktionelle Folgeänderung in § 73b (Hausarztzentrierte Versorgung) aufgrund der mit dem Präventionsgesetz vom 17. Juli 2015 eingefügten Regelungen, durch die der frühere § 20d zu § 20i (Primäre Prävention durch Schutzimpfungen) wurde. Der Verweisfehler wird korrigiert.

B) Stellungnahme

Die Korrektur des Verweisfehlers ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 34

§ 74 Abs. 2 – Stufenweise Wiedereingliederung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für Menschen mit längerfristigen Erkrankungen soll die Möglichkeit stufenweise in das Arbeitsleben zurückzukehren gestärkt werden. Hierzu sollen Ärztinnen und Ärzte verpflichtet werden, zukünftig spätestens ab der Dauer einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als sechs Wochen regelmäßig mit der Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit systematisch die Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung zu prüfen. Näheres zum Verfahren zur regelmäßigen Prüfung der Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung soll durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in seiner Richtlinie nach § 92 SGB V umgesetzt werden. Hierzu soll die Richtlinie über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 SGB V (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie) angepasst werden.

B) Stellungnahme

Die gesetzliche Änderung wird unterstützt. Die beabsichtigte Verpflichtung der Ärztinnen und Ärzte befördert die frühzeitige und regelmäßige Prüfung der Option einer stufenweisen Wiedereingliederung. Die Anpassung der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie zur näheren Ausgestaltung des Verfahrens zur regelmäßigen Prüfung der Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung wird als positiv angesehen.

Bereits zum jetzigen Zeitpunkt sehen die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Vordruck Muster 1) sowie der Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit (Vordruck Muster 52) vor, dass Ärztinnen und Ärzte eine Maßnahme zur stufenweisen Wiedereingliederung anregen und über den Wiedereingliederungsplan (Vordruck Muster 20) unmittelbar einleiten sollen, wenn deren zielführende Möglichkeit gesehen wird.

Durch die beabsichtigte Neuregelung werden keine Änderungen beim Verfahren zur Durchführung der stufenweisen Wiedereingliederung vorgenommen. Weiterhin ist die Zustimmung der Versicherten erforderlich und die Teilnahme an dieser Maßnahme für die Versicherten freiwillig. Auch für die Arbeitgeber treten keine Änderungen beim Verfahren zur Durchführung einer stufenweisen Wiedereingliederung ein.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 35 Buchstabe a) aa)

§ 75 Abs. 1a Satz 1 - Inhalt und Umfang der Sicherstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 75 Absatz 1a Satz 1 umfasst der in § 75 Absatz 1 geregelte Sicherstellungsauftrag der KVen auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung. Diese Regelung wird nunmehr ausdrücklich auf die hausärztliche und die kinder- und jugendärztliche Versorgung erweitert. Künftig müssen daher die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen auch Termine bei Hausärzten und bei Kinder- und Jugendärzten vermitteln.

B) Stellungnahme

Die Vermittlung von Terminen für Haus- und Kinderärzte wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 35 Buchstabe a) bb)

§ 75 Abs. 1a Satz 2 – Inhalt und Umfang der Sicherstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neufassung des Satz 2 werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, die Versicherten im Internet in geeigneter Weise über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärztinnen und -ärzte zu informieren. Hierdurch sollen sich die Versicherten einfacher darüber informieren können, zu welchen Zeiten Ärztinnen und Ärzte Sprechstunden anbieten.

Zur Verbesserung der Erreichbarkeit der von den Kassenärztlichen Vereinigungen zum 23. Januar 2016 eingerichteten Terminservicestellen ist vorgesehen, dass diese ab dem 1. April 2019 für 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche (24/7) unter einer bundesweit einheitlichen einprägsamen Telefonnummer erreichbar sein müssen. Hintergrund dieser Regelung ist auch die Erweiterung der Terminservicestelle zu einer neuen Servicestelle, die den Versicherten künftig in Akutfällen auch während der üblichen Sprechstundenzeiten eine unmittelbare ärztliche Versorgung zu vermitteln hat (vgl. hierzu die Neuregelung in Satz 3 Nummer 3) sowie die Zusammenlegung mit der bisherigen bundeseinheitlichen Not- bzw. Bereitschaftsdienstnummer (116 117).

B) Stellungnahme

Die Verbesserung der Erreichbarkeit der neuen Servicestellen und die Einführung einer bundeseinheitlichen Telefonnummer werden ausdrücklich begrüßt, da in der Vergangenheit von den Versicherten die mangelnde Erreichbarkeit der Terminservicestellen und die Intransparenz bei den Telefonnummern beklagt wurden.

Da den Versicherten nicht immer die zuständige Kassenärztliche Vereinigung bekannt ist, sollten die Sprechstundenzeiten ab dem 01.04.2019 bundesweit durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht werden (online) und eine entsprechende App bereitgestellt werden. Die Daten sind dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Weiterleitung an seine Mitgliedskassen zur Information der gesetzlich Versicherten über die Sprechstundenzeiten und zur Unterstützung bei der Arztsuche zur Verfügung zu stellen.

C) Änderungsvorschlag

Änderung Nr. 35 a) bb) – § 75 Abs. 1a Satz 2 erster Halbsatz:

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 72 von 299

„Hierzu informiert die Kassenärztliche Bundesvereinigung ab dem 01.04.2019 die Versicherten bundesweit im Internet in geeigneter Weise sowie per App über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte; die Kassenärztlichen Vereinigungen richten Terminservicestellen ein, die ab dem 1. April 2019 für 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche unter einer bundesweit einheitlichen Telefonnummer erreichbar sein müssen;“

Nach Satz 2 wird folgender Satz 3 eingefügt: „Die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Daten zu den Sprechstundenzeiten in wöchentlichen Abständen unentgeltlich; der Spitzenverband Bund stellt die Daten seinen Mitgliedskassen zur Information ihrer gesetzlich Versicherten zur Verfügung.“

Die Nummerierung der nachfolgenden Sätze verschiebt sich entsprechend.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 35 Buchstabe a) cc)

§ 75 Abs. 1a Satz 3 – Inhalt und Umfang der Sicherstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neu gefasste Satz 3 übernimmt in Nummer 1 die bereits bestehende Aufgabe der Terminservicestellen, innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 zu vermitteln.

Mit der Regelung in Nummer 2 wird die neue Verpflichtung zur Vermittlung von Behandlungsterminen auch bei Haus- und Kinder- und Jugendärzten um die Verpflichtung ergänzt, Versicherte künftig auch bei der Suche nach einem Haus- oder einem Kinder- und Jugendarzt zu unterstützen, der sie dauerhaft behandelt. Die Terminservicestellen werden daher verpflichtet, den Versicherten bei entsprechendem Bedarf nicht nur einen Behandlungstermin im Einzelfall, sondern auch einen Haus- oder einen Kinder- und Jugendarzt zu vermitteln, den sie nach § 76 Absatz 3 wählen können.

Durch die Regelung unter Nummer 3 haben die Terminservicestellen ab dem 1. April 2019 in Akutfällen eine unmittelbare ärztliche Versorgung zu vermitteln, die auf der Grundlage einer Priorisierung zu erfolgen hat. Einer Überweisung, die in solchen Akutfällen ohnehin kaum möglich ist, bedarf es in diesen Fällen nicht. Neu ist damit zum einen die ausdrückliche Zuweisung der Vermittlung dieser Akutfälle über die Terminservicestelle und zum anderen eine entsprechende Vermittlung auch während der Sprechstundenzeiten und damit rund um die Uhr. Hierdurch soll insbesondere auch einer zunehmenden Fehlanspruchnahme der Notfallambulanzen der Krankenhäuser entgegengewirkt werden. Die Terminservicestellen vermitteln daher nunmehr auf der Grundlage einer entsprechenden Priorisierung entweder in eine offene Arztpraxis, eine Portal- bzw. Bereitschaftsdienstpraxis oder im Bedarfsfall in eine Notfallambulanz. Liegt ein lebensbedrohlicher Notfall vor, bei dem der Anrufer eigentlich die Notrufnummer 112 hätte wählen müssen, leitet die Servicestelle den Anrufer unmittelbar zur Notrufzentrale weiter.

B) Stellungnahme

Der Gesetzgeber sollte anregen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Verträge mit den jeweils zuständigen Leitstellen des Rettungsdienstes über die gegenseitige Patientenübergabe zwischen Terminservicestelle und Rettungsleitstelle schließen. Dabei ist darauf zu achten, dass die über die Rufnummer 112 verbundenen Leitstellen des Rettungsdienstes in der Öffentlich-

keit weiterhin als Notrufnummer wahrgenommen werden und nicht als Alternativnummer für Zwecke der Terminvermittlung. Ist ein Rettungseinsatz auf Basis einer strukturierten Ersteinschätzung durch die Rettungsleitstelle medizinisch nicht notwendig, müssen zu jeder Zeit die Weiterleitung des Patienten an die Terminservicestelle und die Vermittlung einer unmittelbaren ärztlichen Versorgung gewährleistet sein.

C) Änderungsvorschlag

Satz 3 Nr. 3 wird wie folgt gefasst:

„Ab dem 1. April 2019 in Akutfällen auch ohne Vorliegen einer Überweisung eine unmittelbare, innerhalb von 24 Stunden erfolgende ärztliche Versorgung zu vermitteln, die auf der Grundlage einer Priorisierung zu erfolgen hat; ist eine Vermittlung an einen Vertragsarzt nicht innerhalb des Zeitraums möglich, der auf Basis der Priorisierung identifiziert wurde, ist auch eine Vermittlung an sonstige Leistungserbringer zulässig.“

In Satz 3 Nummer 3 wird der abschließende Punkt

durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt: „die Kassenärztlichen Vereinigungen schließen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Verträge mit den jeweils zuständigen Leitstellen des Rettungsdienstes über die Patientenübergabe zwischen den Rettungsleitstellen und den Terminservicestellen, dabei ist insbesondere die unmittelbare Veranlassung ärztlicher Versorgung von Akutfällen, die auf Basis einer strukturierten Ersteinschätzung durch die Rettungsleitstelle ambulant behandelt werden können, sicherzustellen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 35 Buchstabe a) Doppelbuchstabe dd)

§ 75 Abs. 1a Satz 4 (neu) – Inhalt und Umfang der Sicherstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neue Satz 4 übernimmt die im bisherigen Satz 3 enthaltene Regelung, nach der für die Vermittlung von Behandlungsterminen bei einer Fachärztin oder einem Facharzt eine Überweisung vorliegen muss. Festgehalten wird auch an der im Satz 3 zweiter Halbsatz vorgesehenen Ausnahmeregelung für Behandlungstermine bei einem Augenarzt oder einem Frauenarzt. Für die Vermittlung solcher Behandlungstermine müssen Versicherte auch künftig nicht über eine Überweisung verfügen. Einer Überweisung bedarf es hingegen in den Fällen des neuen Satz 11 Nummer 2, d. h. dort wo im Bundesmantelvertrag vorgesehen wird, dass ausnahmsweise auch für einen Behandlungstermin bei einem Hausarzt oder einem Kinder- und Jugendarzt eine Überweisung erforderlich ist (vgl. Änderung unter jj).

B) Stellungnahme

Die Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 76 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 35 Buchstabe a) Doppelbuchstabe ee) bis ii)

§ 75 Abs. 1a Satz 4 bis 9- Inhalt und Umfang der Sicherstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich jeweils um Folgeänderungen, die entweder redaktioneller Art oder der Notwendigkeit zur Anpassung von Verweisen aufgrund des neu eingefügten Satz 4 geschuldet sind.

B) Stellungnahme

Die Anpassungen sind folgerichtig und sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 35 Buchstabe a) Doppelbuchstabe jj)

§ 75 Abs. 1a Satz 10 - Inhalt und Umfang der Sicherstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im bisherigen Satz 10 wird die Frist für die im Bundesmantelvertrag zu treffenden Regelungen gestrichen, da diese Regelungen inzwischen getroffen wurden.

Eingefügt wird ein neuer Regelungsauftrag (neue Nummer 2). Die Bundesmantelvertragspartner haben zu regeln, in welchen Fällen es bei der Vermittlung zu einem Haus- oder zu einem Kinder- und Jugendarzt ausnahmsweise einer Überweisung bedarf. Dies ist z. B. in Fällen erforderlich, in denen die Leistungserbringung bei einem Hausarzt eine besondere Qualifikation oder eine besondere Praxisausstattung erfordert (z. B. für die schmerztherapeutische Versorgung). Zudem werden in den bisherigen Nummern 2 und 3 als Folgeänderungen Verweisanpassungen vorgenommen.

B) Stellungnahme

Die zu treffende Regelung im BMV-Ä wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 35 Buchstabe a) Doppelbuchstabe kk)

§ 75 Abs. 1a Satz 12 - Inhalt und Umfang der Sicherstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Anpassung der Verweise handelt es sich um eine Folgeänderung aufgrund des neu eingefügten Satz 4, durch den die Sätze 4 bis 11 um einen Satz nach hinten verschoben werden.

B) Stellungnahme

Die Anpassungen sind sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 35 Buchstabe a) Doppelbuchstabe II)

§ 75 Abs. 1a Satz 13 - Inhalt und Umfang der Sicherstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Formulierung des Satzes 13, die an das Inkrafttreten des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 6a Satz 3 knüpft, kann gestrichen werden, nachdem der entsprechende Beschluss zum 1. April 2017 in Kraft getreten ist.

Durch den neu eingefügten Satz 4 gelten nun für die Vermittlung eines Erstgesprächs im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunden und der sich aus der Abklärung ergebenden zeitnah erforderlichen Behandlungstermine Satz 2 und Satz 3 Nummer 1 sowie die Sätze 6 bis 12.

B) Stellungnahme

Die Anpassungen sind sachgerecht. Zusätzlich sollte eine klarstellende Regelung aufgenommen werden, dass ein Termin zu einer Akutbehandlung binnen 2 statt 4 Wochen zu vermitteln ist. Bei der Akutbehandlung nach § 13 der Psychotherapie-Richtlinie handelt es sich um eine zeitnahe psychotherapeutische Intervention im Anschluss an die Sprechstunde zur Vermeidung von Fixierungen und Chronifizierung psychischer Symptomatik. Sie hat zum Ziel, Patientinnen oder Patienten mit ambulanten psychotherapeutischen Mitteln von akuter Symptomatik zu entlasten. Dabei soll der Einschätzung einer möglichen Selbst- oder Fremdgefährdung sowie der Einleitung ggf. erforderlicher anderer Behandlungsmaßnahmen eine besondere Bedeutung zukommen. Einer Akutbehandlung ist es damit immanent, dass sie so schnell wie möglich eingeleitet werden muss, damit sie die ihr zugeordnete Funktion überhaupt erfüllen kann. Eine psychotherapeutische Akutbehandlung, die nicht bis spätestens 14 Tage nach Indikationsstellung begonnen wurde, erfüllt nicht den Zweck dieser neuen Versorgungsmöglichkeit und kann nicht mehr als psychotherapeutische Akutbehandlung bewertet werden.

C) Änderungsvorschlag

Nach dem bisherigen Satz 13 wird folgender Satz angefügt:

„Abweichend von Satz 5 darf die Wartezeit für einen Termin für eine Akutbehandlung gemäß § 13 der Psychotherapie-Richtlinie 2 Wochen nicht überschreiten.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 35 Buchstabe a) Doppelbuchstabe mm)

§ 75 Abs. 1a Satz 14 - Inhalt und Umfang der Sicherstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Derzeit ist für die Terminservicestellen vorgesehen, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Kassenärztlichen Vereinigungen durch das Angebot einer Struktur für ein elektronisch gestütztes Wartezeitenmanagement bei der Terminvermittlung unterstützen können. Aus dieser Kann-Regelung soll eine Verpflichtung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung werden. Hierdurch soll die Zusammenlegung der bisherigen Terminvermittlung und die Vermittlung einer unmittelbaren ärztlichen Versorgung in Akutfällen mit einem verbesserten digitalen Angebot (App/online-Angebote) verbunden werden. Ärzte sollen auch künftig freie Termine an die Servicestelle melden, damit diese dann nicht nur im Rahmen eines Telefonkontaktes, sondern auch online oder per App vereinbart werden können.

B) Stellungnahme

Grundsätzlich wird die Regelung begrüßt. Es bestehen jedoch Zweifel, ob die Regelung vollständig, insbesondere bei der Vermittlung von Terminen für Psychotherapie, und von allen Kassenärztlichen Vereinigungen umgesetzt wird. Die Hälfte der Kassenärztlichen Vereinigungen lehnt zurzeit ein elektronisches Wartezeitenmanagement ab. Für die Krankenkassen ist die Terminvergabe durch die Terminservicestellen völlig intransparent, daher sollten die Richtlinien für ein digitales Angebot zur Vermittlung von Behandlungsterminen im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband (Nr. 35 c) aa) aufgestellt werden.

C) Änderungsvorschlag

Siehe Nummer 35 c) aa).

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 35 Buchstabe b)

§ 75 Abs. 3c Satz 5 – Inhalt und Umfang der Sicherstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das bisher in § 89 Absatz 3 vorgesehene Verfahren bei Nichteinigung über den Vorsitzenden, die unparteiischen Mitglieder oder die Stellvertreter per Los entscheiden zu lassen, wird dort durch die Entscheidung der Aufsichtsbehörde ersetzt (siehe Begründungstext zu § 89). Um bei den gemeinsamen Schiedsstellen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und dem Verband der privaten Krankenversicherung den Status quo zu erhalten, wird künftig auf § 134a Absatz 4 Satz 5 verwiesen, der dem bisherigen Verfahren in § 89 entspricht.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist durch den Vorschlag des GKV-SV zur Neustrukturierung von § 89 (s. Nr. 45) obsolet. Das Verfahren bei Nichteinigung wird in § 89 Abs. 6 Satz 3–7 geregelt.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 3c Satz 5 wird die Angabe „§ 89 Abs. 3 Satz 4 bis 6“ ersetzt durch die Angabe „§ 89 Abs. 6 Satz 3–7“.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 35 Buchstabe c) Doppelbuchstabe aa)

§ 75 Abs. 7 Satz 1 - Inhalt und Umfang der Sicherstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird zum einen verpflichtet, auf der Grundlage der bereits für die bundeseinheitliche Not- bzw. Bereitschaftsdienstnummer (116 117) getroffenen Regelung, eine Richtlinie für die Umsetzung der einheitlichen Rufnummer nach Absatz 1a Satz 2 aufzustellen, die 24 Stunden täglich an 7 Tagen in der Woche (24/7) erreichbar sein muss.

Zum anderen gibt die neue Nummer 5 vor, dass in Umsetzung der neuen Verpflichtung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigungen durch ein Angebot einer Struktur für ein elektronisch gestütztes Wartezeitenmanagement bei der Terminvermittlung (vgl. Änderung unter Buchstabe a Doppelbuchstabe mm) künftig Richtlinien für ein digitales Angebot zur Vermittlung von Behandlungsterminen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 sowie zur Vermittlung einer unmittelbaren ärztliche Versorgung in Akutfällen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 2 aufzustellen haben. Auch diese Richtlinienregelung dient einer einheitlichen und verbindlichen Umsetzung der Regelung in allen Kassenärztlichen Vereinigungen.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird sehr begrüßt, da die derzeitige Terminvergabe für die gesetzlich Versicherten sehr unklar und verwirrend ist. Zur Verbesserung der Transparenz hinsichtlich der Umsetzung der Regelung sollten die Richtlinien nach § 75 Abs. 7 Nr. 4 und 5 im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband aufgestellt werden (s. 35 a) mm).

C) Änderungsvorschlag

In § 75 Abs. 7 Nr. 5 wird nach dem Wort „Nummer 3“ die Wörter „im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband“ eingefügt.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 83 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 35 Buchstabe c) bb)

§ 75 Abs. 7 Satz 2 (neu) - Inhalt und Umfang der Sicherstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Vorgesehen wird, dass die neuen Richtlinien nach Satz 1 Nummer 4 und 5 auch sicherstellen müssen, dass die von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten in Umsetzung der Richtlinienvorgaben genutzten Praxisverwaltungssysteme von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zugelassen sind. Die Richtlinien haben daher auch Regelungen zur Zertifizierung erforderlicher Praxissoftware zum Terminmanagement zu enthalten.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 84 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 36 Buchstabe a)

§ 75a – Förderung der Weiterbildung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die ursprünglich für den Abschluss der Vereinbarung vorgesehene Frist soll gestrichen werden, da die nach Absatz 4 zu schließende Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung inzwischen vorliegt.

B) Stellungnahme

Die Streichung der Frist ist sachgerecht und wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 36 Buchstabe b)

§ 75a – Förderung der Weiterbildung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Um Verzögerungen bei künftigen Konfliktfällen zu vermeiden, wird geregelt, dass in den Fällen, in denen eine Vereinbarung nicht zustande kommt, künftig das neue sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a entscheidet.

B) Stellungnahme

Die Schaffung eines Konfliktmechanismus für die Vereinbarung nach § 75a Abs. 4 ist grundsätzlich sachgerecht. Allerdings ist die im Entwurf vorgesehene Besetzung und Stimmverteilung für das sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a auch im Hinblick auf die Förderung in der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nicht sachgerecht. Um ein Ungleichgewicht zulasten der Kostenträgerseite zu vermeiden, ist auch insoweit eine paritätische Besetzung erforderlich. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf die Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 46 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Siehe Änderungsvorschlag Artikel 1 Nr. 46.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 86 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 37

§ 76 Abs. 1a - Freie Arztwahl

A) Beabsichtigte Neuregelung

Folgeänderung zu dem in § 75 Absatz 1a eingefügten neuen Satz 4.

B) Stellungnahme

Redaktionelle Änderung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 38

§ 81 a – Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einfügung eines neuen § 81 a Absatz 3b sollen die datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnisse im Zusammenhang mit der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Kassenärztlichen Vereinigungen klargestellt werden.

B) Stellungnahme

Da es sich um eine Parallelnorm zu der mit diesem Gesetzentwurf ebenfalls geänderten Regelung des § 197a Absatz 3b handelt, welcher die Zuständigkeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei den Krankenkassen und deren Landesverbänden regelt, wird auf die entsprechende Stellungnahme verwiesen (vgl. Nr. 73).

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 39

§ 85 – Gesamtvergütung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 85 Abs. 4b ist geregelt, dass sich ab einer bestimmten Gesamtpunktmenge je Vertragszahnarzt aus vertragszahnärztlicher Behandlung der Vergütungsanspruch für die weiteren vertragszahnärztlichen Behandlungen verringert, indem die über die Gesamtpunktmenge hinausgehenden Leistungen mit einem geringeren Punktwert vergütet werden (Punktwertdegression). Diese Regelung soll ersatzlos entfallen. Dies wird damit begründet, dass infolge der Punktwertdegression die Bereitschaft von Zahnärztinnen und Zahnärzten sinke, sich in ländlichen und strukturschwachen Gebieten niederzulassen. Zahnarztpraxen in Gebieten mit einer niedrigen Versorgungsdichte, die eine überproportional hohe Zahl an Versicherten zu versorgen haben, liefen Gefahr, für die von ihnen erbrachten zusätzlichen Leistungen, nicht angemessen vergütet zu werden. Auch die Bereitschaft der Zahnärztinnen und Zahnärzte besonders förderungswürdige Leistungen im Bereich der Prävention oder der aufsuchenden Versorgung von mobilitätseingeschränkten Versicherten zu erbringen, könnte durch eine Punktwertdegression reduziert sein.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Streichung wird abgelehnt. Die Einführung der Degression wurde damit begründet, dass bei größeren Leistungsmengen die Fixkosten einer Praxis einen degressiven Verlauf hätten und die Praxismitarbeiter produktiver eingesetzt werden könnten. Die Krankenkassen und damit die Versichertengemeinschaft seien an den dadurch erzielten Kostenvorteilen zu beteiligen. Die Tatsache, dass bei steigender Leistungsmenge die Fixkosten sinken, gilt für Praxen im städtischen und ländlichen Raum gleichermaßen. Zahnärzte im ländlichen Bereich werden also durch die Degression gegenüber Zahnärzten im städtischen Raum nicht benachteiligt. Darüber hinaus ist dem GKV-Spitzenverband nicht bekannt, dass es bis dato im ländlichen Raum zu Versorgungsproblemen bei der zahnärztlichen Versorgung gekommen ist. Insofern bedarf es auch keiner speziellen Anreize, wie z. B. durch den Fortfall der Degression eine Niederlassung in diesen Gebieten zu fördern. Der Fortfall der Degression würde alleinig zu einer Steigerung des Gewinns des Zahnarztes führen. Vor dem Hintergrund, dass die durchschnittlichen Gewinne der Zahnärzte in den letzten Jahren trotz der bestehenden Degressionsregelungen im Vergleich zum Durchschnitt der Bevölkerung überproportional gestiegen sind, besteht auch aus Einkommensgesichtspunkten kein Anlass diese abzuschaffen. Dass die Degression speziell die Erbringung präventiver Leistungen bei vulnerablen Gruppen verhindert, ist in keiner Weise belegt. Sollte die Erbringung präventiver Leistungen

tatsächlich davon abhängig gemacht werden, ob diese Leistungen vollständig vergütet werden, würde dies einen Verstoß gegen die gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen darstellen und müsste entsprechend geahndet werden.

Hinzu kommt, dass der Wegfall der Degression zu geschätzten Mehrausgaben bei den Krankenkassen in Höhe von ca. 50 Mio. Euro im Jahr führt.

C) Änderungsvorschlag

§ 85 Absätze 4 b bis 4f werden nicht aufgehoben.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 40 Buchstabe a)

§ 87 Abs. 1c (neu) – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Aufnahme des Absatzes 1c wird klargestellt, dass die Krankenkassen anstelle einer gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) eine Prüfung der Leistungspflicht im Wege des bundesmantelvertraglich geregelten Gutachterverfahrens durchführen lassen können.

B) Stellungnahme

Das im Bundesmantelvertrag–Zahnärzte vorgesehene Gutachterverfahren ist seit Jahrzehnten im Bereich der Versorgung mit Kieferorthopädie und Zahnersatz, Behandlung von Parodontopathien und für implantologische Maßnahmen bei Ausnahmeindikationen etabliert. Explizit in das SGB V aufgenommen wurde dies jedoch erst im Zuge des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, indem in § 13 Absatz 3a Satz 4 SGB V Regelungen für das bundesmantelvertragliche Gutachterverfahren getroffen wurden. Das Bayerische Landessozialgericht hat mit zwei Urteilen vom 27. Juni 2017, Az.: L 5 KR 170/15 und L 5 KR 260/16, festgestellt, dass für die Prüfung von zahnmedizinischen oder kieferorthopädischen Leistungsfällen durch Krankenkassen ausschließlich der MDK zuständig sei. Die Beauftragung anderer Gutachter auf der Grundlage des BMV–Z bzw. EKV–Z verstoße gegen die gesetzliche Aufgabenzuweisung in § 275 Abs. 1 SGB V und sei daher rechtswidrig. Die KZBV und der GKV–Spitzenverband sind bei der Neufassung des BMV–Z dagegen davon ausgegangen, dass eine Begutachtung durch das bundesmantelvertraglich vereinbarte Begutachtungswesen auf Basis von § 82 Abs. 1 SGB V und § 13 Abs. 3a Satz 4 SGB V rechtmäßig ist. Die ungeklärte Frage der Rechtmäßigkeit des bundesmantelvertraglichen Gutachterverfahrens hat sowohl auf Zahnärzteseite als auch auf Krankenkassenseite zu Verunsicherung geführt. Mit der Aufnahme des Absatzes 1c wird eine ausdrückliche Ermächtigungsgrundlage für das bundesmantelvertragliche Gutachterverfahren geschaffen, sodass nun Rechtssicherheit in der Frage besteht, dass alternativ zum MDK–Verfahren auch das bundesmantelvertragliche Gutachterverfahren bedient werden kann.

Der Gesetzestext lässt jedoch offen, ob die Prüfung der Gewährleistung nach § 136a Abs. 4 Satz 3 SGB V ebenfalls durch das bundesmantelvertragliche Gutachterverfahren umfasst ist. Zur Klarstellung, sollte der Gesetzestext daher entsprechend ergänzt werden.

Weiterhin sollte aus Klarstellungsgründen in den Sätzen 3 und 4 ergänzt werden, dass im Vertragsgutachterverfahren neben der Übermittlung von Daten auch die Übermittlung von Behandlungsunterlagen zulässig ist.

C) Änderungsvorschlag

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

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

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

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

Einleitende Anmerkungen zu Nrn. 40 Buchstabe b) bis 41 Buchstabe a)

Der GKV-Spitzenverband begrüßt ausdrücklich, dass der Zugang gesetzlich Versicherter zur ambulanten medizinischen Versorgung spürbar verbessert und die Fehlversorgung verringert werden soll. Die in einigen medizinischen Fachgebieten bestehenden Wartezeiten für GKV-Versicherte müssen verkürzt werden. Ziel ist die Angleichung der bestehenden unterschiedlich langen Wartezeiten zwischen gesetzlich und privat Versicherten.

Mit einer spürbaren Reduzierung der Wartezeiten und einer Flexibilisierung des zum Teil nicht mehr mit den Bedürfnissen der Versicherten kompatiblen Sprechstundenangebots kann auch die medizinisch nicht notwendige Inanspruchnahme von Notfallambulanzen und des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes reduziert werden.

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht in § 87 SGB V eine Vielzahl neuer Steuerungsinstrumente vor, die den Zugang zur ambulanten Versorgung verbessern sollen. Je nachdem, ob der Patient eigenständig, auf Vermittlung eines Hausarztes oder einer Terminservicestelle eine Arztpraxis aufsucht, ob er darüber hinaus als neuer Patient gilt oder nicht, ob er als „Akut-“ oder „Notfall“ eingestuft wird oder ob er in einer offenen Sprechstunde behandelt wird, ergeben sich unterschiedliche Anreize und Fallkonstellationen.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sind die geplanten Regelungen allerdings nicht geeignet, eine Reduktion der Wartezeiten für die gesetzlich Versicherten zu bewirken. Im Wesentlichen werden sogar Anreize zur Generierung von mehr Behandlungsfällen gesetzt, die bei einem unverändert starren Sprechzeitenangebot der Arztpraxen zu längeren Wartezeiten führen werden und damit das angestrebte Ziel der Reform für die Versicherten verfehlen werden. Stattdessen ist zu befürchten, dass die Maßnahmen beitragsatzrelevante Ausgabensteigerungen verursachen, ohne dass sich die Versorgung der gesetzlich Versicherten verbessern wird.

Wie jeweils bei den Stellungnahmen zu den vom Gesetzgeber vorgeschlagenen Maßnahmen näher ausgeführt, wird die Komplexität der geplanten Neuregelungen den Dokumentationsaufwand der Vertragsärzte erheblich erhöhen und gleichzeitig zu vermehrten Prüferfordernissen durch die Krankenkassen führen. Ziel der Reform sollte es jedoch auch sein, dass die eingesetzten Ressourcen zu 100 % in die Verbesserung der Versorgung der gesetzlich Versicherten fließen.

Der GKV-Spitzenverband geht daher davon aus, dass die vorgesehene neue Vergütungs- und Leistungsstruktur in § 87 deutlich vereinfacht werden kann, während die intendierte Anreizstruktur gleichzeitig zielgenauer ausgestaltet wird, um das Reformziel – den Zugang gesetzlich Versicherter zur ambulanten Versorgung zu verbessern – zu erreichen.

Hierfür schlägt der GKV-Spitzenverband folgende konkrete Maßnahmen vor:

Versorgungssteuerung für Erstkontakte

Um die Bereitschaft zur Annahme neuer Patientinnen und Patienten in bestimmten Fachrichtungen zu erhöhen, soll der erste Kontakt mit einer Patientin oder einem Patienten finanziell gefördert werden. Neu im Sinne dieser Förderung ist ein Patient, wenn er erstmals oder erstmals nach 10 Jahren behandelt wird und Patientenakten beispielsweise aufgrund des Ablaufs gesetzlich geregelter Mindestaufbewahrungsfristen nicht mehr vorhanden sind.

Der zusätzliche ärztliche Aufwand von Neupatienten im Vergleich zu bekannten Patienten entsteht durch eine ausführliche Patientenanamnese inkl. Krankheitsgeschichte sowie dem Anlegen einer Patientenakte und nicht in der Erfassung oder Diagnostik einer neuen Diagnose.

Um einen neuen Patienten handelt es sich nicht bei planbaren Leistungen, insbesondere ambulanten Operationen oder Früherkennungsleistungen oder wenn das Leistungsspektrum einer Arztgruppe typischerweise von Erstkontakten geprägt ist und somit eine gezielte Förderung der Aufnahme von neuen Patienten nicht erforderlich ist (z. B. Radiologen etc.).

Durch solche finanziellen Anreize werden auch Vertragsärzte gefördert, die Patienten auf Vermittlung einer Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nr. 1 SGB V annehmen, da es sich bei diesen in der Regel nicht um bekannte Patienten handelt.

Flexibilisierung des Sprechstundenangebots (Abend- und Samstagssprechstunden)

Um die Wartezeiten spürbar zu reduzieren, sollen Ärzte ihr Sprechstundenangebot flexibilisieren.

Das heutige Sprechstundenangebot orientiert sich zu wenig an Patientenbedürfnissen. Eine wesentliche Ursache der Wartezeitenproblematik sind aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes insbesondere die derzeitigen Praxisöffnungszeiten, die z. B. Berufstätigen nur Termine in Randzeiten (früh morgens, später Nachmittag) ermöglichen. Sprechstundenangebote nach den üblichen Arbeitszeiten oder am Samstag sind hingegen wenig verbreitet.

Es müssen daher finanzielle Anreize gesetzt werden, damit vermehrt Sprechstunden außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten angeboten werden. Für die Förderung von Abend- und Samstagssprechstunden soll der Bewertungsausschuss daher eine gesonderte Vergütung beschließen.

Die vorgeschlagene Maßnahme zur Flexibilisierung der Sprechstunden führt nicht zu einer absoluten Ausweitung der Sprechstunden, sondern dazu, dass die bestehenden Sprechstunden flexibler als bisher angeboten werden. Hierdurch werden sich die Wartezeiten für gesetzlich Versicherte spürbar verringern. Darüber hinaus ist bei einem höheren Angebot von Sprechstunden am Abend oder an Samstagen zu erwarten, dass zu diesen Zeiten die Inanspruchnahme von Notfallambulanzen deutlich reduziert werden kann.

Verbesserung der Versorgung von Patienten in akuten Behandlungsanlässen

Derzeit ist es für Patienten mit akuten Behandlungsanlässen oftmals problematisch, kurzfristig einen dringend notwendigen Facharzttermin zu erhalten. In der Folge suchen diese Patientinnen und Patienten die Notfallambulanzen der Krankenhäuser auf oder werden sogar stationär behandelt. Auch für Arztpraxen stellen solche Akutpatienten durchaus einen relevanten Zusatzaufwand dar, da sie bestehende reguläre Termine verschieben und die Praxisabläufe kurzfristig anpassen müssen.

Künftig sollen Hausärzte für diese Akutfälle einen Termin bei geeigneten Fachärzten vermitteln, sodass die betroffenen Patienten innerhalb von spätestens 24 Stunden durch einen Facharzt versorgt werden können. Zur Förderung sowohl der Terminvermittlung durch den Hausarzt als auch der entsprechenden Terminannahme durch den Facharzt ist durch den Bewertungsausschuss ein finanzieller Anreiz zu schaffen. Dieser soll gleichermaßen auch für erfolgreich innerhalb von spätestens 24 Stunden durchgeführte Facharzttermine von Akutfällen nach Vermittlung durch die Terminservicestelle gelten.

Angesichts der Förderung der Terminvergabe für Akutfälle ist darauf zu achten, dass Fachärzte auch weiterhin reguläre Termine an Patienten ohne akuten Behandlungsbedarf vergeben. Daher erscheint eine Begrenzung der gesonderten Abrechnungsfähigkeit der Förderung von Akutfällen je Vertragsarzt sinnvoll.

Fristsetzung für EBM-Anpassungen

Der GKV-Spitzenverband regt an, dass neben der Aktualisierung der Bewertungen gem. § 87 Abs. 2 S. 3 SGB V bis spätestens zum 1. Januar 2020 auch die weiteren aus diesem Gesetz resultierenden Aufgaben zu grundlegenden Anpassungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) bis spätestens 1. Januar 2020 umzusetzen. Die umfangreiche Überarbeitung des EBM in Verbindung mit diesem Gesetz führt zu erheblichen, voneinander nicht unabhängigen Anpassungen, die bei verschiedenen Inkraftsetzungsdaten kaum aufeinander abgestimmt werden können.

Finanzierung

Die Förderung von Neupatienten soll aus den vorhandenen finanziellen Mitteln der MGK finanziert werden, da die Behandlung von neuen Patienten ebenso wie die Betreuung bekannter Patienten in der bestehenden vertragsärztlichen Vergütung kalkulatorisch bereits berücksichtigt ist.

Der finanzielle Anreiz für die vermehrte Behandlung von Neupatienten entsteht direkt, indem aufgrund der Förderung für neue Patienten eine höhere Vergütung erzielt werden kann als für die Betreuung bekannter Patienten.

Die Leistungen für eine verbesserte Terminvermittlung und -annahme von Akutfällen sowie die Förderung von Abend- und Samstagssprechstunden sind mit dem Ziel der Unterstützung der Einführung in die vertragsärztliche Versorgung hingegen mit zusätzlichen Mitteln zu finanzieren.

Die Behandlung in den offenen Sprechstunden wird insbesondere über die finanziellen Anreize zur Betreuung neuer Patienten und Akutpatienten finanziell gefördert, da zu erwarten ist, dass vor allem diese Patientengruppen im Rahmen der offenen Sprechstunden versorgt werden. Eine zusätzliche, finanzielle Förderung offener Sprechstunden ist somit nicht erforderlich, da diese den organisatorischen Rahmen für die Behandlung von Akutpatienten oder Neupatienten ohne Termin bieten, welche jeweils gem. obiger Vorschläge finanziell gefördert werden. Die Bereitstellung zusätzlicher finanzieller Mittel für offene Sprechstunden durch die GKV ist zudem nicht geboten, da Vertragsärzte bereits heute durchschnittlich weit mehr als 25 Sprechstunden anbieten und die Erhöhung des Mindestsprechstundenangebotes somit nicht zu längeren Arbeitszeiten der Vertragsärzte führen wird. Lediglich die Ärzte, die bisher für GKV-Versicherte weniger als 25 Sprechstunden je Woche angeboten haben, werden verpflichtet, ihr Sprechstundenangebot umzustrukturieren.

Mit diesen vorgeschlagenen Maßnahmen werden aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes die vom Gesetzgeber intendierten Anreize zielgenauer ausgestaltet. Die Wartezeiten für gesetzlich Versicherte werden sich insbesondere durch Abend- und Samstagssprechstunden in Verbindung mit der Förderung der Behandlung neuer Patienten erheblich reduzieren. Durch die Leistungen der Terminvermittlung und -annahme und die offenen Sprechstunden werden vor allem Patienten mit akuten Erkrankungen wesentlich schneller versorgt werden. Darüber hinaus ist zu erwarten, dass die Inanspruchnahme von Notfallambulanzen durch die Flexibilisierung des Sprechzeitenangebotes und durch die Förderung der schnellen Versorgung von Akutpatienten erheblich abnehmen wird.

Im Übrigen ist die Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen mit keinem relevanten zusätzlichen Dokumentationsaufwand auf Ärzteseite und keinem relevanten Prüfaufwand auf Krankenkassenseite verbunden.

Änderungsvorschlag gem. der einleitenden Anmerkungen zu Nrn. 40 Buchstabe b) bis 41 Buchstabe a)

§ 87 wird wie folgt geändert:

Absatz 2b wird wie folgt geändert:

Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen der hausärztlichen Versorgung sollen als Versichertenpauschalen abgebildet werden; für folgende Leistungen sind Einzelleistungen oder Leistungskomplexe vorzusehen:

1. Leistungen, die besonders gefördert werden sollen,
2. Leistungen, die nach Absatz 2a Satz 7 telemedizinisch erbracht werden können,
3. Leistungen, die nach Absatz 2a Satz 8 im Wege der Delegation erbracht werden können,
4. Leistungen für eine erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 und
5. Leistungen für die Behandlung in Sprechstunden am Abend und am Samstag.“

Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Pauschalen nach Satz 1 sind einerseits nach Patienten, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals oder erstmals nach 10 Jahren diagnostiziert und behandelt werden, sowie andererseits nach Patienten, bei denen eine begonnene Behandlung fortgeführt wird, spätestens mit Wirkung zum 1. Januar 2020 zu differenzieren; dabei können Morbiditätskriterien zur Abbildung des Schweregrades der Erkrankung berücksichtigt werden.“

Folgende Sätze werden angefügt:

„In den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ist mit Wirkung zum 1. April 2019 ein Zuschlag für die erfolgreiche Vermittlung und Annahme eines Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 aufzunehmen. In den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ist mit Wirkung zum 1. April 2019 ein Zuschlag für die Behandlung in Sprechstunden am Abend und am Samstag aufzunehmen.“

Absatz 2c Satz 1 bis 4 werden wie folgt gefasst:

„Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen der fachärztlichen Versorgung sollen arztgruppenspezifisch und unter Berücksichtigung der

Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen als Grund- und Zusatzpauschalen abgebildet werden; für folgende Leistungen sollen Einzelleistungen vorgesehen werden:

1. Leistungen, bei denen dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist,
2. Leistungen, die nach Absatz 2a Satz 7 telemedizinisch erbracht werden können,
3. Leistungen, die nach Absatz 2a Satz 8 im Wege der Delegation erbracht werden können,
4. Leistungen für die Annahme eines durch einen Hausarzt vermittelten Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 und für die Annahme eines durch die Terminservicestelle vermittelten Behandlungstermins nach § 75 Absatz 1a S. 3 Nummer 3 und
5. Leistungen für die Behandlung in Sprechstunden am Abend und am Samstag.

Mit den Grundpauschalen nach Satz 1 sollen die regelmäßig oder sehr selten und zugleich mit geringem Aufwand von der Arztgruppe in jedem Behandlungsfall erbrachten Leistungen vergütet werden; die Grundpauschalen sind, soweit dies für den Behandlungsanlass und die Arztgruppe medizinisch nicht als sachwidrig anzusehen ist, einerseits nach Patienten, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals oder erstmals nach 10 Jahren diagnostiziert und behandelt werden, sowie andererseits nach Patienten, bei denen eine begonnene Behandlung fortgeführt wird, spätestens mit Wirkung zum 1. Januar 2020 zu differenzieren; dabei können Morbiditätskriterien zur Abbildung des Schweregrads der Erkrankung, falls dieser nicht durch die Zusatzpauschalen nach Satz 3 berücksichtigt wird, berücksichtigt werden. In den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ist mit Wirkung zum 1. April 2019 ein Zuschlag für die Annahme eines Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 und für die Annahme eines durch die Terminservicestelle vermittelten Behandlungstermins nach § 75 Absatz 1a S. 3 Nummer 3 aufzunehmen. In den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ist mit Wirkung zum 1. April 2019 ein Zuschlag für die Behandlung in Sprechstunden am Abend und am Samstag aufzunehmen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 40 Buchstabe b)

§ 87 Abs. 2 Satz 3 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung werden die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband verpflichtet, zum 31.03.2019 ein Konzept zur Aktualisierung der Kalkulationsgrundlagen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) bis zum 31.03.2019 dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorzulegen. Auf dieser Grundlage soll der Bewertungsausschuss eine Anpassung des EBM zum 30.09.2019 beschließen. Im Schwerpunkt sollen Leistungen mit einem hohen technischen Leistungsanteil unter Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsreserven aufgrund des technischen Fortschritts überprüft und angepasst werden. Diese sind zukünftig verpflichtend so abzubilden, dass ab einem Schwellenwert die Bewertung mit zunehmender Leistungsmenge sinkt. Die freiwerdenden Mittel sind zur Förderung der zuwendungsorientierten ärztlichen Leistungen zu nutzen.

Ferner wird die Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamts zu Kosten von Arztpraxen zur verpflichtenden Datengrundlage für die Bewertung ärztlicher Leistungen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt, dass der Gesetzgeber weiterhin die Ziele des Beschlusses des 288. Bewertungsausschusses vom 22. Oktober 2012 teilt.

Die Verpflichtung zur Nutzung der Daten der Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamtes ist sachgerecht. Hierzu wird zunächst angeregt, klarzustellen, dass auch die Heranziehung der Rohdaten der Kostenstrukturstatistik möglich ist.

Darüber hinaus wird angeregt, festzulegen, dass die konkrete Ausgestaltung (insbesondere die Fragebogenerstellung, die Abgrenzung von Arztgruppen etc.) zukünftiger Erhebungen des Statistischen Bundesamtes in enger Abstimmung mit dem BA und Institut des Bewertungsausschusses (InBA) zu erfolgen hat, um die Verwendbarkeit der Daten für die Zwecke des Bewertungsausschusses zu verbessern.

Ferner sollte präzisiert werden, dass der Bewertungsausschuss im Rahmen von § 87 Absatz 3f Satz 1 eigene Sondererhebungen mit Auskunftspflicht (analog der Auskunftspflicht bei der Kostenstrukturstatistik) durchführen und verwenden kann. Dazu ist ein entsprechender Hinweis in § 87 Absatz 3f Satz 1 in Verbindung mit einer Ausweitung der bislang nur für Kran-

kenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen vorgegebenen Auskunftspflicht auf die in die Stichprobe der Erhebung einbezogenen vertragsärztlichen Leistungserbringer notwendig.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 40 Buchstabe b) werden § 87 Abs. 2 Satz 4 und 5 (neu) wie folgt gefasst:

„Basis der Kalkulation bilden grundsätzlich die Rohdaten der Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten des Statistischen Bundesamtes nach dem Gesetz über die Kostenstrukturstatistik (KoStrukStatG); ergänzend können sachgerechte Stichproben von Daten über die Einnahmen und Aufwendungen sowie weiterer Daten von vertragsärztlichen Leistungserbringern verwendet werden. Bei der Fragebogengenerstellung des Statistischen Bundesamtes für die Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten ist der Bewertungsausschuss und das Institut nach Absatz 3b zu beteiligen.

Der Bewertungsausschuss hat die nächste Aktualisierung der Bewertung gemäß Satz 3 spätestens mit Wirkung zum 01. Januar 2020 mit der Maßgabe durchzuführen, insbesondere die Angemessenheit der Bewertung von Leistungen zu aktualisieren, die einen hohen technischen Leistungsanteil aufweisen.“

In § 87 Abs. 3f Satz 1 wird nach der Angabe „§ 140a Absatz 6“ die Angabe „sowie § 87 Absatz 2 Satz 4“ eingefügt, der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt: „die in die Stichprobe der Erhebung von Daten über die Einnahmen und Aufwendungen gemäß § 87 Absatz 2 Satz 4 einbezogenen vertragsärztlichen Leistungserbringer sind diesbezüglich gegenüber dem Bewertungsausschuss auskunftspflichtig.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 40 Buchstabe c)

§ 87 Abs. 2a Satz 23 - Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach der erfolgten Aufnahme von Schweregradzuschlägen für Leistungen im ambulanten Notfall- und Notdienst in den EBM wird die Frist für diese Anpassung gestrichen.

Der Gesetzesentwurf sieht zudem vor, dass ab dem 1. April 2019 die Gebührenordnungspositionen in Abschnitt 1.2 EBM zur Versorgung im ambulanten Notfall- und Notdienst für alle Leistungserbringer (die Gebührenordnungspositionen in Abschnitt 1.2 EBM dürfen neben Vertragsärzten auch von nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, Instituten und Krankenhäusern abgerechnet werden) auch berechnungsfähig sind, wenn zu Sprechstundenzeiten ein Akutfall gem. § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 3 nach Vermittlung durch die Terminservicestelle (TSS) ärztlich behandelt wird.

B) Stellungnahme

Die Streichung der Fristsetzung ist nach Umsetzung der geforderten Maßnahme durch den ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss sachgerecht.

Eine Vergütung von über die TSS vermittelten Akutfällen über die EBM-Leistungen für den ambulanten Notfall- und Notdienst ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht sachgerecht, da es sich um unterschiedliche Patientengruppen handelt. Bei Notfällen besteht eine unmittelbare Gefahr für Leben und Gesundheit des Patienten, die einer sofortigen Behandlung bedarf. Akutfälle weisen keine vitale Bedrohung auf, sondern sind gekennzeichnet durch eine plötzlich auftretende, krankhafte Veränderung mit der Gefahr einer relevanten Schädigung der Gesundheit eines Patienten. Nach bisheriger Systematik würden niedergelassene Ärzte in Akutfällen, die über die TSS vermittelt wurden, ihre Versicherten- und Grundpauschalen berechnen. Diese Form der Abrechnung ist geboten, da die Versorgung von Akutfällen zum originären Auftrag eines Vertragsarztes gehört.

Die Vergütung von Akutfällen mittels der Notfallpauschalen führt zudem zu Fehlanreizen. Die Notfallpauschalen sind je nach Patientenalter und Fachgruppe teilweise niedriger und teilweise höher bewertet als die Versicherten- und Grundpauschalen der Fachgruppen. Besonders im Hinblick auf die im Referentenentwurf vorgesehenen Erstkontakts-Versicherten- bzw. Grundpauschalen gemäß § 87 Abs. 2b Satz 3 und Abs. 2c Satz 2, wäre die Vergütung über die Notfallpauschalen häufig wenig attraktiv. Der intendierte Fördercharakter der Neurege-

lung entfällt damit je nach Fachgruppe und Patientenalter oder es entsteht ein Fehlanreiz, weitere Leistungen abzurechnen, um die entgangenen Einnahmen zu rekompensieren. Die Behandlung von Patienten, die über die Terminservicestellen vermittelt werden, wird im Vergleich zum Status Quo finanziell unattraktiv für Vertragsärzte. In diesem Zusammenhang sei auch daraufhin gewiesen, dass die Selbstverwaltungspartner die besondere Förderungswürdigkeit von Leistungen im Not(fall)dienst zu Sprechstundenzeiten gerade nicht gesehen haben, weswegen von den neu eingeführten Leistungen bei einem Notfall zu Sprechstundenzeiten lediglich die Gebührenordnungsposition 01223 (Schweregradzuschlag für Notfallversorgung zu Sprechzeiten) berechnungsfähig ist.

Des Weiteren besteht keine Notwendigkeit der Förderung der Leistungen im Notfalldienst durch eine extrabudgetäre Vergütung (EGV). Bereits heute werden alle Leistungen im Zusammenhang mit der Erbringung im Not(fall)dienst unquotiert vergütet, was durch einen Vorwegabzug aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) sichergestellt wird. Insofern führt die Neuregelung zu erheblichen Fehlanreizen, jedoch gegenüber dem Status Quo zu keiner tatsächlich höheren Vergütung für den einzelnen Arzt, der Termine anbietet.

Durch die derzeitige Finanzierung der Notfallleistungen bestehen zudem finanzielle Anreize zur Versorgung von Notfallpatienten innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung, die bei einer Ausdeckelung verloren gehen könnten. Damit bestünde die Gefahr, dass vermehrt Patienten in den Notaufnahmen behandelt werden.

Der GKV-Spitzenverband schätzt, dass aufgrund der vorliegenden Regelung zukünftig ca. 130 Mio. Euro extrabudgetär statt wie bisher in der MGV vergütet würden. Die Mehrausgaben für die Beitragszahler belaufen sich auf ca. 30 Mio. Euro jährlich.

Die vorgesehene Vergütung der von den TSS vermittelten Akutfällen über die EBM-Leistungen zur Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Notfalldienst wird abgelehnt. Eine alternative Lösung hat der GKV-Spitzenverband in dieser Kommentierung (vgl. Einleitende Anmerkungen zu Nrn. 40 Buchstabe b) bis 41 Buchstabe a) vorgeschlagen.

C) Änderungsvorschlag

Neufassung von § 87 Abs. 2a Satz 23:

„Die Regelungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen für die Versorgung im Notfall und im Notdienst sind nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren. ~~;~~
~~mit Wirkung zum 1. April 2019 sind die Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall von allen Leistungserbringern abrechnungsfähig, die einen Versicherten in Akutfällen während der Sprechstundenzeiten auf Vermittlung der Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 behandeln.“~~

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 40 Buchstabe d) Doppelbuchstabe aa)

§ 87 Abs. 2b Satz 1 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Neben einer redaktionellen Umstellung sieht der Referentenentwurf für die Gebührenordnungspositionen der hausärztlichen Versorgung eine neue Gebührenordnungsposition für die erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins nach § 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 durch den Hausarzt an den Facharzt bei aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungsterminen vor (vgl. 40 d) cc)).

B) Stellungnahme

Die Förderung der Vermittlung von Patienten mit einem dringenden Behandlungsbedarf durch einen Hausarzt an einen Facharzt wird grundsätzlich begrüßt. Ziel muss es sein, dass Patienten mit einer akuten Erkrankung innerhalb von 24 Stunden fachärztlich versorgt werden. Zur Förderung sowohl der Terminvermittlung durch den Hausarzt als auch der entsprechenden Terminannahme durch den Facharzt ist durch den Bewertungsausschuss ein finanzieller Anreiz zu schaffen. Dieser sollte gleichermaßen auch für erfolgreich innerhalb von spätestens 24 Stunden durchgeführte Facharzttermine von Akutfällen nach Vermittlung durch die Terminservicestelle gelten, statt dies über eine Berechnung von Notfallpauschalen zu lösen.

Die konkrete Ausgestaltung der Leistungen sowie die Definition eines akuten Behandlungsanlasses, der zu einer Terminvermittlung führt, müssen im EBM geregelt werden.

In Abhängigkeit der Definition eines akuten Behandlungsfalls schätzt der GKV-Spitzenverband Mehrkosten aufgrund des vorliegenden Gesetzesentwurfs in Höhe ca. 10 Mio. Euro jährlich.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 40 Buchstabe d) Doppelbuchstabe bb)

§ 87 Abs. 2b Satz 3 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für die Differenzierung von Versichertenpauschalen nach Erst- und Folgekontakten wird eine Frist bis zum 01.04.2019 gesetzt.

Als Neupatienten gelten sowohl Patienten, die zum ersten Mal in der jeweiligen Arztpraxis ärztlich behandelt werden, als auch Patienten, die bereits aufgrund einer anderen Erkrankung in der Praxis behandelt wurden.

Die Regelung, dass Morbiditätskriterien zur Differenzierung nach Schweregraden empirisch auf Grundlage von Abrechnungsdaten zu ermitteln sind, entfällt.

B) Stellungnahme

Eine spezifische Abbildung der Betreuung von Neupatienten im EBM zur Förderung der Aufnahme von neuen Patienten in Arztpraxen wird grundsätzlich begrüßt.

Durch Neupatienten entsteht bei einer ausführlichen Patientenanamnese, der Erhebung der Krankheitsgeschichte, dem Beschaffen von Vorbefunden und Zusammenführung in einer Patientenakte ein ärztlicher Aufwand. Durch eine spezifische Abbildung dieses Aufwandes wird ein Anreiz zur Aufnahme von neuen Patienten geschaffen, die bisher Probleme haben, in einer Arztpraxis aufgenommen zu werden.

Die in der Gesetzesbegründung vorgenommene Abgrenzung eines neuen Patienten zu der auch bekannte Patienten mit neuen Erkrankungen gehören, wird seitens des GKV-Spitzenverbandes jedoch als deutlich zu weitgehend angesehen. Gerade bekannte Patienten haben in der Regel nicht das Problem, einen Termin in ihrer behandelnden Arztpraxis zu bekommen. Wenn jede neue Erkrankung als Erstkontakt definiert würde, ergäbe sich ohne Berücksichtigung einer Bewertungsanpassung von Erst- gegenüber Folgekontakten im EBM aufgrund der neuen Regelungen in § 87a Absatz 3 Satz 5 eine Erhöhung der extrabudgetär zu vergütenden Leistungen um jährlich mindestens 5,2 Mrd. Euro, der eine Bereinigung der MGV um lediglich etwa 4,6 Mrd. Euro gegenüber stünde. Entsprechend ergeben sich allein durch diesen Vorschlag Mehrausgaben in Höhe von 600 Mio. Euro für die Beitragszahler.

Die Regelung ist im höchsten Maße manipulationsanfällig, da ein Anreiz gesetzt wird, andere und *neue* Diagnosen zu dokumentieren, die dann die Abrechnung einer höher bewerteten

Pauschale erlauben. Eine entsprechende Abrechnungsprüfung erscheint angesichts der mehrere 100-millionenfach abgerechneten Versicherten- und Grundpauschalen nahezu unmöglich, da jeweils die Diagnose- und Behandlungsdokumentation des einzelnen Patienten medizinisch zu prüfen wäre. Durch eine mögliche Änderung des Kodierverhaltens der Ärzte („Right- und Upcoding“) würden die Morbiditätsrate, die Gesamtvergütung und somit auch die Beiträge der Versicherten zusätzlich in nicht bezifferbarem Umfang erhöht werden und die Validität der ambulanten Diagnosen insgesamt gefährdet.

Im Unterschied zur Definition eines Neupatienten gemäß Gesetzesbegründung ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ein neuer Patient, wenn er erstmals oder erstmals nach 10 Jahren behandelt wird und Patientenakten nicht mehr vorhanden sind. In der Gesetzesbegründung sollte klargestellt werden, dass von der finanziellen Förderung von Neupatienten ungeeignete Behandlungsanlässe (z. B. planbare Leistungen, Früherkennungsuntersuchungen) sowie Fachgruppen, deren Leistungsspektrum üblicherweise durch Erstkontakte gekennzeichnet ist (z. B. Radiologen), ausgenommen werden.

Die Förderung von Neupatienten sollte aus den vorhandenen finanziellen Mitteln der MGV finanziert werden, da die Behandlung von neuen Patienten ebenso wie die Betreuung bekannter Patienten in der bestehenden vertragsärztlichen Vergütung kalkulatorisch bereits berücksichtigt ist. Eine extrabudgetäre Finanzierung wird abgelehnt.

Hinsichtlich der Fristsetzung wird auf die Ausführungen in den einleitenden Anmerkungen verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Neufassung von Satz 3 wie folgt:

„Die Pauschalen nach Satz 1 sind einerseits nach Patienten, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals oder erstmals nach 10 Jahren diagnostiziert und behandelt werden, sowie andererseits nach Patienten, bei denen eine begonnene Behandlung fortgeführt wird, spätestens mit Wirkung zum 1. April Januar 2020 zu differenzieren; und soweit möglich dabei können nach Morbiditätskriterien zur Abbildung des Schweregrades der Erkrankung zu differenzieren berücksichtigt werden.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 40 Buchstabe d) Doppelbuchstabe cc)

§ 87 Abs.2b Satz 4 und 5 (neu) – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bis zum 01.04.2019 ist durch den Bewertungsausschuss ein Zuschlag für Leistungserbringer des hausärztlichen Versorgungsbereichs bei erfolgreicher Vermittlung eines Behandlungstermins an einen Facharzt in den EBM aufzunehmen.

Die Regelung greift für Fälle, bei denen eine Terminvereinbarung durch den Patienten selbst oder durch die Terminservicestelle aufgrund medizinischer Besonderheit oder Dringlichkeit nicht angemessen oder zumutbar ist.

Wird die Frist für die Aufnahme des Zuschlags in den EBM überschritten, gilt für die Übergangszeit ein Zuschlag von 2 Euro je erfolgreich vermitteltem Termin.

B) Stellungnahme

Die Förderung der Vermittlung von Patienten mit einem dringenden Behandlungsbedarf durch einen Hausarzt an einen Facharzt wird grundsätzlich begrüßt.

Ziel der Versorgungssteuerung muss es sein, dass Patienten mit einer akuten Erkrankung innerhalb von 24 Stunden fachärztlich versorgt werden. Zur Förderung sowohl der Terminvermittlung durch den Hausarzt als auch der entsprechenden Terminannahme durch den Facharzt ist durch den Bewertungsausschuss ein finanzieller Anreiz zu schaffen. Dieser soll gleichermaßen auch für erfolgreich innerhalb von spätestens 24 Stunden durchgeführte Facharzttermine von Akutfällen nach Vermittlung durch die Terminservicestelle gelten.

Angesichts der Förderung der Terminvergabe für Akutfälle ist dabei darauf zu achten, dass Fachärzte auch weiterhin reguläre Termine an Patienten ohne akuten Behandlungsbedarf vergeben. Daher erscheint eine Begrenzung der gesonderten Abrechnungsfähigkeit der Förderung von Akutfällen je Vertragsarzt sinnvoll.

Die konkrete Ausgestaltung der Leistungen sowie die Definition eines akuten Behandlungsanlasses, der zu einer Terminvermittlung führt, sollen im EBM geregelt werden.

In Abhängigkeit der Definition eines akuten Behandlungsfalls schätzt der GKV-Spitzenverband Mehrkosten aufgrund des vorliegenden Gesetzesentwurfs in Höhe ca. 10 Mio. Euro jährlich.

Hinsichtlich der Fristsetzung wird auf die Ausführungen in den einleitenden Anmerkungen verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

„In den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ist mit Wirkung zum 1. April 2019 ein Zuschlag für die erfolgreiche Vermittlung und Annahme eines Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 aufzunehmen.“

Streichung des letzten Satzes in Absatz 2b.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 40 Buchstabe e)

§ 87 Abs. 2c Satz 1 und 2 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für eine Differenzierung von fachärztlichen Grundpauschalen nach Erst- und Folgekontakten wird eine Frist bis zum 01.04.2019 gesetzt. Die Differenzierung soll nur dann erfolgen, wenn sie für die Arztgruppe nicht als sachwidrig anzusehen ist.

Die Regelung, dass Morbiditätskriterien zur Differenzierung nach Schweregraden empirisch auf Grundlage von Abrechnungsdaten zu ermitteln sind, entfällt.

B) Stellungnahme

Eine spezifische Abbildung der Betreuung von Neupatienten im EBM zur Förderung der Aufnahme von neuen Patienten in Arztpraxen wird grundsätzlich begrüßt. Durch Neupatienten entsteht bei einer ausführlichen Patientenanamnese, der Erhebung der Krankheitsgeschichte, dem Beschaffen von Vorbefunden und Zusammenführung in einer Patientenakte ein ärztlicher Aufwand. Durch eine spezifische Abbildung dieses Aufwandes wird ein Anreiz zur Aufnahme von neuen Patienten geschaffen, die bisher Probleme haben, in einer Arztpraxis aufgenommen zu werden.

Die in der Gesetzesbegründung vorgenommene Abgrenzung eines neuen Patienten, zu denen auch bekannte Patienten mit neuen Erkrankungen gehören sollen, wird seitens des GKV-Spitzenverbandes jedoch als deutlich zu weitgehend angesehen. Gerade bekannte Patienten haben in der Regel nicht das Problem, einen Termin in ihrer behandelnden Arztpraxis zu bekommen.

Die Regelung ist im höchsten Maße manipulationsanfällig, da ein Anreiz gesetzt wird, andere und *neue* Diagnosen zu dokumentieren, die dann die Abrechnung einer höher bewerteten Pauschale erlauben. Eine entsprechende Abrechnungsprüfung erscheint angesichts der mehrere 100-millionenfach abgerechneten Versicherten- und Grundpauschalen nahezu unmöglich, da jeweils die Diagnose- und Behandlungsdokumentation des einzelnen Patienten medizinisch zu prüfen wäre. Durch eine mögliche Änderung des Kodierverhaltens der Ärzte („Right- und Upcoding“) würden die Morbiditätsrate, die Gesamtvergütung und somit auch die Beiträge der Versicherten zusätzlich in nicht bezifferbarem Umfang erhöht werden und die Validität der ambulanten Diagnosen insgesamt gefährdet.

Im Unterschied zur Definition eines Neupatienten gemäß Gesetzesbegründung ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ein neuer Patient, wenn er erstmals oder erstmals nach 10 Jahren behandelt wird und Patientenakten nicht mehr vorhanden sind. In der Gesetzesbegründung soll klar gestellt werden, dass von der finanziellen Förderung von Neupatienten ungeeignete Behandlungsanlässe (z. B. planbare Leistungen, Früherkennungsuntersuchungen) sowie Fachgruppen, deren Leistungsspektrum üblicherweise durch Erstkontakte gekennzeichnet ist (z. B. Radiologen), ausgenommen werden.

Die Förderung von Neupatienten sollte aus den vorhandenen finanziellen Mitteln der MGV finanziert werden, da die Behandlung von neuen Patienten ebenso wie die Betreuung bekannter Patienten in der bestehenden vertragsärztlichen Vergütung kalkulatorisch bereits berücksichtigt ist. Eine extrabudgetäre Finanzierung wird abgelehnt.

Hinsichtlich der Fristsetzung wird auf die Ausführungen in den einleitenden Anmerkungen verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Neufassung von Satz 2:

„Mit den Grundpauschalen nach Satz 1 sollen die regelmäßig oder sehr selten und zugleich mit geringem Aufwand von der Arztgruppe in jedem Behandlungsfall erbrachten Leistungen vergütet werden; die Grundpauschalen sind, soweit dies für den Behandlungsanlass und die Arztgruppe medizinisch nicht als sachwidrig anzusehen ist, einerseits nach Patienten, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals oder erstmals nach 10 Jahren diagnostiziert und behandelt werden, sowie andererseits nach Patienten, bei denen eine begonnene Behandlung fortgeführt wird, spätestens mit Wirkung zum 1. ~~April~~ **Januar 2020** zu differenzieren; und soweit möglich und sachgerecht dabei können nach Morbiditätskriterien zur Abbildung des Schweregrads der Erkrankung, falls dieser nicht durch die Zusatzpauschalen nach Satz 3 berücksichtigt wird, zu differenzieren berücksichtigt werden.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 109 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 40 Buchstabe f)

§ 87 Abs. 2d – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung.

B) Stellungnahme

Die Anpassung ist sachlogisch richtig.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) vom 23.07.2018
Seite 110 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 40 Buchstabe g)

§ 87 Abs. 2f (neu) – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Änderung der Nummerierung aufgrund obsolet gewordener Gesetzesvorschrift.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachlogisch richtig.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 40 Buchstabe h)

§ 87 Abs. 2g (neu) – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung verpflichtet den Bewertungsausschuss, innerhalb von drei Monaten nach Abschluss der Vereinbarung nach § 19a Satz 6 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte die Voraussetzungen für die Abrechnungen der Grund- und Versichertenpauschalen im Rahmen der sogenannten offenen Sprechstunde zu regeln. Dabei soll zusätzlich gewährleistet werden, dass vertragsärztliche Leistungen im vorgeschriebenen Umfang der Mindestsprechstundenzeiten erbracht werden. Zudem wird der Überweisungsvorbehalt für die Inanspruchnahme der offenen Sprechstunde mit wenigen Ausnahmen vorgeschrieben.

B) Stellungnahme

Die Vorgabe, mittels des EBM zu gewährleisten, dass Vertragsärzte den vorgeschriebenen Umfang der Mindestsprechstundenzeiten erbringen, ist nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes nicht umsetzbar. Der gesetzlichen Neuregelung liegt möglicherweise der Gedanke zugrunde, dass aus den Abrechnungsdaten die Einhaltung der ärztlichen Mindestsprechstundenzeiten nach § 19a Ärzte-ZV ersichtlich wird. Tatsächlich ist eine Prüfung der Mindestsprechstunden durch Aufsummierung von den EBM-Leistungen zugeordneten Zeiten nur eingeschränkt und für einige Arztgruppen gar nicht möglich. Grund hierfür ist, dass nur für bestimmte Einzelleistungen im EBM Kalkulations- und Prüfzeiten festgelegt werden können. Diese dienen als Anhaltspunkte für eine Prüfung nach § 106d SGB V. Jedoch wurden viele Leistungen (darunter auch für einige Arztgruppen prägende Leistungen) als nicht geeignet für eine zeitbezogene Betrachtung angesehen (z. B. Pauschalleistungen) oder die Prüfzeiten weichen häufig deutlich von den für die Kalkulation herangezogenen Zeiten ab. Dies spiegelt den Umstand wieder, dass der Zeitanatz im Hinblick auf die Vielfalt der medizinischen Fallkonstellationen Ergebnis einer Mischkalkulation ist und eine solche Durchschnittsbetrachtung im Rahmen einer sanktionsbewehrten Abrechnungsprüfung nicht immer angemessene Ergebnisse liefert.

Im Ergebnis der vorgesehenen Regelung müssten sämtliche Leistungen strikt zeitlich getaktet werden, was nicht zuletzt auch inhaltlich mit den in § 87 Abs. 2b und 2c SGB V normierten Vorgaben zur Schaffung von Pauschalen und Leistungskomplexen in Widerspruch steht. Die Grund- und Versichertenpauschalen, die z. B. bei den Hausärzten einen beträchtlichen Teil des Vergütungsvolumens auf sich vereinigen, werden unabhängig von dem tatsächlich aufge-

tretenen zeitlichen und sachlichen Aufwand vergütet. Die Grund- und Versichertenpauschalen sind Quartalspauschalen und decken für diesen Zeitraum das gesamte Behandlungskontinuum bezogen auf die einkalkulierten Teilleistungen ab, sodass ein Abgleich des gegebenenfalls in der Leistung kalkulierten zeitlichen Aufwandes mit einem auf eine Kalenderwoche berechneten Sprechstundenkontingent schon allein deswegen ins Leere liefe.

Darüber hinaus muss bei einer Prüfung der Einhaltung der Mindestsprechstunden über die abgerechneten Leistungen auch die Behandlung von GKV-Versicherten aus Selektivverträgen, die ja auch im Rahmen der Sprechstunden behandelt werden, berücksichtigt werden. Dies ist weder den Krankenkassen noch den Kassenärztlichen Vereinigungen aufgrund der regional unterschiedlichen Regelungen zu Selektivverträgen möglich.

Eine durchgängige Kalkulation von exakten Prüfzeiten für sämtliche vertragsärztliche Leistungen ist aus den vorgenannten Gründen nicht sachgerecht. Daher kann auf diesem Wege die Einhaltung der vorgeschriebenen Mindestsprechstundenzeiten nicht sichergestellt werden. Aus gleichem Grund ist auch eine Überprüfung des Umfangs der in den sogenannten offenen Sprechstunden erbrachten Leistungen nicht umsetzbar, was mit Hinblick auf die in § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 6 SGB V geplante finanzielle Förderung unerlässlich wäre. Es fehlt auch eine Begrenzung der zu den besseren Konditionen von offenen Sprechstunden abrechenbaren Leistungen, z. B. auf eine typischerweise innerhalb von fünf Wochenstunden erbringbare Leistungsmenge.

Der Überweisungsvorbehalt für die Steuerung der Inanspruchnahme der sogenannten offenen Sprechstunde ist zudem nicht ausreichend, da eine Überweisung bislang keinen Indikator für die Dringlichkeit der weiteren Behandlung darstellt.

Die Verbesserung des Zugangs zur ambulanten Versorgung durch flexiblere Sprechzeiten sollte sich jedoch gerade auf diejenigen Patienten mit akutem Behandlungsbedarf – der innerhalb von 24 Stunden einer weiterführenden Behandlung bedarf – konzentrieren. Die sogenannte offene Sprechstunde richtet sich im Referentenentwurf an jeden Versicherten, mit einer Überweisung. Damit werden diese Behandlungskapazitäten zulasten dringender Fälle durch Patienten belegt, für die eine herkömmliche Terminvergabe ausreichend wäre. Entsprechend wird vorgeschlagen, die offene Sprechstunde insbesondere auch für Termine zu öffnen, die als Akutfall über die Terminservicestelle nach § 75 Abs. 1a Satz 3 SGB V vermittelt werden oder von einem Hausarzt an einen Facharzt nach § 73 Abs. 1 Satz 2 Nummer 2 SGB V (vgl. Stellungnahme zu Artikel 13 Nr. 2 a)).

Die vorliegende Konzeption der sogenannten offenen Sprechstunde ist daher nur unzureichend geeignet, die Wartezeiten von Patienten mit dringendem Behandlungsbedarf zu verkürzen.

Bei unveränderter Umsetzung des Gesetzentwurfes geht der GKV-Spitzenverband von jährlichen Mehrausgaben in Höhe von 150 Mio. Euro aus.

Die hier vorgesehene Gesetzesanpassung ist wie dargelegt aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht umsetzbar und die damit verbundenen Ziele durch alternative Förderungsmaßnahmen zielgenauer erreichbar.

Hierzu hat der GKV-Spitzenverband in der Vorbemerkung konkrete Maßnahmen vorgeschlagen.

Der § 87 Absatz 2g SGB V kann damit entfallen. Hinsichtlich der Fristsetzung wird ebenfalls auf die Ausführungen in den einleitenden Anmerkungen verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung des Absatzes 2g.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 40 Buchstabe i)

§ 87 Abs. 3b Sätze 3 bis 7 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Möglichkeit der Beauftragung einer Trägerorganisation oder eines Dritten mit den Aufgaben des Instituts des Bewertungsausschusses.

B) Stellungnahme

Die vorstehende Neuregelung ist eine Aktualisierung der Rechtslage. Da das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) inzwischen errichtet und arbeitsfähig ist, zielt die Ermächtigung des Bundesministeriums zur Beauftragung einer Trägerorganisation des Bewertungsausschusses oder einen Dritten nunmehr auf den Fall ab, dass das InBA seine Aufgaben nicht erfüllt oder aufgelöst worden ist.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 40 Buchstabe j)

§ 87 Abs. 3d – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neufassung des Absatzes 3d von § 87 SGB V wird das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, über die Ausstattung des beauftragten Dritten zu entscheiden.

B) Stellungnahme

Diese Regelung ist nicht sachgerecht. Sie ermächtigt das Bundesministerium für Gesundheit, im Namen und auf Rechnung des Beitragszahlers über die Ausstattung gemäß Absatz 3b beauftragter Dritter mit Personal- und Sachmitteln sowie Daten zu entscheiden, ohne dass die Trägerorganisationen und deren Expertise eingebunden werden müssten. Es steigert erfahrungsgemäß nicht die Qualität von Entscheidungen, wenn Entscheidungs- und Finanzierungsverantwortung nicht in den gleichen Händen liegen. Zudem wird damit die Schwelle zur fachlichen Aufsichtsführung überschritten.

Aus der Gesetzesbegründung werden keine Anhaltspunkte ersichtlich, was diese Durchgriffsmöglichkeiten auf fachliche Entscheidungen des Bewertungsausschusses erforderlich machen würde. Eine Erweiterung der aufsichtsrechtlichen Möglichkeiten und eine Entwicklung hin zu einer Fachaufsicht werden abgelehnt.

Sollte der Gesetzgeber dennoch an dieser Regelung festhalten wollen, ist im neuen Satz 4 von Absatz 3d klarzustellen, dass sich die Entscheidung zur Datennutzung ausschließlich auf den beauftragten Dritten und nicht generell um die Datennutzung durch den Bewertungsausschuss bezieht.

C) Änderungsvorschlag

Streichung des Satzes 4 in § 87 Absatz 3d.

Sollte der Gesetzgeber an dieser Regelung festhalten, sollte der Satz 4 von Absatz 3d folgendermaßen ergänzt werden: „Über die Ausstattung des beauftragten Dritten nach Absatz 3b mit den für die Aufgabenwahrnehmung erforderlichen Sach- und Personalmitteln sowie die Nutzung der Daten gemäß Absatz 3f **durch den beauftragten Dritten** entscheidet das Bundesministerium für Gesundheit.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 116 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 40 Buchstabe k)

§ 87 Abs. 4 Satz 2- Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Anpassung eines Verweises aufgrund der Neufassung von § 89 SGB V zum Schiedsamt.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachlogische Folgeänderung..

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 40 Buchstabe I)

§ 87 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neufassung des § 87 Abs. 5a SGB V soll die Zuständigkeit des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses auf das sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a SGB V übertragen werden.

B) Stellungnahme

Die Einrichtung des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums zur Konfliktlösung für dreiseitige Vereinbarungen zwischen der Ärzteschaft, den Krankenkassen und der Krankenseite wird grundsätzlich begrüßt. Nicht sachgerecht ist hingegen die vorgesehene Erstreckung der Zuständigkeit des Schiedsgremiums nach § 89a SGB V auf den ergänzten Bewertungsausschuss. Der erweiterte ergänzte Bewertungsausschuss ist als ein in das Verfahren des ergänzten Bewertungsausschusses integrierter sach- und zeitnaher Konfliktlösungsmechanismus beizubehalten. Insoweit wird auf die Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 46 verwiesen.

Um unter Beibehaltung der bisherigen Zusammensetzung des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses zukünftig verhindern zu können, dass eine Entscheidung gegen eine Partei auch ohne die Stimmen der Unparteiischen zustande kommen kann, wird – anstelle einer Übertragung der Zuständigkeit auf das sektorenübergreifende Schiedsgremium – eine Verdopplung der Stimmen der fünf unparteiischen Mitglieder im (ergänzten) erweiterten Bewertungsausschuss vorgeschlagen.

Damit ergäbe sich folgende Stimmenverteilung: 3 Stimmen der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bestellten 3 Vertreter, 6 Stimmen der vom GKV-Spitzenverband bestellten 6 Vertreter, 3 Stimmen der von der Deutschen Krankenhausgesellschaft bestellten 3 Vertreter sowie insgesamt 10 Stimmen der 5 unparteiischen Mitglieder. Die Entscheidungen würden wie bisher mit einfacher Mehrheit getroffen; bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. Bei insgesamt 22 Stimmen werden für eine einfache Mehrheit damit 12 Stimmen benötigt. Ohne die Stimmen der Unparteiischen wäre damit weder die Seite der Krankenkassen alleine, noch zusammen mit den Stimmen entweder der Ärzte oder der Krankenhäuser in der Lage, einen Mehrheitsbeschluss herbeizuführen. Dies gilt gleichermaßen für einen gemeinsamen Beschlussantrag der Leistungserbringer. Auch die Unparteiischen insge-

samt hätten allein keine Stimmenmehrheit und bedürften der Unterstützung mindestens einer beteiligten Organisation.

Der sektorenübergreifenden Aufgabenstellung des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses wird bereits nach dem geltenden Recht dadurch Rechnung getragen, dass die Deutsche Krankenhausgesellschaft nach § 87 Abs. 5a Satz 2 SGB V ein unparteiisches Mitglied benennt. Im Hinblick auf die personelle Zusammensetzung besteht daher nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes kein Handlungsbedarf. Falls dies nicht als ausreichend angesehen werden sollte, könnte ergänzend eine Regelung vorgesehen werden, wonach auf Verlangen einer beteiligten Organisation für den ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss eine andere Person als unparteiischer Vorsitzender durch Einigung oder Losverfahren bestimmt wird.

C) Änderungsvorschlag

Art. 1 Nr. 40 Buchstabe I wird wie folgt gefasst:

In Absatz 5a werden die Sätze 3 und 4 durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Bei der Beschlussfassung des erweiterten Bewertungsausschusses nach Satz 1 werden die Stimmen der unparteiischen Mitglieder doppelt gewichtet. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des unparteiischen Vorsitzenden den Ausschlag.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 40 Buchstabe m) Doppelbuchstabe aa)

§ 87 Abs. 6 Satz 6 (neu) – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht kann das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) das Institut des Bewertungsausschuss (InBA) im Falle von nicht zustande gekommenen Beschlüssen des Bewertungsausschusses mit Datenerhebungen und Sachverständigengutachten beauftragen, um Ersatzmaßnahmen des BMG vorzubereiten. Mit der vorgesehenen Neuregelung schafft sich das BMG zusätzlich zum bisherigen Recht die Möglichkeit, das InBA hiermit schon zu beauftragen, wenn gesetzte Fristen noch nicht abgelaufen sind, vorausgesetzt die Bewertungsausschüsse bereiten die Beschlussfassungen nicht oder nicht in einem angemessenen Umfang vor.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die erweiterten Zugriffsrechte auf das Institut des Bewertungsausschusses ab. Für das Bundesministerium für Gesundheit besteht in der Regel keine ausreichend objektive Bewertungsmöglichkeit, festzustellen, ob die Bewertungsausschüsse die Beschlussfassungen nicht oder nicht in einem angemessenen Umfang vorbereiten. Eine Konkretisierung von entsprechenden Anhaltspunkten legt das Gesetz nicht vor. Insofern ist das Zugriffsrecht bei „nicht im angemessenen Umfang“ vorbereiteten Beschlussfassungen völlig unbestimmt.

Ferner bindet die Neuregelung personelle Kapazitäten beim InBA, die dann dem Bewertungsausschuss bzw. dem ergänzten Bewertungsausschuss nicht zur Verfügung stehen und somit einer fristgerechten Beschlussfassung durch die Bewertungsausschüsse sogar entgegenstehen.

Insofern wird ein erweitertes Zugriffsrecht vollumfänglich abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Nr. 40 Buchstabe m) aa) wird gestrichen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 120 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 40 Buchstabe m) Doppelbuchstabe bb)

§ 87 Abs. 6 Satz 9 - Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung aufgrund der Einfügung eines Satzes unter Nr. 40 Buchstabe m) aa).

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Anpassung ist sachlogisch richtig.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 40 Buchstabe m) bb) kann aufgrund der vorgeschlagenen Streichung unter Nr. 40 Buchstabe m) aa) analog gestrichen werden.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 41 Buchstabe a)

§ 87a Abs. 3 Satz 5 – Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung verpflichtet die gesetzlichen Krankenkassen, die mit folgenden Nummern 2 bis 6 neu eingeführten Leistungen mit Preisen der Euro-Gebührenordnung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu vergüten:

1. Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses,
2. Leistungen, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 erbracht werden, soweit es sich nicht um Fälle nach § 75 Absatz 1a Satz 8 handelt, d. h. für Versicherte, denen innerhalb einer Woche ein Behandlungstermin über die Terminservicestelle vermittelt wurde (außer verschiebbare Routineuntersuchungen, Bagatellerkrankungen und vergleichbare Fälle)
3. Leistungen der erfolgreichen Vermittlung eines Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2, d. h. durch einen Hausarzt bei einem Facharzt aus medizinischen Gründen vermittelte Termine,
4. Leistungen, die während der Sprechstundenzeiten in Akutfällen nach § 87 Absatz 2a Satz 23 (d. h. über die Terminservicestelle nach einer Priorisierung vermittelte Termine) und in Notfällen erbracht werden,
5. Leistungen der Versicherten- und Grundpauschalen nach § 87 Absatz 2b Satz 3 und Absatz 2c Satz 2 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 nach § 87 Absatz 2g behandelt werden.

Die Möglichkeit, darüber hinaus weitere förderungswürdige Leistungen mit Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten, bleibt bestehen.

B) Stellungnahme

Grundsätzlich wird begrüßt, dass der Terminstellenservice deutlich ausgebaut, die Terminvermittlung und -vergabe für gesetzlich Versicherte verbessert und offene Sprechzeiten verpflichtend eingeführt werden sollen.

Die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung gehört jedoch zu den Kernaufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen. Nach § 75 Abs. 1a Satz 1 SGB V umfasst der Sicherstellungsauftrag auch eine angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung.

Gleichwohl wird anerkannt, dass die vertragsärztliche Terminvergabe und -vermittlung teilweise nicht richtig funktioniert. Der GKV-Spitzenverband geht jedoch davon aus, dass die vorgesehene neue Vergütungs- und Leistungsstruktur in § 87 deutlich vereinfacht werden kann, während die intendierte Anreizstruktur gleichzeitig zielgenauer ausgestaltet wird, um das Reformziel – den Zugang gesetzlich Versicherter zur ambulanten Versorgung zu verbessern – zu erreichen.

Hierzu hat der GKV-Spitzenverband in der Vorbemerkung (vgl. Einleitende Anmerkungen zu Nrn. 40 Buchstabe b) bis 41 Buchstabe a) konkrete Maßnahmen vorgeschlagen, die u. a. Zuschläge z. B. für Abendsprechstunden oder bei akuten Überweisungserfordernissen vorsehen.

Der GKV-Spitzenverband schätzt, dass aufgrund der geplanten umfangreichen gesetzlichen Neuregelungen Leistungen im Wert von insgesamt mindestens 6,8 Mrd. Euro zusätzlich extrabudgetär vergütet werden müssten und dem eine Reduzierung der MGV durch Bereinigung von lediglich 6,0 Mrd. Euro gegenüber steht. Das bedeutet, dass lediglich 50 Prozent statt heute 66 Prozent der Gesamtvergütung noch einer Mengensteuerung unterliegen würden. Von den Grund- und Versichertenpauschalen würden ca. 80 Prozent entbudgetiert werden. Eine derart weitreichende Ausdeckelung der Versicherten-, Grund- und Notfallpauschalen wäre mit einem grundlegenden Legitimationsverlust der Budgetierung als Mengensteuerungsinstrument verbunden und der Ausstieg aus der Mengensteuerung in der ambulanten Versorgung wäre vollzogen. Die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung ist jedoch ein wichtiges Steuerungsinstrument, um zu befördern, dass in der vertragsärztlichen Versorgung ausschließlich medizinisch notwendige Leistungen unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes erbracht werden.

Da die vertragsärztliche Vergütungssystematik die Besonderheit der Leistungsmengensteuerung durch die Ärzte in sich trägt, ist die Aufrechterhaltung einer Mengensteuerung alternativlos. Die sich aus dem vorliegenden Referentenentwurf ergebende Honorarsteigerung ist nicht per se mit einer Verbesserung der Versorgung gesetzlich Versicherter verbunden. Im Gegenteil, durch Leistungsausweitungen würden sich die viel zu langen Wartezeiten für GKV-Versicherte mit großer Wahrscheinlichkeit weiter verlängern.

Die Notwendigkeit der Mengensteuerung zeigt sich auch an den Steigerungsraten in der EGV, die im Durchschnitt bei 5,9 % pro Jahr (jahresdurchschnittliche Steigerungsrate zwischen 2015 und 2017) lag und damit weit über dem Wachstum der Grundlohnrate und der gemessenen Morbiditätsveränderungen aufgrund des demografischen Wandels liegen.

Aus Sicht des einzelnen Arztes, dessen wesentliche Leistungen derzeit keiner Abstufung durch die Honorarverteilungsregelung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung unterliegen, entsteht bei einer Entbudgetierung der Versicherten- und Grundpauschalen auch kein finanzieller Anreiz zur Behandlung weiterer Patienten. Darüber hinaus entfalten die regional unterschiedlichen Honorarverteilungsregelungen der Kassenärztlichen Vereinigungen eigene Steuerungswirkungen, die dem vom Gesetzgeber möglicherweise intendierten Anreiz zur Leistungserbringung durch die Entbudgetierung der Grund- und Versichertenpauschalen zuwiderlaufen können.

So wird es komplett unterschiedliche Anreize für Ärztinnen und Ärzte je nach ärztlicher Fachgruppe, nach Kassenärztlicher Vereinigung und nach ggf. derzeit bestehender Abstufung geben, mehr oder ggf. auch weniger Leistungen zu erbringen. Eine klare, vorhersehbare Anreizwirkung, die auf die Versorgung steuernd einwirkt, ist somit nicht gegeben.

Eine extrabudgetäre Vergütung der Grund- und Versichertenpauschalen, die im Rahmen der offenen Sprechstunde abgerechnet werden, ist zudem nicht geboten, da Vertragsärzte bereits heute durchschnittlich weit mehr als 25 Sprechstunden je Woche anbieten und die Erhöhung des Mindestsprechstundenangebotes somit nicht zu längeren Arbeitszeiten der Vertragsärzte führen wird. Lediglich die Ärzte, die bisher für GKV-Versicherte weniger als 25 Sprechstunden je Woche angeboten haben, werden verpflichtet ihr Sprechstundenangebot umzustrukturieren.

Eine Ausbudgetierung von Versicherten- und Grundpauschalen und anderen ärztlichen Leistungen für Neupatienten und Patienten, die in offenen Sprechstunden behandelt werden sowie von Notfallleistungen, wird daher abgelehnt.

Sollte der Gesetzgeber jedoch an seinem Regelungsvorschlag festhalten, muss auf die erheblichen Umsetzungsprobleme dieser Regelungen hingewiesen werden:

1. Bislang kann in der Regel jede Leistung eindeutig der MGV oder der EGV zugeordnet werden. Insbesondere mit den in § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 2 (neu) genannten Leistungen wären zukünftig potenziell sämtliche damit verbundenen Gebührenordnungspositionen sowohl in der MGV als auch in der EGV abrechenbar. Der GKV-Spitzenverband schätzt, dass aufgrund dieser Regelung ca. 100 Mio. Euro jährlich zusätzlich extrabudgetär vergütet werden. Dem stünde eine Bereinigungssumme von ca. 90 Mio. Euro in der MGV gegenüber. Allerdings würde es zu erheblichen Folgeänderungen bei der Abrechnungserstellung, Abrechnungsprüfung und Honorarverteilung mit entsprechend hohem bürokratischem Mehraufwand kommen. Zudem würden auch die zwingend erforderlichen Verfahren zur Bereinigung z. B. aufgrund von Selektivverträgen oder aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung sowie zur Bestimmung der MGV-relevanten Veränderung der Morbiditätsstruktur zu weiterem bürokratischem Mehraufwand führen.

- Sollte an dieser Neuregelung festgehalten werden, sollten zumindest ähnlich wie in den Nummern 5 und 6 auch in der Nummer 2 des neugefassten § 87a Absatz 3 Satz 5 SGB V lediglich die Leistungen der damit verbundenen Versicherten- und Grundpauschalen extrabudgetär vergütet werden.
2. Nach derzeitigem Stand würde die Neuregelung in § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 2 SGB V dazu führen, dass potenziell alle in einem durch die Terminservicestelle vermittelten Behandlungsfall erbrachten Leistungen einer Arztpraxis (also auch von Gemeinschaftspraxen), außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet würden. Dies stellt einen erheblichen Anreiz zur Mengenausweitung unabhängig von dem ursprünglichen Anlass der Terminvermittlung dar. Da die Behandlung einer Krankheit, aufgrund der die Terminvermittlung notwendig war, allermeistens nur durch einen Arzt durchgeführt wird, sollten, wenn überhaupt, nur die Leistungen im Arztfall außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden. Die Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung einer erfolgreichen Vermittlung eines dringend erforderlichen Behandlungstermins durch die Terminservicestelle wäre jedoch derzeit nicht möglich, da die Diagnosen bislang je Behandlungsfall, d.h. je Arztpraxis und nicht je Arzt übermittelt werden.
 - Die Ergänzungen in § 295 Abs. 1 Nr. 3 SGB V sowie in § 295 Abs. 2 Satz 1 Nummer 2 SGB V „die Arztnummer des Arztes, bei dem der Termin vermittelt wurde“ sind nur sinnvoll, wenn ein Bezug zu einem Arztfall vorhanden wäre; die Einführung eines Arztfalles in der Abrechnung wäre daher zur Umsetzung der vorgesehenen Regelungen zwingend erforderlich.
 3. Bezüglich der sich ergebenden Probleme im Zusammenhang mit der Neuregelung in § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 4 SGB V (Leistungen, die während der Sprechstundenzeiten in Akutfällen und in Notfällen erbracht werden) wird auf die Ausführungen zu § 87 Absatz 2a Satz 3 SGB V verwiesen — und für Nummer 5 (Leistungen für Neupatienten) auf die Ausführungen zu § 87 Absatz 2b Satz 3 und Absatz 2c Satz 2 SGB V.
 4. Die geplante Neuregelung zu offenen Sprechstunden schafft in der derzeit vorgesehenen Ausgestaltung Fehlanreize. So dürfte es für einen größeren Teil der Arztpraxen attraktiv sein, unverhältnismäßig viele offene Sprechstunden anzubieten, um so von der intendierten extrabudgetären Vergütung der Versicherten- und Grundpauschalen zu profitieren. Nach Schätzungen des GKV-Spitzenverbandes könnten durch die bisher vorgesehene Regelung bereits ohne Berücksichtigung von Fehlanreizen Grund- und Versichertenpauschalen in einer Größenordnung von ca. 2,8 Mrd. Euro künftig extrabudgetär vergütet werden. Dem stünde nur eine Reduzierung der MGV aufgrund der Bereinigung in Höhe von ca. 2,5 Mrd. Euro gegenüber. Davon fielen vermutlich höchstens die Hälfte für Neupatienten an, die gemäß § 87 Absatz 2b Satz 3 und Absatz 2c Satz 2 ohnehin besser vergütet werden sollen.

- Der GKV-Spitzenverband begrüßt zwar ausdrücklich die Verpflichtung zu offenen Sprechstunden, nur sollten diese in der Zahl begrenzt sein. Andernfalls könnte das Angebot terminbezogener Behandlungen über Gebühr sinken und so die regelmäßige Versorgung chronisch erkrankter Bestandspatienten in Frage stellen. Terminbezogene Behandlungen erlauben überdies eine effizientere Praxisorganisation. Diese Effizienzgewinne erhöhen die Behandlungskapazität der Arztpraxen und sollten nicht durch eine zu starke Ausdehnung der offenen Sprechstunden gefährdet werden.
 - Es wird daher vorgeschlagen, zumindest die extrabudgetäre Abrechnung der Versicherten- und Grundpauschalen in offenen Sprechstunden auf maximal 5 Wochenstunden zu begrenzen. Dabei müssen die offenen Sprechstunden so operationalisiert werden, dass sie zweifelsfrei messbar sind und dabei tatsächlich in vollem Umfang für GKV-Versicherte und für GKV-Leistungen geleistet werden. Andernfalls wäre zu befürchten, dass von der niedrigschwelligen Möglichkeit zur Terminwahrnehmung vor allem Privatpatienten profitieren.
5. Zur Umsetzung der erforderlichen Bereinigung der Gesamtvergütung ist eine explizite und konkrete Vorgabe zur Bereinigung erforderlich. Der bisherige Hinweis in der Begründung ist u. E. nicht zielführend. Zudem ist der dort formulierte Text sehr vage und missverständlich: Die Beteiligten sollen lediglich prüfen, ob und wie bereinigt werden soll. Die Gesamtvertragspartner sollten stattdessen explizit verpflichtet werden, die Leistungen nach Satz 5, Nr. 2, 5 und 6 nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu bereinigen und dies bei der Anpassung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 4 zu berücksichtigen.

C) Änderungsvorschlag

Der GKV-Spitzenverband geht davon aus, dass die vorgesehene neue Vergütungs- und Leistungsstruktur in § 87 deutlich vereinfacht werden kann, während die intendierte Anreizstruktur gleichzeitig zielgenauer ausgestaltet wird, um das Reformziel – den Zugang gesetzlich Versicherter zur ambulanten Versorgung zu verbessern – zu erreichen. Die Neufassung des § 87a Absatz 3 wird daher in dieser Form abgelehnt und stattdessen auf die vorgeschlagenen Maßnahmen (vgl. Einleitende Anmerkungen zu Nrn. 40 Buchstabe b) bis 41 Buchstabe a)) des GKV-Spitzenverbandes verwiesen.

Wird an der Neuregelung des § 87a Absatz 3 trotz der benannten Mängel festgehalten, sollten zumindest folgende Änderungen vorgenommen werden:

Änderungen in § 87a Absatz 3:

Satz 5 Nummer 2 wird wie folgt geändert: „Leistungen“ wird ersetzt durch „Leistungen der Versicherten- und Grundpauschale“ und nach „Nummer 1“ werden die Wörter „von einem Arzt“ eingefügt.

In Satz 5 Nummer 5 wird nach „Grundpauschalen“ eingefügt: „in einem Umfang von maximal 5 Wochenstunden“.

Nach dem neuen Satz 6 wird folgender Satz 7 eingefügt:

„Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien haben den extrabudgetär zu vergütenden Behandlungsbedarf aufgrund der Leistungen nach Absatz 3 Satz 5 Nr. 2, 3, 4, 5 und 6 bei der Anpassung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 4 jährlich aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu bereinigen. Dabei haben sie die Vorgaben nach § 87a Abs. 5 Satz 7 erster Halbsatz zu berücksichtigen.“

In § 295 Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „Behandlungsfall“ durch „Arztfall“ ersetzt. (s. Stellungnahme zu Nummer 86 Buchstabe d).

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 127 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 41 Buchstabe b) aa)

§ 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 – Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Buchstabe a).

B) Stellungnahme

Siehe Stellungnahme zu Nr. 41 Buchstabe a).

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 128 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 41 Buchstabe b) bb)

§ 87a Abs. 5 Satz 7 - Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Buchstabe a).

B) Stellungnahme

Siehe Stellungnahme zu Nr. 41 Buchstabe a).

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 129 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 42

§ 87b Abs. 4 Satz 1 - Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung eines Verweises.

B) Stellungnahme

Mit der Verweisänderung wird nun sachgerecht auf § 87b Absatz 2 Satz 3 statt zuvor auf Satz 2 verwiesen, der besonders förderungswürdige Praxisnetze benennt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 130 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 43

§ 87d – Vergütung vertragsärztlicher Leistungen im Jahr 2012

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen zum § 87d werden ersatzlos gestrichen. Sie beinhaltet Regelungen zur Vergütung von vertragsärztlichen Leistungen, die ausschließlich das Jahr 2012 betreffen.

B) Stellungnahme

Die Streichung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 44

§ 87e – Zahlungsanspruch bei Mehrkosten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch Aufnahme des § 29 Abs. 5 in das SGB V können zukünftig auch in der kieferorthopädischen Versorgung Mehrleistungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte abgerechnet werden. Aus diesem Grund wird § 87e Satz 1 entsprechend ergänzt.

B) Stellungnahme

Nach § 87e ist Abrechnungsgrundlage für die Mehrkosten nach § 28 Abs. 2 Satz 2 und jetzt neu nach § 29 Abs. 5 sowie nach § 55 Abs. 4 die Gebührenordnung für Zahnärzte. Der Zahlungsanspruch des Vertragszahnarztes gegenüber dem Versicherten für Mehrleistungen bei diesen Leistungen ist nach § 87e Satz 2 auf das 2,3fache des Gebührensatzes begrenzt. Nach § 87e Satz 3 ist bei Mehrkosten für lichthärtende Composite-Füllungen im Seitenzahnbereich nach § 28 Abs. 2 Satz 2 höchstens das 3,5 fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte berechnungsfähig. Durch die Sätze 4 und 5 des § 87e SGB V werden die zuvor genannten Begrenzungen des Gebührensatzes jedoch wieder aufgehoben, sodass die Sätze 2 und 3 keine Wirkung entfalten. Dies hat zur Folge, dass die Vereinbarung höherer Gebührensätze als der in § 87e Satz 2 und 3 genannten Steigerungssätze möglich ist. Wenn man schon daran festhalten möchte, dass mehrkostenfähige Leistungen nach der GOZ abgerechnet werden können, ist zum Schutz der Versicherten vor finanzieller Überforderung eine dauerhafte Begrenzung der Gebührensätze in das SGB V aufzunehmen und die Sätze 4 und 5 ersatzlos zu streichen.

Neben dem Schutz des Versicherten vor finanzieller Überforderung ist auch die Transparenz über das Versorgungsgeschehen sicherzustellen. Zur Schaffung dieser Transparenz ist es erforderlich, dass die Krankenkassen bei der Planung und Abrechnung Kenntnis über die erbrachten außervertraglichen Leistungen erhalten. Nur so kann die am Bedarf orientierte Versorgung für die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung weiterentwickelt werden. Diese Transparenz wird dadurch hergestellt, indem die GOZ-Leistungen nach § 28 Abs. 2, § 29 Abs. 5 und § 55 Abs. 4 bei der Abrechnung an die Krankenkasse übermittelt werden.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 44 wird wie folgt gefasst:

„In § 87e Satz 1 wird nach der Angabe „§ 28 Absatz 2 Satz 2“ die Angabe „, § 29 Absatz 5“ eingefügt. Die Sätze 4 und 5 werden gestrichen.“

In § 295 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 werden nach dem Wort „Befunden“ die Wörter „einschließlich der Leistungen nach § 28 Abs. 2 Satz 2, § 29 Abs. 5 Satz 4 und § 55 Abs. 4 unter Angabe der Gebührennummer, des Betrags und des Gebührensatzes,“ eingefügt.

In § 295 Absatz 2 Satz 1 Nr. 6 werden nach dem Wort „Befunden“ die Wörter „einschließlich der Leistungen nach § 28 Abs. 2 Satz 2, § 29 Abs. 5 Satz 4 und § 55 Abs. 4 unter Angabe der Gebührennummer, des Betrags und des Gebührensatzes,“ eingefügt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 45

§ 89 – Schiedswesen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift des § 89 SGB V zu den Schiedsämtern im vertrags(zahn)ärztlichen Bereich soll im Interesse einer übersichtlichen und möglichst einheitlichen Regelungssystematik im Zuge der Einrichtung des neuen sektorenübergreifenden Schiedsgremiums nach § 89a SGB V neu strukturiert werden. Hinsichtlich der Bestimmung der unparteiischen Mitglieder für den Fall der Nichteinigung zwischen den beteiligten Organisationen ist eine Abkehr vom bisher praktizierten Losverfahren zugunsten einer Bestimmung durch die jeweilige Aufsichtsbehörde vorgesehen.

B) Stellungnahme

Das mit der Änderung verfolgte Ziel, eine weitgehende Parallelität von § 89 SGB V zur neu geschaffenen Regelung des § 89a SGB V herzustellen, wird befürwortet. Durch die vorgesehenen Änderungen wird insbesondere die Übersichtlichkeit der Norm verbessert. Gegenüber dem Gesetzesentwurf werden jedoch folgende Änderungen vorgeschlagen:

1. Bestimmung der Vertreter

Im Hinblick auf die Benennung der Vertreter der Ärzte und Krankenkassen (Absatz 5 Satz 6) sollte im Gesetzestext klargestellt werden, dass diese durch die jeweilige entsendende Organisation bestellt werden.

Für den Fall, dass eine Bestellung durch die entsprechende Organisation nicht zustande kommt, soll nach Absatz 5 Satz 6 eine Bestellung durch die Aufsichtsbehörde erfolgen. Hier sollte deutlich gemacht werden, dass die Bestellung durch die zuständige Aufsichtsbehörde nur ergänzend erfolgt, soweit eine Bestellung durch die Organisationen nicht zustande gekommen ist.

2. Bestimmung der unparteiischen Mitglieder

Für den Fall der Nichteinigung der Parteien über die unparteiischen Mitglieder sehen sowohl § 89 als auch § 89a SGB V eine Bestimmung durch die zuständige Aufsichtsbehörde vor. Diese wird aus denselben Erwägungen wie bei § 89a SGB V auch hier abgelehnt. Insoweit wird ergänzend auf die Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 46 verwiesen.

Stattdessen ist das bereits bisher in § 89 SGB V vorgesehene Losverfahren beizubehalten, allerdings in modifizierter und vereinfachter Form. Ein solches Losverfahren belässt den Parteien entsprechend dem Grundgedanken der gemeinsamen Selbstverwaltung auch für den Fall der Nichteinigung die Einflussnahme auf die Bestimmung der unparteiischen Mitglieder durch die Benennung von Kandidaten für die nicht besetzten Ämter. Ein solches Vorgehen für den Fall der Nichteinigung stellt das mildere Mittel im Vergleich zur Bestimmung durch die Aufsichtsbehörde dar. Hinzukommt, dass die Akzeptanz der von der Aufsichtsbehörde bestimmten Unparteiischen nicht notwendigerweise größer sein wird als die von gelosten Unparteiischen.

Die Amtszeit von gelosten Unparteiischen sollte – wie bisher – auf ein Jahr begrenzt sein. Weiterhin ist vorzusehen, dass ein geloster unparteiischer Vorsitzender oder geloste unparteiische Mitglieder in der unmittelbar folgenden Amtsperiode nicht erneut aufgrund eines Losverfahrens Mitglied des Schiedsamtes sein können. Dies dient ebenfalls der Erhöhung der Akzeptanz. Nicht ausgeschlossen ist dagegen, dass ein zunächst geloster Unparteiischer für die unmittelbar folgende Amtszeit einvernehmlich von den Vertragsparteien benannt wird. Auf diese Weise kann ein Unparteiischer, der aufgrund seiner Amtsführung von allen Seiten akzeptiert wird, sein Amt fortführen. Es ist zu erwarten, dass die Einigungsbereitschaft der Vertragsparteien durch die Kombination einer kurzen Amtszeit mit einem Ausschluss bereits per Los bestellter Unparteiischer gefördert wird.

Die Regelung, wonach die unparteiischen Mitglieder als bestellt gelten, sobald sie sich den beteiligten Organisationen gegenüber zur Amtsübernahme bereit erklärt haben, muss auch auf die Stellvertreter der Unparteiischen erstreckt werden. Zudem erscheint die – allerdings auch im bisherigen Recht vorgesehene – Ausgestaltung der Bestellung als Fiktion verzichtbar.

3. Teilnahme der Aufsichtsbehörde an den Sitzungen

Die vorgesehene Teilnahme von Vertretern der Aufsichtsbehörde an den Sitzungen soll sich nach § 8 Abs. 1 Satz 4 Schiedsamtverordnung RefE auch auf die Beratungen und Beschlussfassungen des Schiedsamtes erstrecken.

Die Teilnahme von Vertretern der Aufsichtsbehörde an den Beratungen und bei der Beschlussfassung des Schiedsamtes wird abgelehnt. Eine solche Regelung ist weder geeignet noch erforderlich. Insbesondere kann die Anwesenheit von Vertretern der Aufsichtsbehörde bei der Beratung und Beschlussfassung die offene Meinungsäußerung und Kompromissfindung behindern. Als milderes Mittel ist eine erweiterte Möglichkeit zur Protokollierung der Beratung und Beschlussfassung vorstellbar.

Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf die Stellungnahme zu Art. 5 des Referentenentwurfs verwiesen.

4. Fristsetzung und Alleinentscheidung der Unparteiischen

Absatz 9 bestimmt, dass die zuständige Aufsichtsbehörde eine Frist zur Entscheidung setzt, wenn innerhalb von drei Monaten nach Einleitung des Verfahrens keine Entscheidung zustande gekommen ist. Eine solche starre Handhabung wird der Vielschichtigkeit von Schiedsverfahren nicht gerecht. Gerade in Verfahren, in denen es um die Festsetzung zahlreicher Vertragsbestandteile geht, wie z. B. bei den Schiedsverfahren zur Vereinheitlichung der Bundesmantelverträge im ärztlichen und zahnärztlichen Bereich, kann eine Frist von drei Monaten gegebenenfalls schon aufgrund des Umfangs und der Komplexität des Streitgegenstandes nicht eingehalten werden, ohne dass den Parteien oder den Unparteiischen der Vorwurf einer Verzögerung oder gar Blockade zu machen ist. Um der Aufsichtsbehörde in dieser Situation eine flexible Handhabung zu ermöglichen, sollte lediglich eine Möglichkeit zur Fristsetzung vorgesehen werden.

Die Regelung, wonach die unparteiischen Mitglieder des Schiedsamts nach Ablauf der durch die Aufsichtsbehörde gesetzten Frist den Vertragsinhalt allein festlegen, wird abgelehnt. Insofern kann ergänzend auf die Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 46 verwiesen werden. Zwar entsteht bei drei unparteiischen Mitgliedern im Unterschied zur Regelung in § 89a SGB V nicht die Situation, dass es de facto zu einer Alleinentscheidung des unparteiischen Vorsitzenden kommt. Doch bleibt es beim grundlegenden Einwand, dass entsprechend dem Grundkonzept der gemeinsamen Selbstverwaltung die Entscheidung bei den Parteien bleiben sollte, zumal Fristüberschreitungen nicht notwendig auf Blockadehaltungen der Organisationen zurückgehen müssen, sondern in der besonderen Komplexität des Regelungsgegenstandes begründet sein können.

5. Klagen gegen eine Beanstandung

In Absatz 10 Satz 7 wird für Klagen gegen die Beanstandung eine entsprechende Anwendbarkeit von Absatz 9 Satz 2 angeordnet. In dieser Vorschrift ist allerdings die Festsetzung des Vertragsinhalts für den Fall des fruchtlosen Fristablaufs geregelt. Der Verweis sollte sich daher auf Absatz 9 Sätze 4 und 5 beziehen, die regeln, dass Klagen keine aufschiebende Wirkung zukommt und ein Vorverfahren nicht stattfindet.

6. Schiedsämter Zahntechnik

Im Hinblick auf die Schiedsämter im Bereich Zahntechnik auf Bundes- und Landesebene (Absätze 12 und 13 des Referentenentwurfs) greift die Anordnung der entsprechenden Geltung der Absätze 3, 4, 6 und 10 Satz 2 zu kurz. Da sich hier in Bezug auf die Besetzung des Gremiums vergleichbare Probleme wie bei den übrigen Schiedsämtern ergeben können, ist ein Verweis auch auf Absatz 5 Sätze 4 bis 7 sachgerecht. Auch sollten die in Absatz 7 bis 9 genannten Regelungen, insbesondere zur Weisungsungebundenheit der Mitglieder, Beschluss-

fähigkeit und Entscheidungsfindung, miteinbezogen werden. Letztlich sollte neben Absatz 10 Satz 2 auch Absatz 10 Satz 3 zum Umfang der Aufsicht Anwendung finden.

C) Änderungsvorschlag

Art. 1 Nr. 45 wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 5 Satz 6 wird nach dem Wort „werden“ das Wort „jeweils“ eingefügt.
2. Absatz 5 Satz 7 wird wie folgt gefasst:
„Soweit eine Bestellung durch die Organisationen nicht zustande kommt, bestellt nach Fristsetzung die Aufsichtsbehörde die Vertreter und Stellvertreter.“
3. In Absatz 6 werden die Sätze 3 und 4 gestrichen und durch die folgenden Sätze 3 bis 8 ersetzt:
„Über den Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Parteien einigen. Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, entscheidet das Los. Für jedes Amt, über dessen Besetzung eine Einigung nicht zustande gekommen ist, findet ein separater Losgang statt, in dem die Parteien jeweils einen Kandidaten benennen. Die Amtsdauer beträgt bei Bestimmung durch Los ein Jahr. Wurde der unparteiische Vorsitzende oder ein unparteiisches Mitglied aufgrund eines Losverfahrens bestellt, kann dieselbe Person in der unmittelbar folgenden Amtszeit nicht erneut durch ein Losverfahren für das Schiedsamt ausgewählt werden. Die unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreter sind bestellt, sobald sie sich den beteiligten Organisationen gegenüber zur Amtsübernahme bereit erklärt haben.“
4. Absatz 9 Satz 2 wird gestrichen.
5. In Absatz 10 Satz 7 wird die Angabe „Satz 2“ durch die Angabe „Satz 4 und 5“ ersetzt.
6. Absatz 12 Satz 3 wird wie folgt gefasst:
„Im Übrigen gelten Absatz 3 und 4, Absatz 5 Satz 4 bis 7, Absatz 6 bis 9 und Absatz 10 Satz 2 und 3 sowie die auf Grund des Absatzes 11 erlassene Schiedsamtsverordnung entsprechend.“
7. Absatz 13 Satz 3 wird wie folgt gefasst:
„Im Übrigen gelten Absatz 3 und 4, Absatz 5 Satz 4 bis 7, Absatz 6 bis 9 sowie Absatz 10 Satz 2 und 3 entsprechend.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 46

§ 89a – Sektorübergreifendes Schiedsgremium

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit einem neuen sektorenübergreifenden Entscheidungsgremium zur Konfliktlösung bei dreiseitigen Vereinbarungen zwischen der Ärzteschaft, den zugelassenen Krankenhäusern und der Krankenkassenseite sollen Kompetenzen gebündelt, die bisher zum Teil unterschiedlichen Regelungen vereinheitlicht, und eine sachgemäße, interessengerechte und zügige Konfliktlösung sichergestellt werden.

Das sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a SGB V soll aus je zwei Vertretern der Ärzte, der Krankenkassen und der zugelassenen Krankenhäuser, ergänzt durch einen unparteiischen Vorsitzenden und ein weiteres unparteiisches Mitglied, bestehen. Alle Mitglieder verfügen über je eine Stimme, wobei Entscheidungen mit einer Mehrheit von 2/3 der Stimmen getroffen werden. Für den Fall des Nichterreichens dieses Quorums ist eine Entscheidung allein durch die beiden Unparteiischen vorgesehen, wobei bei Uneinigkeit die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag gibt.

Nach der Neuregelung bestellt das Bundesministerium für Gesundheit als Aufsichtsbehörde den Vorsitzenden und das weitere unparteiische Mitglied sowie deren Stellvertreter, wenn sich die Vertragsparteien über die Benennung der Mitglieder nicht einigen. Diese Regelung ersetzt das bisher z. B. für die Schiedsämter nach § 89 SGB V vorgesehene Losverfahren.

Auf der Bundesebene sollen dem sektorenübergreifenden Schiedsgremium folgende Entscheidungen übertragen werden:

Rahmenvertrag zum Entlassmanagement (§ 39 Abs. 1a SGB V),

Rahmenvertrag zum Entlassmanagement bei stationärer medizinischer Rehabilitation (§§ 40 Abs. 2, 41 Abs. 1 Satz 4 SGB V),

Höhe der Meldevergütung Krebsregister (§ 65c Abs. 6 SGB V),

Umfang und Durchführung der Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin (§ 75a Abs. 4 SGB V),

Vergütung der Zweitmeinung (§ 87 Abs. 2a Satz 9 SGB V),

Vergütung im Notfall und Notdienst (§ 87 Absatz 2a Satz 23 und 24 SGB V),

Katalog und Vergütung für ambulantes Operieren (§ 115b Abs. 1 SGB V),

Vergütung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (§ 116b Abs. 6 Satz 2 SGB V),
Vergütung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach § 116b Abs. 6 Satz 2 (§ 116b Abs. 6a Satz 8 SGB V),
Vereinbarung über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens in der ambulanten spezialärztlichen Versorgung (§ 116b Abs. 6 Satz 12),
Vereinbarung über die Patientengruppen in Hochschulambulanzen (§ 117 Abs. 1 Satz 5),
Vereinbarung über psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 Abs. 2 SGB V),
Vereinbarung über geriatrische Institutsambulanzen (§ 118a Abs. 2 SGB V) und
Vereinbarung zu einem bundesweiten Verzeichnis in Krankenhäusern und ihren Ambulanzen tätiger Ärzte (§ 293 Abs. 7 SGB V).

Den sektorenübergreifenden Schiedsgremien auf Landesebene sollen folgende Aufgaben zugewiesen werden:

Modellvorhaben zum Screening auf 4MRGN (§ 64c Abs. 1 SGB V),
dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten (§ 115 SGB V) und
Vergütung bei Erprobung von Untersuchung und Behandlungsmethoden (§ 137e Abs. 4 SGB V).

B) Stellungnahme

Die Schaffung eines sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundes- und Landesebene wird im Grundsatz befürwortet. Die Zielsetzung des Gremiums ist insbesondere im Rahmen neuer Versorgungsformen mit entsprechenden Vergütungsregelungen grundsätzlich zu begrüßen.

Um eine sachgemäße, interessengerechte und zügige Konfliktlösung zu erreichen, sind aber Änderungen insbesondere im Hinblick auf Besetzung und Stimmverteilung sowie Anforderungen an die Mehrheit erforderlich. Auch hinsichtlich der Bestimmung der Mitglieder und der Regelung zur Beschlussfähigkeit des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums sind Anpassungen notwendig. Die Übertragung der bisherigen Zuständigkeit des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses auf das sektorenübergreifende Schiedsgremium ist abzulehnen.

1. Besetzung des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums

Die Interessen der Versichertengemeinschaft müssen auch in Schiedsverfahren angemessen Berücksichtigung finden. Die vorgesehene Besetzung und Stimmverteilung für das sektorenübergreifende Schiedsgremium ist vor diesem Hintergrund nicht sachgerecht.

Dem Schiedsgremium werden zahlreiche Entscheidungen übertragen, die unmittelbar vergütungsrelevant sind; weitere Regelungen können zumindest mittelbar vergütungsrelevant sein. Bei vergütungsrelevanten Regelungen haben die Ärzte- und die Krankenhausseite regelmäßig ein gleichgerichtetes Interesse an einer möglichst hohen Vergütung. Problematisch ist daher, dass die Kostenträgerseite sich nach dem aktuellen Entwurf im Rahmen des regulären Verfahrens selbst dann nicht gegen die Leistungserbringerseite durchsetzen kann, wenn sie beide unparteiische Mitglieder von ihrer Position überzeugt hat. Als Beispiel für einen Verfahrensgegenstand, bei dem für die Leistungserbringerseite übereinstimmend ein Anreiz zur Durchsetzung einer möglichst hohen Vergütung zulasten der Kostenträger besteht, kann der Vertrag zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b Abs. 6 SGB V dienen. Ein identisches Konfliktpotential besteht im Hinblick auf einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte beim ambulanten Operieren nach § 115b SGB V.

Um ein solches Ungleichgewicht zulasten der Kostenträgerseite zu beheben, ist eine paritätische Besetzung des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums mit Vertretern der Kostenträger- und Leistungserbringerseite erforderlich. So kann den gegenläufigen Interessen beider Seiten angemessen Rechnung getragen werden. Daher ist die Zahl der Mitglieder der Krankenkassen spiegelbildlich zur Leistungserbringerseite auf vier zu erhöhen. So wird sichergestellt, dass Leistungserbringer und Kostenträger über gleiche Stimmgewichte verfügen und tatsächlich eine gleichmäßige Berücksichtigung der beteiligten Interessen möglich ist.

Zur Ermöglichung einer zügigen und effizienten Konfliktlösung ist es in diesem Zusammenhang zudem sachgerecht, die Positionen der beiden Unparteiischen durch eine Verdopplung des Gewichts ihrer Stimmen zu stärken und zugleich auf das Erfordernis einer 2/3 Mehrheit zu verzichten (vgl. nachfolgend unter 2.).

2. Mehrheitsanforderungen und Stärkung der unparteiischen Mitglieder

Die im Gesetzesentwurf vorgesehene 2/3 Mehrheit birgt die erhebliche Gefahr, dass sich keine ausreichende Mehrheit findet. Selbst für den Fall, dass eine Partei beide unparteiischen Mitglieder von ihrer Position überzeugt, wird (wie dargestellt) die erforderliche Mehrheit verfehlt. Bei Unerreichbarkeit einer 2/3 Mehrheit sieht der Entwurf zur Vermeidung einer „Sackgassensituation“ eine Entscheidung allein durch die beiden unparteiischen Mitglieder vor.

Vor dem Hintergrund, dass das vorrangige Ziel des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums die Vermeidung eines vertragslosen Zustands ist, erscheint eine 2/3 Mehrheit weder erfor-

derlich noch sachgerecht. Denn sie ist eher dazu geeignet, zeitnahe Entscheidungen zu verhindern statt sie zu ermöglichen. Entscheidungen sollten daher bereits mit einfacher Mehrheit der Stimmen herbeigeführt werden können.

Um beim Übergang auf eine einfache Mehrheit zu vermeiden, dass eine Partei allzu leicht überstimmt werden kann, kann eine Verdoppelung der Stimmen der beiden unparteiischen Mitglieder vorgenommen werden. Die zwei unparteiischen Mitglieder würden damit über vier der insgesamt zwölf Stimmen verfügen und somit gleichberechtigt neben Leistungserbringern und Kostenträgern (ebenfalls je vier Stimmen) an der Entscheidungsfindung mitwirken. Durch dieses stärkere Stimmgewicht der Unparteiischen wäre im Sinne des Minderheitenschutzes insbesondere sichergestellt, dass auch eine der beiden Leistungserbringerparteien alleine obsiegen kann, wenn sie beide unparteiischen Mitglieder von ihrer Position überzeugt. Weiterer unparteiischer Mitglieder im Schiedsgremium bedarf es dafür nicht.

Da Stimmenthaltungen nicht zulässig sind und im Fall der Stimmgleichheit die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag gibt, wäre bei Entscheidung mit einfacher Mehrheit auch die im Entwurf für Pattsituationen vorgesehene Entscheidung allein durch die beiden unparteiischen Mitglieder (Absatz 9) nicht mehr erforderlich und könnte ersatzlos wegfallen. Dies entspricht nicht zuletzt auch dem Grundprinzip der gemeinsamen Selbstverwaltung, da die Vertragsparteien auch bei knappen Mehrheitsverhältnissen weiter an der Entscheidungsfindung beteiligt bleiben.

Vermieden werden kann auf diese Weise auch eine faktische Alleinentscheidungsbefugnis des Vorsitzenden, die sich nach dem Gesetzesentwurf bei Verfehlen einer 2/3 Mehrheit ergibt und die dem Vorsitzenden stets die Option geben würde, allein zu entscheiden, statt auf dem Verhandlungsweg eine mehrheitsfähige Lösung zu suchen. Eine solche Alleinentscheidungsbefugnis widerspricht dem eigentlichen Sinn des Schiedsverfahrens, auf eine Konfliktlösung hinzuwirken.

3. Bestimmung der Vertreter

Im Hinblick auf die Benennung der Vertreter der Ärzte, der Krankenhäuser und der Krankenkassen (Absatz 5 Satz 4) sollte im Gesetzestext klargestellt werden, dass diese jeweils durch die Organisationen, die das Schiedsamt bilden (also nicht von den Parteien gemeinsam), bestellt werden.

Für den Fall, dass eine Bestellung durch die Organisationen nicht zustande kommt, ist in Absatz 5 Satz 5 eine Bestellung durch die Aufsichtsbehörde vorgesehen. Hier sollte deutlich gemacht werden, dass die Bestellung durch die Aufsichtsbehörde nur ergänzend erfolgt, soweit eine Bestellung durch die Organisationen nicht zustande gekommen ist.

4. Bestimmung der unparteiischen Mitglieder

Die im Referentenentwurf vorgesehene Regelung zur Bestimmung der Unparteiischen durch das Bundesministerium für Gesundheit wird vom GKV-Spitzenverband kritisch gesehen. Es ist nicht erkennbar, dass die Akzeptanz eines durch das BMG bestimmten unparteiischen Mitglieds stärker gegeben ist als eines mittels Losverfahren gezogenen Mitglieds. Denn im Rahmen des Losverfahrens erfolgt die Entscheidung über die Bestellung zugunsten eines von den Vertragsparteien vorgeschlagenen Mitglieds. Das BMG ist hingegen bei seiner Bestellung völlig frei. Dadurch kann zwar möglicherweise die Unparteilichkeit der Mitglieder gesichert werden. Die Akzeptanz durch die Vertragsparteien wird hingegen nicht gestärkt.

Das Losverfahren ist prinzipiell ein sachgerechter Entscheidungsmechanismus, weil es die Entscheidung über die Bestellung der Mitglieder den Selbstverwaltungspartnern überlässt. Um zukünftig eine stringente und einheitliche Konfliktlösung sicherzustellen, sollte es jedoch bzgl. Amtszeit und Ausschlüssen der Bestellung modifiziert werden. Wie nach geltendem Recht ist eine auf ein Jahr verkürzte Amtszeit der durch Los gezogenen Mitglieder sinnvoll. Denn den Vertragsparteien wird damit nach einem Jahr erneut die Gelegenheit gegeben, sich über die Bestellung der unparteiischen Mitglieder zu einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande und müssen die jeweiligen Mitglieder abermals durch Losverfahren bestimmt werden, ist eine erneute Bestellung des bereits durch Losverfahren bestimmten Mitglieds für eine Amtsperiode ausgeschlossen. Es ist zu erwarten, dass die Einigungsbereitschaft der Vertragsparteien durch die Kombination einer kurzen Amtszeit mit einem Ausschluss bereits per Los bestellter Unparteiischer gefördert wird.

Die Regelung, wonach die unparteiischen Mitglieder als bestellt gelten, sobald sie sich den beteiligten Organisationen gegenüber zur Amtsübernahme bereit erklärt haben, muss auch für die Stellvertreter der Unparteiischen gelten. Zudem erscheint die Ausgestaltung der Bestellung als Fiktion verzichtbar.

5. Teilnahme der Aufsichtsbehörde an den Sitzungen

Die vorgesehene Teilnahme von Vertretern der Aufsichtsbehörde an den Sitzungen soll sich nach § 8 Abs. 1 Satz 4 Schiedsamtverordnung (neu) auch auf die Beratungen und Beschlussfassungen des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums erstrecken.

Die Teilnahme von Vertretern der Aufsichtsbehörde an den Beratungen und bei der Beschlussfassung des Schiedsgremiums wird abgelehnt. Eine solche Regelung ist weder geeignet noch erforderlich. Insbesondere kann die Anwesenheit von Vertretern der Aufsichtsbehörde bei der Beratung und Beschlussfassung die offene Meinungsäußerung und Kompromissfindung behindern. Als milderer Mittel ist eine erweiterte Möglichkeit zur Protokollierung der Beratung und Beschlussfassung vorstellbar.

Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf die Stellungnahme zu Art. 5 des Referentenentwurfs verwiesen.

6. Beschlussfähigkeit des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums

Die Regelung zur Beschlussfähigkeit des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums in seiner zweiten Sitzung (§ 89a Abs. 8 Satz 2 SGB V (neu)) vermischt Fragen der Beschlussfähigkeit mit den Anforderungen an Stimmmehrheiten. Zu Beginn der Sitzung ist für den Vorsitzenden regelmäßig noch nicht feststellbar, ob das Schiedsgremium mit einer Mehrheit von 2/3 der Stimmen der anwesenden Mitglieder entscheiden wird. Es ist daher eine Regelung vorzusehen, wonach das Schiedsgremium in einer zweiten Sitzung beschlussfähig ist, wenn die Hälfte der Mitglieder des Schiedsgremiums oder deren Stellvertreter einschließlich des unparteiischen Vorsitzenden oder dessen Stellvertreters anwesend sind. Ist auch in dieser Sitzung keine Beschlussfähigkeit gegeben, entscheiden, wie im Referentenentwurf vorgesehen, die unparteiischen Mitglieder des Schiedsamtes allein.

7. Fristsetzung und Alleinentscheidung der Unparteiischen

Absatz 9 bestimmt, dass die zuständige Aufsichtsbehörde eine Frist zur Entscheidung setzt, wenn innerhalb von drei Monaten nach Einleitung des Verfahrens keine Entscheidung zustande gekommen ist. Eine solche starre Handhabung wird der Vielschichtigkeit der dem sektorenübergreifenden Schiedsgremium übertragenen Aufgaben nicht gerecht. Gerade in Verfahren, in denen es um die Festsetzung zahlreicher Vertragsbestandteile oder die Entwicklung komplexer Vergütungsregelungen wie in § 116b Abs. 6 Satz 2 SGB V geht, kann eine Frist von drei Monaten gegebenenfalls bereits aufgrund des Umfangs und der Komplexität des Streitstoffes nicht eingehalten werden, ohne dass den Parteien oder den Unparteiischen der Vorwurf einer Verzögerung oder gar Blockade zu machen wäre. Um der Aufsichtsbehörde in dieser Situation eine flexible Handhabung zu ermöglichen, sollte daher lediglich eine Möglichkeit zur Fristsetzung vorgesehen werden.

Der für das Verstreichen der gesetzten Frist vorgesehene Übergang der Entscheidungsbefugnis allein auf die Unparteiischen wird abgelehnt. Ob ein sachlicher Grund für die Nichteinhaltung der Frist besteht (z. B. die Komplexität der zu entscheidenden Fragen oder noch ausstehende Datenerhebungen oder Gutachten), kann bei der vorgesehenen Regelung nicht berücksichtigt werden. Ein solcher Automatismus ist weder sachgerecht noch erforderlich. Nach der im Gesetzesentwurf vorgesehenen 2/3 Mehrheit könnte tatsächlich eine Situation eintreten, in der sich in dem Schiedsgremium nicht die erforderliche 2/3 Mehrheit erreichen konnte. Dieses Problem tritt jedoch dann nicht auf, wenn die Stimmverhältnisse – wie oben vorgeschlagen – verändert und Entscheidungen mit einfacher Mehrheit getroffen werden.

Auf diesem Weg kann zudem die bereits oben kritisierte faktische Alleinentscheidungsbefugnis des Vorsitzenden vermieden werden, die dem Vorsitzenden stets die Option eröffnen

würde, allein zu entscheiden, statt auf dem Verhandlungsweg eine mehrheitsfähige Lösung zu suchen.

8. Zuständigkeit des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums

Die Konzentration der Konfliktlösung für dreiseitige Vereinbarungen zwischen der Ärzteschaft, der Krankenkassen- und der Krankenhausseite bei dem sektorenübergreifenden Schiedsgremium nach § 89a SGB V ist grundsätzlich sachgerecht. Dies gilt allerdings nicht für die vorgesehene Übertragung der Zuständigkeit des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses auf das sektorenübergreifende Schiedsgremium.

Das Verfahren im (ergänzten) Bewertungsausschuss ist dadurch gekennzeichnet, dass mit dem (ergänzten) erweiterten Bewertungsausschuss ein integrierter Konfliktlösungsmechanismus besteht, der zeitnah – oftmals noch am selben Tag – eine Mehrheitsentscheidung herbeiführen kann. Insbesondere kann im (ergänzten) erweiterten Bewertungsausschuss an die bisherige fachliche Diskussion und Beratung angeknüpft werden; die Einreichung von Schriftsätzen und ein erneuter vollständiger Austausch der Positionen und Argumente sind nicht erforderlich. Nach der beabsichtigten Neuregelung würde sich demgegenüber zukünftig an den ergänzten Bewertungsausschuss ein gesondertes Verfahren mit anderen Beteiligten anschließen (Gremiendopplung mit entsprechender Dopplung der Beratungsprozesse), das eher einem „klassischen“ Schiedsverfahren entspricht und zunächst umfassend schriftlich vorzubereiten wäre. Eine Beschleunigung gegenüber dem Status quo kann auf diese Weise nicht erreicht werden.

Zu beachten ist weiter, dass die vom ergänzten Bewertungsausschuss zu treffenden Entscheidungen sich in die Systematik des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes einfügen müssen, dem ein komplexes Bewertungs- und Kalkulationsmodell zugrunde liegt. Die insoweit erforderliche Expertise müssten sich insbesondere die – ehrenamtlich tätigen – unparteiischen Mitglieder des Gremiums nach § 89a SGB V neben den zahlreichen weiteren Aufgaben erst aneignen, obwohl sie beim Erweiterten Bewertungsausschuss bereits vorhanden ist. Ein Verzicht auf die Übertragung der Zuständigkeit für den ergänzten Bewertungsausschuss trägt damit zur Sicherung der Arbeitsfähigkeit des Gremiums nach § 89a SGB V im Übrigen bei.

Schließlich ist auch die in der beabsichtigten Neuregelung für das Gremium nach § 89a SGB V vorgesehene Stimmenverteilung nicht sachgerecht. Schwerpunkt der Verhandlungen im ergänzten Bewertungsausschuss ist die Höhe der Leistungsbewertung. Insoweit haben die Ärzte und die Krankenhausseite regelmäßig ein gleichgerichtetes Interesse an einer möglichst hohen Vergütung. Die unterschiedlichen Interessenslagen – Leistungserbringer einerseits, Kostenträger andererseits – werden durch die paritätische Stimmenverteilung im ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss sachgerecht abgebildet. Die beabsichtigte Neuregelung hätte dagegen zur Folge, dass die Kostenträgerseite für ihr legitimes Interesse an sachgerecht kal-

kulierten Leistungsbewertungen selbst mit Unterstützung beider Unparteiischen keine Mehrheit erzielen könnte. Folge wäre, dass für jede Kompromissfindung mit der Leistungserbringerseite im Ergebnis voraussichtlich nur noch Bewertungen erzielt werden könnten, die höher liegen, als sich dies bei sachgerechter Kalkulation ergeben würde.

Soweit mit der beabsichtigten Neuregelung verhindert werden soll, dass im ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss Entscheidungen gegen eine Partei auch ohne die Stimmen der Unparteiischen zustande kommen könnten, ist eine Lösung durch eine Anpassung der Stimmverhältnisse im ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss möglich. Vorgeschlagen wird hierzu – unter Beibehaltung der bisherigen Stimmverteilung im Übrigen – eine Verdoppelung der Stimmen der fünf unparteiischen Mitglieder. Damit ergäbe sich folgende Stimmenverteilung: 3 Stimmen der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bestellten 3 Vertreter, 6 Stimmen der vom GKV-Spitzenverband bestellten 6 Vertreter, 3 Stimmen der von der Deutschen Krankenhausgesellschaft bestellten 3 Vertreter, 10 Stimmen der 5 unparteiischen Mitglieder. Die Entscheidungen würden wie bisher mit einfacher Mehrheit getroffen; bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. Bei insgesamt 22 Stimmen werden für eine einfache Mehrheit damit 12 Stimmen benötigt. Ohne die Stimmen der Unparteiischen wäre damit weder die Seite der Krankenkassen alleine, noch zusammen mit den Stimmen entweder der Ärzte oder der Krankenhäuser in der Lage, einen Mehrheitsbeschluss herbeizuführen. Dies gilt gleichermaßen für einen gemeinsamen Beschlussantrag der Leistungserbringer. Auch die Unparteiischen insgesamt hätten allein keine Stimmenmehrheit und bedürften der Unterstützung mindestens einer beteiligten Organisation.

Der sektorenübergreifenden Aufgabenstellung des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses wird bereits nach dem geltenden Recht dadurch Rechnung getragen, dass die Deutsche Krankenhausgesellschaft nach § 87 Abs. 5a Satz 2 SGB V ein unparteiisches Mitglied benennt. Im Hinblick auf die personelle Zusammensetzung besteht daher nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes kein Handlungsbedarf. Falls dies nicht als ausreichend angesehen werden sollte, könnte ergänzend eine Regelung vorgesehen werden, wonach auf Verlangen einer beteiligten Organisation für den ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss eine andere Person als unparteiischer Vorsitzender durch Einigung oder Losverfahren bestimmt wird. Insoweit wird ergänzend auf die Stellungnahme sowie den Änderungsvorschlag zu Art. 1 Nr. 40 Buchstabe I verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Art. 1 Nr. 46 wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 3 und Absatz 4 werden jeweils die Wörter „mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder“ gestrichen.
2. Absatz 5 Satz 1 werden nach dem Wort „aus“ die Wörter „vier Vertretern der Krankenkassen,“ eingefügt und nach dem Wort „Ärzte“ das Komma und die Wörter „der Krankenkassen“ gestrichen.
3. In Absatz 5 Satz 4 wird nach dem Wort „werden“ das Wort „jeweils“ eingefügt.
4. Absatz 5 Satz 5 wird wie folgt gefasst:
„Soweit eine Bestellung durch die Organisationen nicht zustande kommt, bestellt nach Fristsetzung die Aufsichtsbehörde die Vertreter und Stellvertreter.“
5. In Absatz 6 werden die Sätze 2 und 3 gestrichen und die folgenden Sätze 2 bis 7 eingefügt:
„Über den Vorsitzenden und das weitere unparteiische Mitglied sowie deren Stellvertreter sollen sich die Parteien einigen. Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, entscheidet das Los. Für jedes Amt, über dessen Besetzung eine Einigung nicht zustande gekommen ist, findet ein separater Losgang statt, in dem die Parteien jeweils einen Kandidaten benennen. Die Amtsdauer beträgt bei Bestimmung durch Los ein Jahr. Wurde der unparteiische Vorsitzende oder das weitere unparteiische Mitglied aufgrund eines Losverfahrens bestellt, kann dieselbe Person in der unmittelbar folgenden Amtszeit nicht erneut durch ein Losverfahren für das Schiedsgremium ausgewählt werden. Die unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreter sind bestellt, sobald sie sich den beteiligten Organisationen gegenüber zur Amtsübernahme bereit erklärt haben.“
6. Absatz 7 Satz 7 wird wie folgt gefasst:
„Der unparteiische Vorsitzende und das weitere unparteiische Mitglied haben je zwei Stimmen, die übrigen Mitglieder je eine Stimme.“
7. An Absatz 7 wird der folgende Satz 8 angefügt:
„Die sektorenübergreifenden Schiedsgremien nach den Absätzen 1 und 2 entscheiden mit der Mehrheit der Stimmen ihrer Mitglieder; bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des unparteiischen Vorsitzenden den Ausschlag.“
8. Absatz 8 Satz 2 und 3 werden wie folgt gefasst:
„Bei Beschlussunfähigkeit ist eine erneute Sitzung innerhalb von 14 Kalendertagen seit der ersteinberufenen Sitzung einzuberufen. Auf dieser erneuten Sitzung ist die Be-

schlussfähigkeit gegeben, wenn die Hälfte der Mitglieder des Schiedsgremiums oder deren stimmberechtigte Stellvertreter einschließlich des unparteiischen Vorsitzenden oder seines Stellvertreters anwesend sind.“

9. Absatz 9 Satz 2 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 47 a) aa)

§ 95 Abs. 1a Satz 1 - Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurde die Berechtigung zur Gründung von Medizinischen Versorgungszentren neu geregelt und erheblich eingeschränkt. Damit sollte der Entwicklung entgegengewirkt werden, dass medizinische Versorgungszentren immer häufiger von Investoren gegründet werden, die allein Kapitalinteressen verfolgen und keinen fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung haben. Nicht bewährt hat sich die uneingeschränkte Einbeziehung von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 in den Gründerkreis eines Medizinischen Versorgungszentrums. So hat sich in den letzten Jahren gezeigt, dass zunehmend Kapitalinvestoren ohne medizinisch-fachlichen Bezug zur vertragsärztlichen Versorgung Arztstühle nach § 126 Absatz 3 aufkaufen, um hierüber Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung zu erhalten.

Um der neuen Entwicklung entgegenzuwirken, wird die Möglichkeit zur Gründung von medizinischen Versorgungszentren für Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 auf fachbezogene medizinische Versorgungszentren beschränkt.

Geregelt wird auch, dass anerkannte Praxisnetze in unterversorgten Regionen MVZs gründen können.

B) Stellungnahme

Diese und weitere Bestimmungen zielen auf die Regelung des Verhältnisses von niedergelassenen Ärzten und Medizinischen Versorgungszentren bei der Leistungserbringung. Es geht dem Gesetzgeber bei der vorgesehenen Regelung darum, den Einfluss von Kapitalinvestoren ohne medizinisch-fachlichen Bezug zur vertragsärztlichen Versorgung auf die Gründung und den Betrieb von MVZs (Dialyseeinrichtungen) zu begrenzen. Die Änderung wird von Seiten der Krankenkassen begrüßt. Begrüßt wird auch die Regelung, dass anerkannte Praxisnetze in unterversorgten Regionen MVZs gründen können.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 47 a) bb

§ 95 Abs. 1a Satz 2 - Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber greift eine bestehende Formulierung zur Trägerschaft von MVZs auf und stellt darüber hinaus klar, dass zukünftig mehrere MVZs durch eine gemeinsame Trägergesellschaft betrieben werden können.

B) Stellungnahme

Der Gesetzgeber will mit dieser Regelung ermöglichen, dass nicht für jedes MVZ die Gründung einer separaten GmbH notwendig ist, sondern ggf. auch mehrere MVZs von einer Trägergesellschaft betrieben werden können. Aus Sicht der Krankenkassen ist der Vorschlag im Versorgungsalltag unproblematisch; im Fall einer Insolvenz eines MVZs würde die gesamtschuldnerische Haftung jedoch Auswirkungen auf weitere von der Trägergesellschaft betriebene Einrichtungen und damit auf größere Teile der Versorgung haben. Um für den Fall einer Insolvenz einer Trägergesellschaft den Schaden für die Versorgung insgesamt zu begrenzen, erscheint es sachgerecht, die Anzahl von MVZs pro Trägergesellschaft zu limitieren, wobei ggf. bestehenden Verbänden von MVZs Bestandsschutz zu gewähren ist.

C) Änderungsvorschlag

§ 95 Absatz 1a: nach Satz 2 wird ein neuer Satz 3 eingefügt: „Pro Trägergesellschaft sind maximal 3 MVZs zu betreiben.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 47 b) aa)

§ 95 Abs. 2 Satz 6 - Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber nimmt hier eine klarstellende redaktionelle Änderung im § 95 Abs. 2 Satz 6 vor, indem er auf die alternativen Möglichkeiten von selbstschuldnerischen Bürgschaftserklärungen und anderen Sicherheitsleistungen im Zuge der Gründung von Medizinischen Versorgungszentren hinweist.

B) Stellungnahme

Die Regelung zielt darauf ab, die Zulassung von MVZs zu vereinfachen, indem klar gestellt wird, dass die selbstschuldnerische Bürgschaft und die Sicherheitsleistungen nach § 232 BGB gleichwertig und optional nebeneinander stehen. Die Frage der Sicherheitsleistungen ist insbesondere für Kommunen relevant, die die Absicht haben, Eigeneinrichtungen als Kommune separat oder zusammen mit Partnern MVZs einzurichten.

Die Regelung erleichtert insbesondere Kommunen die Einrichtung von Versorgungszentren und ist deshalb aus Kassensicht positiv zu bewerten. Bislang war seitens der Kommunen die Frage der Ausgestaltung der Sicherheitsleistungen eine wesentliche Hürde zu einem Engagement.

Aus Sicht der Krankenkassen ist die Klarstellung zu befürworten.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 47b) bb)

§ 95 Abs. 2 Satz 9 - Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es geht bei dieser Neuregelung um die angemessene Berücksichtigung von niedergelassenen oder (auch in MVZs) angestellten Ärzten, die einen hälftigen oder als Angestellte einen zeitbezogenen (Teil)Versorgungsauftrag haben, bei der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen gemäß § 103 Abs. 1 Satz 2.

B) Stellungnahme

Die Regelung (Verpflichtung der Zulassungsausschüsse) korrespondiert mit der Absicht des Gesetzgebers, dem G-BA Gestaltungspielräume bei der Versorgungsplanung zu ermöglichen, indem Versorgungsanteile für einzelne Fachgruppen bzw. Untergruppen von Fachgruppen definiert werden können.

Der Vorschlag ist sachgerecht und wird positiv gesehen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 47 c) aa)

§ 95 Abs. 3 Satz 4 - Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung in Absatz 3 werden bundesweite Vorgaben zur Prüfung des durch die Vertragsärzte erbrachten Versorgungsauftrages durch die Kassenärztlichen Vereinigungen getroffen.

B) Stellungnahme

In der Vergangenheit sind die Kassenärztlichen Vereinigungen nur sehr bedingt und wenn, dann sehr heterogen ihrer Verpflichtung nachgekommen, zu prüfen, ob und inwieweit Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten ihren Versorgungsauftrag erfüllen. Das liegt u. a. anderem daran, dass Prüfaufträge in den KV-Regionen sehr unterschiedlich gehandhabt wurden, da hierfür keine bundeseinheitliche Regelung vorlag. Die Regelung zielt auf eine (bundesweite) Vereinheitlichung des Prüfauftrages und ist zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 152 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 47 c) bb

§ 95 Abs. 3 Satz 5 - Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber präzisiert die Vorgaben zur Übermittlung der Prüfergebnisse zur Wahrnehmung des Versorgungsauftrages, indem er den Zeitraum der Übermittlung neu festlegt.

B) Stellungnahme

Es geht auch bei dieser Regelung um die Vereinheitlichung der Prüfung der Erfüllung der Versorgungsverpflichtungen und deren Übermittlung an die aufsichtführenden Stellen. Die Regelung könnte zu einer größeren Transparenz im Leistungsgeschehen beitragen und ist deshalb aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 47 d)

§ 95 Abs. 6 Satz 5 (neu) - Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber legt mit der Einfügung nach Absatz 6 Satz 4 fest, dass die Gründungsvoraussetzung für MVZs weiterhin vorliegt, soweit angestellte Ärzte die Gesellschafteranteile der vorher dort tätigen Ärzte übernehmen, und solange die vormals angestellten Ärzte in dem Medizinischen Versorgungszentrum tätig sind.

B) Stellungnahme

MVZs müsste nach geltendem Recht die Zulassung entzogen werden, wenn Gründungsvoraussetzungen nicht mehr gegeben sind, weil beispielsweise die Gründer (etwa altersbedingt) ausscheiden. Dem will der Gesetzgeber mit einer Regelung entgegenwirken, die einen Weiterbetrieb ermöglicht, wenn sich im Rahmen des MVZs tätige Ärzte für eine Weiterarbeit entscheiden. Aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen ist die mit der Regelung verbundene Verstärkung der ambulanten Leistungserbringung eher kritisch zu sehen, weil in diesem Kontext u. a. keine Bedarfsprüfung vor dem Weiterbetrieb eines MVZs erfolgt.

Aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen müsste deshalb in den § 95 Absatz 6 eine Regelung zur Bedarfsprüfung aufgenommen werden.

C) Änderungsvorschlag

Zu ergänzen ist § 95 Absatz 6 Satz 7 (neu):

„Unbeschadet des Weiterbestehens der Gründungsvoraussetzungen im Sinne von Satz 5 ist bei Ausscheiden der Gründungsgesellschafter zu prüfen, ob auch weiterhin eine Versorgungsnotwendigkeit besteht.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 47 e)

§ 95 Abs. 7 Satz 1 - Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vom Gesetzgeber ergänzte Regelung zur Zulassung legt fest, dass - wie bisher auch in § 19 Absatz 3 der Ärzte-ZV ausgewiesen - zwischen Erteilung einer Zulassung und Aufnahme der Versorgungstätigkeit ein Zeitraum von weniger als 3 Monaten einzuhalten ist.

B) Stellungnahme

Das Bundesverfassungsgericht hatte mit einer Entscheidung vom September 2016 das Fehlen einer ausreichenden Rechtsgrundlage für eine Bestimmung (§ 19 Absatz 3) der Ärzte-ZV gerügt. Mit einer Aufnahme der bisher in der Ärzte-ZV angesiedelten Bestimmung zur Zulassung in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich in das SGB V kommt der Gesetzgeber der Rüge des BVerfG nach.

Aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Aufnahme dieser Regelung sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 155 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 47 f)

§ 95 Abs. 9 Satz 1 - Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber sieht zukünftig vor, dass auch bei der Genehmigung zur Anstellung von Ärzten ggf. bestehende Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 beachtet werden müssen.

B) Stellungnahme

Es geht hierbei um die Berücksichtigung von Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 bei der Anstellung von Ärzten. Die Anpassung ist folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 48

§ 96 Abs. 2 Sätze 7 und 8 (neu) – Zulassungsausschüsse

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber erweitert mit dieser Regelung die Zusammensetzung der Zulassungsausschüsse um die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden, indem diesen ein Mitberatungsrecht sowie das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung und das Recht zur Beantragung zusätzlicher Zulassungen in ländlichen Gebieten eines Planungsbereichs, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, eingeräumt wird.

B) Stellungnahme

Die für die Sozialversicherung zuständigen Landesbehörden erhalten mit dieser Regelung ein Mitberatungsrecht in den Zulassungsausschüssen für Ärzte. Darüber hinaus sollen die Landesbehörden ein Recht zur Beantragung zusätzlicher Zulassungen in ländlichen Gebieten eines Planungsbereichs erhalten, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind.

Die vorgesehene Regelung irritiert insofern, als der Eindruck entsteht, dass Aufgaben, die – wie die Aufstellung der Bedarfspläne – eigentlich den Landesausschüssen zugeordnet sind, nun durch die um die Landesbehörden erweiterten Zulassungsausschüsse übernommen werden sollen. Darüber hinaus sollen ländliche Gebiete von Planungsbereichen von der üblichen Planungssystematik ausgenommen werden, indem auch bei bestehender Überversorgung weitere Sitze ausgewiesen werden können. Unklar bleibt dabei, ob sich die Regelung auf ganze Planungsbereiche oder Teile von Planungsbereichen erstrecken soll oder auf beide Einteilungen. Fraglich bleibt auch, ob und inwieweit diese zusätzlichen Sitze bei der Berechnung des Versorgungsgrades einbezogen werden sollen. Befürchtet werden muss zudem eine weitere Verschärfung bestehender Allokationsprobleme, da mit der Definition „ländlicher Gebiete“ selbst in überversorgten großstädtischen Agglomerationsräumen weitere Sitze ausgewiesen werden können.

Der Sinn dieser vorgesehenen Regelung erschließt sich auch deshalb nicht, weil es schon jetzt Möglichkeiten gibt, auf der Landesebene von den Vorgaben der Bundesebene (bezüglich der Verhältniszahlen, der Einteilung der Planungsbereiche etc.) abzuweichen und damit zusätzliche Sitze einzurichten.

Darüber hinaus besitzen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden bereits weitreichende Mitwirkungsrechte im Rahmen der ambulanten Bedarfsplanung. In den Landesausschüssen besitzen sie ein Mitberatungsrecht, das Recht zur Anwesenheit bei

Beschlussfassung, eine Aufsichtsfunktion und zu guter Letzt können sie die von den Landesausschüssen aufgestellten Bedarfspläne beanstanden (vgl. § 90 Abs. 6 SGB V). Ein darüber hinaus gehendes Mitberatungs- und Antragsrecht im Rahmen der Zulassungsausschüsse ist nicht sachgerecht und läuft dem Prinzip der Selbstverwaltung in der GKV zuwider.

Die vorgesehene Regelung führt zu einem nicht sachgerechten Auseinanderfallen von Planungskompetenz auf der einen Seite und Finanzverantwortung auf der anderen Seite, was Fehlanreize zur Folge haben kann und deshalb abzulehnen ist.

C) Änderungsvorschlag

Streichung dieser Regelung (Sätze 7 und 8).

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 49 a)

§ 101 Abs. 1 Satz 7 – Überversorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber gibt dem G-BA einen gegenüber dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz abweichenden Zeitraum für die Vereinbarung einer Regelung zur Umsetzung der mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz gesetzlich geforderten Anpassungen der Bedarfsplanung vor. Der G-BA soll nunmehr bis zum 30.06.2019 die geforderten Änderungen vornehmen.

B) Stellungnahme

Mit der Änderung zielt der Gesetzentwurf auf eine Fristanpassung des Auftrages an den G-BA aus dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz zur Anpassung der Bedarfsplanung zum 1. Januar 2017. Der G-BA vergab zur Realisierung dieses Auftrages ein wissenschaftliches Gutachten an ein Konsortium unter Leitung der LMU, das erst im Herbst 2018 fertig gestellt und voraussichtlich abgenommen wird. Die Anpassung der Frist für die geforderten Änderungen an der Bedarfsplanung erscheint sachlich angemessen; es ist davon auszugehen, dass eine Umsetzung der Forderungen des Gesetzgebers bis zum 1. Juli 2019 zu erreichen ist.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 49 b)

§ 101 Abs. 1 Satz 8 (neu) – Überversorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber überträgt dem G-BA mit der Regelung nach Satz 8 die Kompetenz, innerhalb der einzelnen Arztgruppen nach Fachrichtungen oder Fachgebieten differenzierte Mindest- oder Höchstversorgungsanteile für Ärzte dieser Fachrichtungen oder Ärzte mit entsprechenden Schwerpunktkompetenzen festzulegen.

B) Stellungnahme

Mit der vorgeschlagenen Änderung des § 101 Absatz 1 erweitert der Gesetzgeber die Steuerungsmöglichkeiten des G-BA bei der Bedarfsplanung. Ermöglicht werden explizit nun Definitionen von Mindest- oder Höchstversorgungsanteilen sowie von Quoten für einzelne (Sub)Arztgruppen der Bedarfsplanung bzw. Gruppen von Ärzten mit besonderen Schwerpunktkompetenzen. Der GKV-Spitzenverband begrüßt ausdrücklich diese vorgesehene Erweiterung der Handlungskompetenz des G-BA.

Wünschenswert wäre allerdings eine Präzisierung dieser Regelung, um sicherzustellen, dass es sich bei der Festlegung von Mindest- oder Höchstversorgungsanteilen um Anteile von einer festzulegenden Verhältniszahl handelt und keine Anteile zusätzlich „on top“ entstehen sollen. Da in der Gesetzesbegründung auf die beabsichtigte Übertragung der bereits geltenden Quotenregelung für Psychotherapeuten Bezug genommen wird, kann nicht ausgeschlossen werden, dass die ausgewiesenen Anteile zusätzlich entstehen. Dies hätte eine massive Ausweitung von Niederlassungen höchst spezialisierter Fachärzte, hier vor allem Internisten, zur Folge. In der Konsequenz entstünde ein zusätzlicher Konkurrenzkampf der Regionen um Ärzte. Eine bedarfsgerechte Sicherung der Grundversorgung würde konterkariert und das Verhältnis von Haus- zu Fachärzten würde sich weiter zu Ungunsten der hausärztlichen Versorgung verschlechtern.

C) Änderungsvorschlag

Nach § 101 Absatz 1 Satz 8 neu wird folgender Satz angefügt:

„Die Festlegung von Mindest- oder Höchstversorgungsanteilen hat keine Auswirkung auf die für die betreffenden Arztgruppen festgesetzten Verhältniszahlen nach Satz 7.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 160 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 49 c)

§101 Abs. 1 Satz 10 – Überversorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber nimmt hier eine redaktionelle Änderung vor. Im neuen Satz 10 wird nun die Nummerierung des Satzes „7“ durch die Angabe „9“ ersetzt.

B) Stellungnahme

Hierbei handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Regelung in § 101 Abs. 1 Satz 8. Allerdings erscheint die Gesetzesbegründung an dieser Stelle nicht nachvollziehbar, da lediglich der Satz 8 neu eingefügt wurde und im bisherigen Satz 7 eine Änderung vorgenommen wird. Es ist davon auszugehen, dass der bisherige Gesetzestext irrtümlicherweise auf Satz 7 statt auf den bisherigen Satz 8 rekurrierte.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 50 a)

§103 Abs. 1 Satz 2 – Zulassungsbeschränkungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber setzt hier die Bedarfsplanung für Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Fachärzte, die der Arztgruppe der Kinderärzte angehören, befristet, d.h. bis zu einer Regelung der Bedarfsplanung für diese Arztgruppen durch den G-BA, außer Kraft. Voraussetzung für eine Niederlassung aufgrund dieser Regelung ist, dass die Ärzte in den fünf Jahren vor Beantragung der Zulassung nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen haben.

B) Stellungnahme

Der Gesetzgeber schafft mit dieser Regelung ein bundesweites Fenster für Neuniederlassungen in den genannten Fächern; er setzt damit die Bedarfsplanung befristet außer Kraft. In seiner Begründung für die Regelung und die Auswahl der Fächer verweist der Gesetzgeber auf Versorgungsbereiche, in denen „in besonderem Maße über Versorgungs- und Terminschwierigkeiten geklagt“ werde.

Aus Sicht der GKV ist diese Öffnung sehr kritisch zu sehen, denn die Ermöglichung der Neuniederlassung wird zu einer weiteren Verschärfung bestehender Fehlverteilungen führen, da sich Ärzte, die eine Niederlassung beabsichtigen, gerade in solchen Planungsbereichen niederlassen werden, die auch schon heute besonders attraktiv sind. Denkbar wäre prinzipiell, dass die Anzahl der Neuniederlassungen schon aufgrund mangelnden Nachwuchses gerade in diesen Fächern begrenzt bleibt, zumal auch der Zeitraum für Neuniederlassungen durch den Gesetzgeber an entsprechende Entscheidungen zur Reform der Bedarfsplanung in diesen Fächern durch den G-BA gebunden wird, verlässliche Zahlen liegen hierfür allerdings nicht vor.

Der GKV-Spitzenverband lehnt die vorgesehene Regelung ab, da eine ungesteuerte Niederlassungsmöglichkeit Fehlverteilungen in der vertragsärztlichen Versorgung zur Folge haben könnte und damit den Intentionen einer gerechten Verteilung zuwiderläuft. Außerdem fehlen dann diejenigen Ärzte, die das Zeitfenster einer ungesteuerten Niederlassung genutzt haben, für eine sach- und bedarfsgerechte Versorgung in ländlichen Kreisen geringer Dichte.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 162 von 299

C) Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 50 b)

§103 Abs. 3a Satz 3 – Zulassungsbeschränkungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber ermöglicht mit dieser Neuregelung dem G-BA, Steuerungsmöglichkeiten hinsichtlich besonderer Schwerpunkte vertragsärztlicher Berufsausübung zu verbessern, indem bei der Entscheidung über Nachbesetzungen auf die Weiterführung erwünschter Versorgungsschwerpunkte Bezug genommen werden kann.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist im Zusammenhang mit den Regelungen in § 101 Absatz 1 Satz 8 zu verstehen: demnach ist ein Nachbesetzungsverfahren auch dann durchzuführen, wenn eine Praxis eigentlich aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist, die Weiterführung eines Schwerpunktes aber als wünschenswert angesehen wird.

So sehr die Intentionen des Gesetzgebers zur Erweiterung der Steuerungsmöglichkeiten des G-BA zu begrüßen sind, so problematisch erscheint die mit der Regelung verbundene weitere Beschränkung der ohnehin begrenzten Möglichkeiten, überflüssige Arztstühle abzubauen. Die Regelung ist damit der von verschiedenen Seiten politisch geforderten Erweiterung der Flexibilität der Bedarfsplanung abträglich, da Versorgungsstrukturen und Versorgungsdisparitäten perpetuiert werden.

In der Bilanz der Bewertung ist diese vorgesehene Regelung abzulehnen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 50 c)

§ 103 Absatz 3a – Zulassungsbeschränkungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber überträgt den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden das Recht zur Stellung von Anträgen auf Aufhebung von Niederlassungsbeschränkungen in ländlichen Regionen.

Diesen Anträgen ist vom Zulassungsausschuss statt zu geben. Damit wird den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden ermöglicht, zusätzliche Sitze in ländlichen Regionen auszuweisen. Dabei haben sie sich an den Kategorisierungen der Raumbewachung und Raumabgrenzungen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung zu orientieren.

Die zusätzlichen Arztsitze sind in den von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemäß § 99 aufzustellenden Bedarfsplänen auszuweisen.

B) Stellungnahme

Die in der Regelung genannten obersten Landesbehörden erhalten das Recht, unabhängig von der Einschätzung der Versorgungssituation durch Ärzte und Krankenkassen zusätzliche Sitze in ländlichen Gebieten auszuweisen. Die Modalitäten, nach denen die obersten Landesbehörden zusätzliche Sitze ausweisen können, werden im Gesetzentwurf nicht expliziert. Auch die Aufgaben- und Kompetenzverteilung zwischen Landes- und Zulassungsausschuss erscheinen inkonsistent bzw. bleiben zum Teil unklar. So haben die Zulassungsausschüsse einerseits den Anträgen der obersten Landesbehörden auf Einrichtung weiterer Sitze ohne Einspruchsmöglichkeiten der KVen und der Krankenkassen stattzugeben und andererseits sind im Bedarfsplan solche Sitze einvernehmlich auszuweisen. Es ist zudem nicht unplausibel anzunehmen, dass fachfremde regionale Opportunitätserwägungen auf diese Weise Eingang finden in die Versorgungsplanung. Fraglich bleibt zudem, ob allein durch Ausweisung zusätzlicher Sitze Ärzte und Psychotherapeuten in wenig attraktive ländliche Gebiete gelockt werden können. Vor allem dann, wenn ohnehin eine Unterversorgung mit Ärzten bestimmter Fachgruppen besteht oder eine solche droht, führt das Ausweisen weiterer Sitze nicht zu einer Verbesserung der Versorgung.

Der Vorschlag ist daher abzulehnen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 165 von 299

C) Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Neuregelung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 50 d) aa)

§ 103 Absatz 4 Satz 2 – Zulassungsbeschränkungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber stimmt mit dieser Folgeänderung den Absatz 4 Satz 2 mit dem neuen Absatz 3b ab. Bei der Regelung in Absatz 4 Satz 2 geht es darum, auch bei einem Verzicht auf eine hälftige Zulassung diesen Sitz unverzüglich wieder auszuschreiben.

B) Stellungnahme

Folgeänderung zur Regelung des neuen Absatzes 3b im § 103, dass die obersten Landesbehörden in Zukunft ohne Zustimmung der Ärzte und Krankenkassen weitere Sitze in ländlichen Gebieten einrichten können. Solche Sitze sind in Zukunft „unverzüglich auszuschreiben“, wie in der Gesetzesbegründung ausgeführt wird.

Der Folgeänderung wird nicht zugestimmt, weil der vorgesehene § 103 Absatz 3b insgesamt abzulehnen ist.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Neuregelung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 50 d) bb)

§ 103 Absatz 4 Satz 5 – Zulassungsbeschränkungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber verschärft die bereits bestehende Regelung zur Nachbesetzung von Stellen in MVZs, indem er eine bisherige „Kann-Regelung“ zu einem spezifischen Versorgungsbereich in eine verpflichtende Regelung wandelt.

B) Stellungnahme

Der Gesetzgeber verpflichtet mit dieser Regelung den Zulassungsausschuss, bei Nachbesetzungen Besonderheiten des Versorgungsangebots von Medizinischen Versorgungszentren zu berücksichtigen. Bisher handelte es sich um eine „Kann-Regelung“.

Es geht hierbei vor allem um die Regulierung des Verhältnisses von niedergelassenen Ärzten und Medizinischen Versorgungszentren bei der Leistungserbringung. Der GKV-Spitzenverband begrüßt diese Änderung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 168 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 50 d) cc)

§ 103 Abs. 4 Satz 10 – Zulassungsbeschränkungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber hebt den bisherigen Satz 10 auf.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 103 Absatz 4 Satz 5.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 50 e) aa)

§ 103 Abs. 4a Satz 2 (neu) – Zulassungsbeschränkungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber ermöglicht Ärzten eine Weiterführung ihrer Tätigkeit an ihrem bisherigen Praxisort auch dann, wenn diese Ärzte ihre Zulassung in ein MVZ einbringen, welches an einem anderen Ort angesiedelt ist.

B) Stellungnahme

Die Regelung ermöglicht Ärzten auch bei Verzicht auf eine bisherige Zulassung zugunsten einer Tätigkeit in einem MVZ weiterhin am bisherigen Praxisort tätig zu sein, d.h. ein MVZ kann mit dieser Regelung sehr unterschiedliche Versorgungsräume abdecken und der in die Unselbständigkeit wechselnde Arzt kann weiterhin in seiner bisherigen Praxis arbeiten.

Wenn damit auch unter einer planerischen Perspektive die Übersichtlichkeit des Versorgungsangebots leidet, könnte mit der Regelung eine größere Verstetigung des vorhandenen Leistungsangebots erreicht werden. Die Regelung ist grundsätzlich positiv zu bewerten.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 50 e) bb)

§ 103 Abs. 4a Satz 3 – Zulassungsbeschränkungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber regelt zur Nachbesetzung von Sitzen in Medizinischen Versorgungszentren, dass diese ggf. auch im Fall von Zulassungsbeschränkungen möglich sind, aber durch den Zulassungsausschuss abgelehnt werden können, wenn eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist.

B) Stellungnahme

Medizinische Versorgungszentren müssen zukünftig einen Antrag auf Nachbesetzung von Sitzen stellen, die in einem MVZ vakant werden. Der Zulassungsausschuss kann solche Anträge aus Versorgungsgründen ablehnen.

Die Regelung beschränkt die bisher weiter gefassten Möglichkeiten der MVZs auf Nachbesetzung in sachgerechter Weise.

Die Regelung ist aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen im Hinblick auf die Beschränkung (Überprüfung der Versorgungsnotwendigkeit) positiv zu bewerten.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) vom 23.07.2018
Seite 171 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 50 e) cc)

§ 103 Abs. 4a Satz 4 (neu) – Zulassungsbeschränkungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber gleicht die Nachbesetzungsregelungen bei MVZs denen der niedergelassenen Ärzte an. Anträgen auf Nachbesetzung ist nun stattzugeben, wenn Nachfolger die Festlegungen nach § 101 Abs. 1 Satz 8 erfüllen.

B) Stellungnahme

Mit der Regelung werden die Bestimmungen für Nachbesetzungen von Arztsitzen auf Anstellungen in Medizinischen Versorgungszentren übertragen.

Verbunden hiermit wird jedoch zugleich die Verpflichtung zur Nachbesetzung im Fall einer Festlegung nach § 101 Absatz 1 Satz 8.

Siehe auch Regelung in § 103 Absatz 4a.

Die vorgesehene Verpflichtung zur Nachbesetzung (Satz 4 neu) erscheint in der vorliegenden Fassung nicht sachgerecht, da keine Prüfung der Versorgungsnotwendigkeit erfolgt.

C) Änderungsvorschlag

§ 103 Absatz 4a Satz 4 (neu) wird wie folgt gefasst:

„Der Zulassungsausschuss hat bei seiner Entscheidung zu berücksichtigen, ob der vorgesehene Nachfolger ggf. bestehende Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 erfüllt. Ergebnisse einer Prüfung der Versorgungsnotwendigkeit sind zu berücksichtigen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 50 f) aa)

§ 103 Abs. 4b Satz 2 (neu) – Zulassungsbeschränkungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber ermöglicht Ärzten eine Weiterführung ihrer Tätigkeit an ihrem bisherigen Praxisort auch dann, wenn diese Ärzte als Angestellte in einer anderen Praxis tätig werden, welche in einem anderen Planungsbereich angesiedelt ist.

B) Stellungnahme

Auch hierbei handelt es sich um eine Parallelregelung zu der im neuen Satz 2 des Absatzes 4a getroffenen Regelung zum Verzicht von Vertragsärzten in gesperrten Planungskreisen zugunsten einer Anstellung in Arztpraxen in anderen Planungskreisen. Die Änderung erscheint sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) vom 23.07.2018
Seite 173 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 50 f) bb)

§ 103 Abs. 4b Satz 3 – Zulassungsbeschränkungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber regelt bei der Nachbesetzung von Sitzen, dass diese ggf. im Fall von Zulassungsbeschränkungen möglich sind, aber durch den Zulassungsausschuss abgelehnt werden können, wenn eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist.

B) Stellungnahme

Auch hierbei handelt es sich um eine Parallelregelung, die die Bestimmungen zur Nachbesetzung von Arztsitzen mit denen von angestellten Ärzten in MVZs egalisisieren soll.

Die Regelung ist aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen positiv zu bewerten.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 50 f) cc)

§ 103 Abs. 4b Satz 4 (neu) – Zulassungsbeschränkungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber legt fest, dass einem Antrag auf Nachbesetzung stattzugeben ist, wenn die Nachbesetzung durch einen Nachfolger erfolgt, der Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 erfüllt.

B) Stellungnahme

Parallelregelung s.o.. Die vorgesehene Verpflichtung zur Nachbesetzung (Satz 4 neu) erscheint nicht sachgerecht, da keine Prüfung der Versorgungsnotwendigkeit erfolgt.

C) Änderungsvorschlag

§ 103 Absatz 4b Satz 4 (neu) wird wie folgt gefasst:

„Der Zulassungsausschuss hat bei seiner Entscheidung zu berücksichtigen, ob der vorgesehene Nachfolger ggf. bestehende Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 erfüllt. Ergebnisse einer Prüfung der Versorgungsnotwendigkeit sind zu berücksichtigen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 51a

§ 105 Abs. 1 – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber hebt in Absatz 1 Satz 1 zweiter Halbsatz und die Sätze 2 und 3 auf. Diese Aufhebung ist darin begründet, dass in Zukunft eine verpflichtende Zahlung von Sicherstellungszuschlägen vorgesehen ist.

B) Stellungnahme

Hierbei geht es um eine Folgeänderung zur Neufassung des § 105 Absatz 4 Satz 1, demzufolge die KVen verpflichtet werden, Sicherstellungszuschläge bei eingetretener oder drohender Unterversorgung zu zahlen.

Der GKV-Spitzenverband lehnt eine verpflichtende Zahlung von Sicherstellungszuschlägen ab. Es handelt sich hierbei um fachfremde Strukturzuschläge, die nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit Krankenbehandlung stehen.

Die mit der Änderung verbundene Streichung der Benehmensregelung beim Betrieb von Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen ist ebenso abzulehnen, wie die mit der Streichung von Satz 3 vorgesehene Herausnahme der Finanzierung in den Eigeneinrichtungen erbrachten ärztlichen Leistungen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung.

C) Änderungsvorschlag

Satz 1 zweiter Halbsatz und die Sätze 2 und 3 in Absatz 1 werden beibehalten.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 51b) aa)

§ 105 Abs. 1a Satz 1 - Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber führt eine Verpflichtung zur weitergehenden Finanzierung des Strukturfonds ein und verdoppelt die zur Verfügung zu stellenden Finanzmittel. Nunmehr müssen nicht nur 0,1 Prozent sondern bis zu 0,2 Prozent der Gesamtvergütung hierfür zur Verfügung stehen.

B) Stellungnahme

Der Gesetzgeber macht mit dieser Regelung in § 105 die Finanzierung von Strukturfonds verbindlich, erhöht zugleich die Ausstattung (bis zum Doppelten der bisherigen Summe) und ergänzt den Verwendungszweck.

Die Krankenkassen werden verpflichtet, die Hälfte des zukünftig zudem höheren Betrages für den Strukturfonds aufzubringen, ohne eine Mitwirkungsmöglichkeit bei der Verwendung der Mittel zu haben. Die Regelung ist abzulehnen, da hiermit bereits bestehende Verpflichtungen zur Finanzierung fachfremder Leistungen ausgeweitet würden und darüber hinaus die ohnehin eingeschränkten Mitsprachemöglichkeiten der Krankenkassen abgeschafft würden.

Eine verpflichtende Einrichtung von Strukturfonds wird auch deshalb abgelehnt, da nicht alle Regionen gleichermaßen von den zu adressierenden Strukturproblemen betroffen sind. Gelder sollten vorrangig dort zum Einsatz kommen, wo dringender Bedarf besteht. Das Gießkannenprinzip wird im Ergebnis die Ungleichgewichte eher verstärken, da auch in überversorgten Regionen Mittel des Strukturfonds verpflichtend zum Einsatz kommen müssten. Eine Entkopplung der Bildung eines Strukturfonds von der Konzentration auf unterversorgte Gebiete mit der Verpflichtung, zusätzliche Versichertengelder auch in überversorgte Regionen zu lenken, konterkariert Bestrebungen, die Versorgung gerade in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen zu stärken. Um sicherzustellen, dass zusätzliche Versichertengelder zielgerichtet zur Berücksichtigung besonderer regionaler Versorgungsbedürfnisse eingesetzt werden, sollen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen ein gleichberechtigtes Mitspracherecht erhalten. Darüber hinaus ist die private Krankenversicherung (PKV) finanziell in angemessenem Umfang an Fördermaßnahmen zu beteiligen.

Bereits heute können die Mittel des Strukturfonds nicht ausgeschöpft werden. Die beabsichtigte Festschreibung sowie gleichzeitige Möglichkeit zur Verdoppelung der zur Verfügung zu stellenden Mittel ist daher nicht sachgerecht. Zudem hat die bundesweit verpflichtende Umsetzung sowie die Systematik zur Ermittlung der Höhe der finanziellen Beteiligung der GKV

als Anteil von der MGV nach § 87a Absatz 3 Satz 1 SGB V eine stark wettbewerbsverzerrende Wirkung. Kassen mit Versicherungsschwerpunkten in Hochpreisregionen (Bsp. Hamburg) werden über Gebühr zusätzlich finanziell belastet und Kassen, deren MGV auf Grund von Selektivverträgen bereinigungsbedingt deutlich niedriger ausfällt, werden auf Kosten der übrigen Kassen deutlich entlastet.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 178 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 51b) bb)

§ 105 Abs. 1a Satz 2 - Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Satz 2 werden durch den Gesetzgeber die Wörter „Hat die Kassenärztliche Vereinigung einen Strukturfonds nach Satz 1 gebildet, durch das Wort „Die“ ersetzt und nach dem Wort „Ersatzkassen“ das Wort „haben“ eingefügt.

B) Stellungnahme

Folgeänderung zur Regelung in § 105 Abs. 1a Satz 2. (s.o.) Der GKV-Spitzenverband lehnt diese Verpflichtung grundsätzlich deshalb ab, weil es sich hierbei um fachfremde Strukturzusätze handelt, die nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit Krankenbehandlung stehen. Zudem sieht die Regelung keinerlei Mitsprachemöglichkeit bei der Verteilung der Mittel vor.

C) Änderungsvorschlag

§ 105 Absatz 1a Satz 2 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 51 b) cc)

§ 105 Abs. 1a Satz 3 - Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber sieht vor, dass die Mittel des Strukturfonds insbesondere für folgende Maßnahmen verwendet werden sollen:

1. Zuschüsse zu den Investitionskosten bei der Neuniederlassung, bei Praxisübernahmen oder bei der Gründung von Zweigpraxen,
2. Zuschläge zur Vergütung und zur Ausbildung,
3. Vergabe von Stipendien,
4. Förderung von Eigenrichtungen nach Absatz 1b und von lokalen Gesundheitszentren für die medizinische Grundversorgung,
5. Förderung der Erteilung von Sonderbedarfszulassungen,
6. Förderung des freiwilligen Verzichts auf die Zulassung als Vertragsarzt und Entschädigungszahlungen nach § 103 Absatz 3a Satz 13.

B) Stellungnahme

Der Gesetzgeber spezifiziert mit der Regelung die Verwendung der Mittel des Strukturfonds. Mit der Neufassung in die Finanzierung/Förderung durch den Strukturfonds aufgenommen wird eine Verwendung für Investitionskosten bei Praxisübernahmen, Förderung von Eigeneinrichtungen der KVen, Förderung von lokalen Gesundheitszentren, Förderung von Sonderbedarfszulassungen, Förderung bei einem freiwilligen Verzicht sowie für Entschädigungszahlungen nach § 103 Abs. 3a.

Aus Sicht der GKV erscheint hierbei u. a. besonders problematisch, dass die Krankenkassen nunmehr für Entschädigungszahlungen bei der Aufgabe von Arztsitzen hälftig herangezogen werden sollen; bisher war nach § 103 Abs. 3a lediglich die jeweilige KV in der Pflicht. Aber auch andere der hier vorgesehenen Maßnahmen erscheinen sachfremd, wie z. B. die auch schon bisher im § 105 Absatz 1a aufgelistete Vergabe von Stipendien an Ärzte und Psychotherapeuten, die neue vorgesehene finanzielle Förderung von Sonderbedarfszulassungen und die Förderung von Eigeneinrichtungen. Solche Finanzierungen gehört nicht zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenkassen. Die Regelung ist abzulehnen, weil Mittel der Beitragszahler für sachfremde Kosten aufgewendet werden sollen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 180 von 299

Sofern die Regelung nicht entfällt, ist den Krankenkassen ein Mitentscheidungsrecht bei der Mittelvergabe einzuräumen.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelung entfällt.

Hilfsweis: Nach § 105 Absatz 1a Satz 3 (neu) Einfügung eines Satz 4: „Bei der Vergabe der Mittel haben sich Kassenärztliche Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen abzustimmen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 51 b) dd)

§ 105 Abs. 1a Satz 4 (neu) – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber legt fest, dass die für den Strukturfonds bereitgestellten Mittel vollständig zur Förderung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung verwendet werden.

B) Stellungnahme

Der Gesetzgeber will damit verhindern, dass Mittel des Strukturfonds, die nicht verbraucht wurden, wieder an die Krankenkassen zurückfließen oder in die Gesamtvergütung eingehen.

Für die GKV erscheint diese Regelung zumindest ambivalent, da nicht zwingend davon ausgegangen werden kann, dass die mit dem Strukturfonds bereitgestellten Mittel auch aus Krankenkassensicht sinnvoll und angemessen eingesetzt werden. Soweit die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zur Finanzierung des Strukturfonds herangezogen werden, müsste sichergestellt sein, dass eine Beteiligung der Krankenkassen an der Mittelverteilung gewährleistet ist. Das ist mit der hier vorgestellten Regelung nicht zu erreichen.

Da die den KVen obliegende Sicherstellung der Versorgung mit zusätzlichen finanziellen Mitteln der Beitragszahler gewährleistet werden soll, ist es angemessen und sachgerecht, wenn nicht für diese Zwecke verausgabte Mittel an die Beitragszahler zurückerstattet werden.

Darüber hinaus sind die KVen über eingesetzte Mittel des Strukturfonds nicht rechenschaftspflichtig. Es besteht keine Transparenz über die Verwendung der Mittel des Strukturfonds. Da die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung mit zusätzlichen Versichertengeldern gefördert wird, sollte zumindest ein Bericht über die Mittelverwendung von den KVen erstellt und veröffentlicht werden müssen.

C) Änderungsvorschlag

Änderung des neuen Satzes 4:

„Es ist sicherzustellen, dass sofern die für den Strukturfonds bereitgestellten Mittel nicht vollständig zur Förderung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung verwendet werden wurden, die Kassenärztlichen Vereinigungen die von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen erhaltenen Fördermittel zurück zu zahlen haben.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 182 von 299

Anfügung neuer Satz 5:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen erstellen einen Bericht über die mit Mitteln des Strukturfonds getroffenen Maßnahmen. In dem Bericht ist Rechenschaft über die Mittelverwendung abzulegen. Der Bericht ist mindestens jährlich zu veröffentlichen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 51c

§ 105 Abs. 1b (neu) – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber ermöglicht mit dieser Regelung den Kassenärztlichen Vereinigungen einen Betrieb von Einrichtungen, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung von Versicherten dienen, oder sich an solchen Einrichtungen beteiligen. Einrichtungen können auch durch Kooperationen und gemeinsam mit Krankenhäusern und auch in Form von mobilen Praxen, Patientenbussen oder ähnlichen Versorgungsangebotsformen sowie für die Durchführung von mobilen oder digitalen Sprechstunden betrieben werden.

In solchen Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 100 Absatz 1 getroffen hat, sind die Kassenärztlichen Vereinigungen zum Betreiben von Einrichtungen sogar verpflichtet. Für die Vergütung der ärztlichen Leistungen, die in den Einrichtungen erbracht werden, sind die Regelungen nach den §§ 87 bis 87c anzuwenden.

B) Stellungnahme

Zum einen werden hier Möglichkeiten erweitert oder geschaffen, Eigeneinrichtungen seitens der KVen einzurichten und zu betreiben auch in Kooperation mit Kommunen, Krankenhäusern etc; zum anderen ist hier eine Verpflichtung der KVen aufgenommen worden, im Fall von festgestellter Unterversorgung oder drohender Unterversorgung solche Eigeneinrichtungen aufzubauen. Die KVen müssen sich dabei allerdings nicht mehr – wie bisher – mit den Krankenkassen ins Benehmen setzen. Grundsätzlich ist eine Verpflichtung der KVen zur Einrichtung von Eigeneinrichtungen zu begrüßen. Allerdings ist kritisch zu bewerten, dass sie sich hierbei nicht mehr mit den Krankenkassen abstimmen müssen. Unter Versorgungsgesichtspunkten erscheint jedoch eine Abstimmung mit den Krankenkassen in jedem Fall sinnvoll, wie sie im bisherigen § 105 Absatz 1 Satz 2 auch enthalten war.

C) Änderungsvorschlag

§ 105 Absatz 1b Satz 5 (neu): „Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben sich bei der Vergabe der Mittel mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen abzustimmen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 51 d)

§ 105 Abs. 3 – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber hebt Absatz 3 auf, weil die finanzielle Förderung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zukünftig aus Mitteln des Strukturfonds getragen werden soll.

B) Stellungnahme

Es handelt sich hierbei um eine Folgeänderung zur neuen Nummer 6 in Absatz 1a Satz 3. Danach kann künftig aus Mitteln des Strukturfonds der freiwillige Verzicht auf die Zulassung als Vertragsarzt ebenso finanziell gefördert werden wie auch Entschädigungszahlungen im Fall einer Entscheidung des Zulassungsausschusses zur Nichtnachbesetzung eines Sitzes. Die Änderung ist folgerichtig; der GKV-Spitzenverband lehnt aber die Verpflichtung zum Ausbau des Strukturfonds, zur Mittelverteilung und zu den Finanzierungsmodalitäten grundsätzlich ab.

C) Änderungsvorschlag

Keine Streichung des Absatzes 3.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 51e

§ 105 Abs. 4 Satz 1 – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber legt fest, dass von der Kassenärztlichen Vereinigung in solchen Gebieten Sicherstellungszuschläge an die dort tätigen vertragsärztlichen Leistungserbringer zu zahlen sind, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 oder 3 getroffen hat. Über die Höhe der Sicherstellungszuschläge je Arzt und über die Anforderungen an den berechtigten Personenkreis entscheidet der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen.

B) Stellungnahme

Mit der Regelung wird eine obligatorische Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an solche ärztlichen Leistungserbringer eingeführt, die in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten tätig sind. Die bisherige Ermessensentscheidung, an der auch die Krankenkassen beteiligt waren, wird damit abgelöst. Die Dauer der Zahlung ist an den Ist-Zustand (bestehende oder drohende Unterversorgung) gebunden. Lediglich bezüglich der Höhe der Zahlung entscheidet (unter Beteiligung der Krankenkassen) der Landesausschuss.

Der Gesetzgeber verringert bestehende Spielräume bei der Vergabe von Sicherstellungszuschlägen, womit die Krankenkassen in immer stärkerem Maß zur Finanzierung der ambulanten Versorgungsinfrastruktur unter Wegfall jeder Steuerungswirkung in diesem Bereich verpflichtet werden, da am Ende jede Niederlassung mit einem Zuschlag bedacht wird, wenn Unterversorgung besteht oder droht. Die Regelung erscheint wegen der verpflichtenden Zahlung von Zuschlägen bei unklarer Steuerungswirkung ausgesprochen problematisch und ist grundsätzlich abzulehnen.

Falls der Gesetzgeber auf eine Regelung nicht verzichten kann ist eine Informationspflicht der Landesausschüsse gegenüber der Bundesebene (KBV, GKV-SV) vorzusehen.

C) Änderungsvorschlag

Es erfolgt eine Ergänzung von Absatz 4 Satz 1:

„Der Landesausschuss übermittelt jährlich Informationen über Empfänger und Höhe der Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an den GKV-Spitzenverband und an die Kassenärztliche Bundesvereinigung.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 52

§ 106a Abs. 4 - Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlicher Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzesvorschlag sieht vor, dass in den Vereinbarungen zur Prüfung ärztlicher Leistungen Praxisbesonderheiten zu vereinbaren sind, die auf Antrag bereits vor Durchführung der Prüfung anerkannt werden müssen.

B) Stellungnahme

Bereits jetzt werden in den Prüfvereinbarungen nach § 106 Abs. 1 Satz 2 SGB V Praxisbesonderheiten vereinbart. Diese beziehen sich in der Regel auf Arzneimittel, die mit bestimmten Erkrankungen im Zusammenhang stehen.

Die in der Gesetzesbegründung aufgeführten Beispiele für Praxisbesonderheiten können bereits heute – soweit hinreichend substantiiert – in einem Prüfverfahren angeführt werden, um Auffälligkeiten in der Leistungserbringung im Verhältnis zum Durchschnitt der Arztgruppe zu begründen. Der Gesetzentwurf zielt daher in erster Linie darauf ab, dem Arzt zu ermöglichen, Praxisbesonderheiten prospektiv anerkennen zu lassen, um ein Prüfverfahren erst gar nicht entstehen zu lassen. Tatsächlich kann die Annahme sinnvoll sein, dass strukturellen Eigenschaften einer Arztpraxis, die keinem schnellen Wandel unterworfen sind, nach erstmaliger Feststellung fortbestehen und nicht ständig überprüft werden müssen.

Hinsichtlich der Gesetzesbegründung ist allerdings anzumerken, dass entsprechende Anträge an die Prüfungsstellen und nicht an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu richten wären.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 53 Buchstaben a) und b)

§ 106b – Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber beabsichtigt, die Verweise in § 106b SGB V auf den überarbeiteten § 89 SGB V zu setzen. Eine spezielle Regelung zur nicht-aufschiebenden Wirkung von Klagen gegen Schiedsentscheidungen soll aufgehoben werden.

B) Stellungnahme

Die Anpassung der Verweise sind redaktionelle und inhaltliche Folgeänderungen zu den Änderungen in § 89 SGB V (vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 45). Die Aufhebung der speziellen Regelung zur nicht-aufschiebenden Wirkung von Klagen gegen Schiedsentscheidungen wird durch die Neufassung von § 89 SGB V entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 188 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 54

§ 106d Absatz 7 – Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 106d Absatz 7 wird das Wort „Absatz 4b“ durch das Wort „Absatz 4“ ersetzt.

B) Stellungnahme

Redaktionelle Änderung des Verweises

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 55 a)

§ 114 – Landesschiedsstelle

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der beabsichtigten Neufassung von § 89 SGB V. Sofern eine Einigung über die Bestellung des Vorsitzenden und der weiteren unparteiischen Mitglieder der Landesschiedsstelle durch die Organisationen nach § 114 Abs. 2 Satz 4 SGB V nicht zustande kommt, sollen diese gemäß § 89 Abs. 6 Satz 3 des Referentenentwurfs durch die Aufsicht bestimmt werden.

B) Stellungnahme

Die Änderung wird abgelehnt. Wie bereits für das Schiedsamt nach § 89 SGB V und das erweiterte Schiedsgremium nach § 89a SGB V dargestellt, ist auch für die Landesschiedsstellen nicht erkennbar, dass die Akzeptanz eines durch die Aufsichtsbehörde bestimmten unparteiischen Mitglieds stärker gegeben ist als eines mittels Losverfahren gezogenen Mitglieds. Denn im Rahmen des Losverfahrens erfolgt die Entscheidung über die Bestellung zugunsten eines von den Organisationen vorgeschlagenen Mitglieds. Wie auf Bundesebene wird daher auch für die Landesebene bei der Bestellung der unparteiischen Mitglieder für die Landesschiedsstelle nach § 114 SGB V ein vereinfachtes und modifiziertes Losverfahren bevorzugt.

Die modifizierten und vereinfachten Regelungen zum Losverfahren finden sich in § 89 Abs. 6 Satz 5 bis 8 SGB V in der Fassung des Vorschlags des GKV-Spitzenverbandes. Der Verweis in § 114 Abs. 2 Satz 4 SGB V ist entsprechend anzupassen.

C) Änderungsvorschlag

Art. 1 Nr. 55 a) wird wie folgt geändert:

§ 114 Absatz 2 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, entscheidet das Los; § 89 Absatz 6 Satz 5 bis 8 gilt entsprechend.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 190 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 55 b)

§ 114 – Landesschiedsstelle

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 114 Abs. 5 SGB V soll der Verweis auf die erweiterte Schiedsstelle nach § 115 Abs. 3 SGB V gestrichen werden.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung, da die Zuständigkeit der bisher in § 115 Abs. 3 SGB V bestimmten erweiterten Schiedsstelle nun auf das sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a SGB V übergeleitet wurde.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 56 Buchstabe a)

§ 115 – Beziehungen zu Krankenhäusern und Vertragsärzten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 115 SGB V kooperieren Krankenkassen und Leistungserbringer im Rahmen dreiseitiger Verträge, für deren Konfliktfall bisher die Landesschiedsstelle nach § 114 SGB V als erweiterte Schiedsstelle agierte. Nach der Neuregelung soll im Konfliktfall das sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a SGB V entscheiden.

B) Stellungnahme

Folgeänderung zur beabsichtigten Schaffung eines sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene in § 89a SGB V. Auf die Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 46 und den dort dargestellten Änderungsbedarf wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 192 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 56 Buchstabe b)

§ 115 – Beziehungen zu Krankenhäusern und Vertragsärzten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Sonderregelung in § 115a Abs. 3a SGB V wird gestrichen.

B) Stellungnahme

Die Streichung in § 115a Abs. 3a SGB V ist sachgerecht, da die dort genannte Frist bereits abgelaufen ist und für zukünftige Konflikte das sektorenübergreifende Gremium nach § 89a SGB V zuständig ist. Auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 46 und den dort dargestellten Änderungsbedarf wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 57

§ 115b – Ambulantes Operieren im Krankenhaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der sektorenübergreifenden Vereinbarung nach § 115b Abs. 3 SGB V soll im Konfliktfall das sektorenübergreifende Entscheidungsgremium entscheiden, sodass die entsprechenden Regelungen des § 89a SGB V gelten. Darüber hinaus wird die Vorschrift redaktionell angepasst, da die Vereinbarung nach Absatz 1 inzwischen vorliegt.

B) Stellungnahme

Folgeänderung zur beabsichtigten Schaffung eines sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene in § 89a SGB V. Auf die Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 46 und den dort dargestellten Änderungsbedarf wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 58

§ 116b – Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der sektorenübergreifenden Vereinbarung zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b Absatz 1 Satz 2 SGB V soll im Konfliktfall das sektorenübergreifende Entscheidungsgremium entscheiden, sodass die entsprechenden Regelungen des § 89a SGB V gelten.

B) Stellungnahme

Folgeänderung zur beabsichtigten Schaffung eines sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene in § 89a SGB V. Auf die Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 46 und den dort dargestellten Änderungsbedarf wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 59 Buchstabe a) und b)

§ 117 – Hochschulambulanzen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der sektorenübergreifenden Vereinbarung zur Versorgung durch Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V soll im Konfliktfall das sektorenübergreifende Entscheidungsgremium entscheiden, sodass die entsprechenden Regelungen des § 89a SGB V gelten. Die Regelungen zur Besetzung, Beschlussfassung und Ausnahmeregelungen in § 117 Abs. 1 Satz 6 bis 8 SGB V werden gestrichen.

B) Stellungnahme

Folgeänderung zur beabsichtigten Schaffung eines sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene in § 89a SGB V. Auf die Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 46 und den dort dargestellten Änderungsbedarf wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 60 Buchstabe a) und b)

§ 118 – Psychiatrische Institutsambulanzen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der sektorenübergreifenden Vereinbarung zur Versorgung durch psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 Abs. 2 SGB V soll im Konfliktfall das sektorenübergreifende Entscheidungsgremium entscheiden, sodass die entsprechenden Regelungen des § 89a SGB V gelten. Die Regelungen zur Besetzung und Beschlussfassung in § 118 Abs. 2 Satz 4 und 5 SGB V werden gestrichen.

B) Stellungnahme

Folgeänderung zur beabsichtigten Schaffung eines sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene in § 89a SGB V. Auf die Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 46 und den dort dargestellten Änderungsbedarf wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 61

§ 118a – Geriatrische Institutsambulanzen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der sektorenübergreifenden Vereinbarung zur Versorgung durch geriatrische Institutsambulanzen nach § 118a Abs. 2 Satz 1 SGB V soll im Konfliktfall das sektorenübergreifende Entscheidungsgremium entscheiden, sodass die entsprechenden Regelungen des § 89a SGB V gelten.

B) Stellungnahme

Folgeänderung zur beabsichtigten Schaffung eines sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene in § 89a SGB V. Auf die Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 46 und den dort dargestellten Änderungsbedarf wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 198 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 62

§ 120 Absatz 3a Satz 1 – Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 120 Absatz 3a Satz 1 werden die Wörter „Absatz 3 Satz 5“ durch die Wörter „Absatz 3 Satz 6“ ersetzt.

B) Stellungnahme

Redaktionelle Folgeänderung zu § 87a Absatz 3 Satz 5 und 6 neu.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 63 Buchstaben a) b) c)

§ 129 – Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber beabsichtigt, drei Änderungen in § 129 SGB V vorzunehmen.

- a) Bei Verträgen nach § 129 Abs. 5 SGB V auf Landesebene, soll zukünftig sichergestellt werden, dass die Krankenkassen die Kosten für Impfstoffe bis zum Preis des zweitgünstigsten Herstellers übernehmen.
- b) Aufgrund der Neufassung des § 89 SGB V ist die redaktionelle Anpassung eines Verweises vorgesehen.
- c) Die Grundlage für die Verordnung über die Schiedsstelle für Arzneimittelversorgung und die Arzneimittelabrechnung in § 129 Absatz 10 Satz 2 soll dahingehend neugefasst werden, dass für die Verordnung keine Zustimmung des Bundesrates mehr erforderlich ist. Zudem soll auch der Teilnehmerkreis an den Verhandlungen der Schiedsstelle Gegenstand dieser Verordnungen sein.

B) Stellungnahme

Zu a):

Die beabsichtigte Neuregelung ist vor dem Hintergrund der Entscheidung der 2. Vergabekammer des Bundes mit dem Aktenzeichen VK 2 - 30/18 zu bewerten. Die Vergabekammer bestätigte, dass das bewährte Verfahren der auf Lieferverträgen nach § 129 Abs. 5 SGB V beruhenden und zwischen Krankenkassen und Apothekerverbänden geschlossenen Verträge, grundsätzlich statthaft sind.

Weiterhin gilt es zu beachten, dass bei Impfstoffen im Gegensatz zu Arzneimitteln keine Preisbindung gilt. Die Listenpreise der pharmazeutischen Unternehmer können allenfalls als unverbindliche Preisempfehlungen interpretiert werden. Aufgrund der fehlenden Preisbindung müssen Krankenkassen und Apotheken zwingend eine Einigung über einen Abrechnungspreis erzielen, andernfalls wäre keine Abrechnung möglich. Diese Einigung wird insbesondere im Rahmen der o.g. Verträge festgelegt.

Der Gesetzgeber beabsichtigt nun durch die vorgesehene Änderung, die Inhalte dieser Verträge erheblich einzuschränken. Die Vertragspartner sollen zukünftig nicht mehr frei darin sein, einen für beide Seiten geeignet erscheinenden Preis festzulegen. Stattdessen soll der nicht bindende „zweitgünstigste“ Listenpreis des pharmazeutischen Unternehmers eine Min-

desthöhe des Abrechnungspreises festlegen. Eine solche Regelung führt zu erheblichen Ineffizienzen.

Im Markt für Impfstoffe ist die Anzahl verschiedener Unternehmen und damit der Wettbewerber deutlich geringer als im Markt für Arzneimittel. Man kann von einem Oligopol mit einer geringen Zahl an Anbietern sprechen. Häufig gibt es im Markt für einen bestimmten Impfstoff nur zwei Anbieter. Entsprechend würde auf Basis der vorgesehenen Regelung der höchste Preis Grundlage der Abrechnungsvereinbarung werden. Zudem haben die Unternehmer den Anreiz, die Preise selbst möglichst hoch festzusetzen. Dies lässt deutlich steigende Impfstoffpreise erwarten. Durch die sehr große Marktmacht einzelner Unternehmer wird dieser Anreiz noch verstärkt.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ergibt sich kein Bedarf für eine gesetzliche Neuregelung.

Zu b):

Auch für die Schiedsstelle nach § 129 Abs. 8 SGB V lehnt der GKV-Spitzenverband eine Abschaffung des Losverfahrens zu Gunsten einer Bestellung durch die Aufsichtsbehörde ab. Vorgeschlagen wird stattdessen eine Beibehaltung des Losverfahrens, allerdings in modifizierter und vereinfachter Form. Insoweit wird auf die Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 45 verwiesen.

Die modifizierten und vereinfachten Regelungen zum Losverfahren finden sich in § 89 Abs. 6 Satz 5 bis 8 SGB V in der Fassung des Vorschlags des GKV-Spitzenverbandes. Der Verweis in § 129 Abs. 8 Satz 4 SGB V ist entsprechend anzupassen.

Zu c):

Gemäß § 89 Abs. 10 Satz 4 SGB V (neu) umfasst das Aufsichtsrecht auch die Teilnahme an den Sitzungen. Nach Neuentwurf der Schiedsverordnung gem. § 89 Absatz 11 (neu) und des § 89a Absatz 11 (neu) (derzeit Schiedsamtverordnung) umfasst das Recht der Aufsichtsbehörde zur Teilnahme an den Sitzungen gem. § 8 Abs. 1 Satz 4 Schiedsverordnung (neu) auch das Recht zur Anwesenheit bei den Beratungen und der Beschlussfassung. Ein Teilnahme-recht der Aufsichtsbehörde für die Schiedsstelle nach § 129 Abs. 8 SGB V lehnt der GKV-Spitzenverband ab. Es wird auf die ausführliche Stellungnahme zur entsprechenden Neufassung von § 89 und § 89a und die vorgesehenen Änderungen der Schiedsamtverordnung verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Die in Artikel 1 Nr. 63 a) vorgesehene Änderung wird aufgehoben.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 201 von 299

Artikel 1 Nr. 63 b) wird wie folgt geändert:

Absatz 8 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, entscheidet das Los; § 89 Absatz 6 Satz 5 bis 8 gilt entsprechend.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 64 Buchstaben a) b) c)

§ 130b – Vereinbarungen zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmern über Erstattungsbeträge für Arzneimittel, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 130b sind drei Neuregelungen vorgesehen:

- a) Im Zuge einer Vereinheitlichung des Schiedswesens plant der Gesetzgeber in Form einer redaktionellen Anpassung an die entsprechende Neuregelung in § 89 Absatz 6 Satz 3 (neu) auch für die Schiedsstelle nach § 130b Abs. 5 SGB V das Losverfahren zur Ermittlung des Vorsitzenden, der weiteren unparteiischen Mitglieder und der Stellvertreter abzuschaffen und durch die Bestellung des Vorsitzenden, der weiteren unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreter nach Fristsetzung durch die Aufsichtsbehörde zu ersetzen. Anders als nach bisheriger Bestimmung durch Los beträgt die geplante Amtsdauer bei Bestellung durch das Bundesministerium nicht mehr nur ein Jahr, sondern vier Jahre.
- b) In Anknüpfung an die Neufassung von § 89 Abs. 10 Satz 4 SGB V neu werden auch § 129 Absatz 10 Satz 2 wie § 130b Absatz 6 Satz 5 einheitlich neugefasst. Entsprechend kann per Rechtsverordnung nach § 129 Absatz 10 Satz 2 auch für die Schiedsstelle nach § 130b Abs. 5 SGB V das Nähere zum Teilnahmerecht an den Sitzungen geregelt werden.
- c) Der fehlerhafte Verweis Absatz 9 Satz 7 auf Satz 5 wird durch Verweis auf Satz 6 redaktionell richtiggestellt.

B) Stellungnahme

Zu a):

Auch für die Schiedsstelle nach § 130b Abs. 5 SGB V lehnt der GKV-Spitzenverband eine Abschaffung des Losverfahrens zu Gunsten einer Bestellung durch die Aufsichtsbehörde ab. Vorgeschlagen wird stattdessen eine Beibehaltung des Losverfahrens, allerdings in modifizierter und vereinfachter Form. Insoweit wird auf die Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 45 verwiesen.

Die modifizierten und vereinfachten Regelungen zum Losverfahren finden sich in § 89 Abs. 6 Satz 5 bis 8 SGB V in der Fassung des Vorschlags des GKV-Spitzenverbandes. Der Verweis in § 130b Abs. 5 Satz 5 SGB V ist entsprechend anzupassen.

Zu b):

Gemäß § 89 Abs. 10 Satz 4 SGB V (neu) umfasst das Aufsichtsrecht auch die Teilnahme an den Sitzungen. Nach Neuentwurf der Schiedsverordnung gem. § 89 Absatz 11 (neu) und des § 89a Absatz 11 (neu) (derzeit Schiedsamtverordnung) umfasst das Recht der Aufsichtsbehörde zur Teilnahme an den Sitzungen gem. § 8 Abs. 1 Satz 4 Schiedsverordnung (neu) auch das Recht zur Anwesenheit bei den Beratungen und der Beschlussfassung. Ein Teilnahme-recht der Aufsichtsbehörde für die Schiedsstelle nach § 130b Abs. 5 SGB V lehnt der GKV-Spitzenverband ab. Es wird auf die ausführliche Stellungnahme zur entsprechenden Neufassung von § 89 und § 89a und die vorgesehenen Änderungen der Schiedsamtverordnung verwiesen.

Zu c):

Die redaktionelle Korrektur wird aus Gründen der Rechtsklarheit befürwortet.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 64 a) wird wie folgt geändert:

Absatz 5 Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, entscheidet das Los; § 89 Absatz 6 Satz 5 bis 8 gilt entsprechend.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 65

§ 132 a Abs. 3 Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Zuge einer Vereinheitlichung des Schiedswesens soll in Form einer redaktionellen Anpassung an die entsprechende Neuregelung in § 89 Absatz 6 Satz 3 (neu) auch für die Schiedsstelle nach § 132a Abs. 3 SGB V das Losverfahren zur Ermittlung des Vorsitzenden, der weiteren unparteiischen Mitglieder und der Stellvertreter abgeschafft und durch die Bestellung des Vorsitzenden, der weiteren unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreter nach Fristsetzung durch die Aufsichtsbehörde ersetzt werden. Anders als nach bisheriger Bestimmung durch Los beträgt die geplante Amtsdauer bei Bestellung durch das Bundesministerium nicht mehr nur ein, sondern vier Jahre.

B) Stellungnahme

Auch für die Schiedsstelle nach § 132a Abs. 3 SGB V lehnt der GKV-Spitzenverband eine Abschaffung des Losverfahrens zur Gunsten einer Bestellung durch die Aufsichtsbehörde ab. Vorgeschlagen wird stattdessen eine Beibehaltung des Losverfahrens, allerdings in modifizierter und vereinfachter Form. Insoweit wird auf die Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 45 verwiesen.

Die modifizierten und vereinfachten Regelungen zum Losverfahren finden sich in § 89 Abs. 6 Satz 5 bis 8 SGB V in der Fassung des Vorschlags des GKV-Spitzenverbandes. Der Verweis in § 132a Abs. 3 Satz 5 SGB V ist entsprechend anzupassen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 65 wird wie folgt geändert:

Absatz 3 Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, entscheidet das Los; § 89 Absatz 6 Satz 5 bis 8 gilt entsprechend.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 66

§ 132d – Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 132d Abs. 1 n.F. SGB V soll geregelt werden, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen einzeln oder gemeinsam mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen unter Berücksichtigung der Richtlinie nach § 37b und der Empfehlungen nach Abs. 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. Leistungserbringer, die die in den Versorgungsverträgen nach Satz 1 festgelegten Voraussetzungen erfüllen, haben Anspruch auf Abschluss eines zur Versorgung berechtigten Vertrages mit den Krankenkassen, in dem die Einzelheiten der Versorgung und die Vergütung zu vereinbaren sind. Regionale Besonderheiten sind dabei zu berücksichtigen.

Im Fall der Nichteinigung wird der Inhalt der Verträge durch eine von den jeweiligen Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige 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.

B) Stellungnahme

Bisher haben die Krankenkassen mit geeigneten Einrichtungen oder Personen Verträge für eine bedarfsgerechte Versorgung mit spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) geschlossen. Das OLG Düsseldorf kam mit dem Beschluss vom 15.06.2016 (VII-Verg 56/15) zu dem Ergebnis, dass es sich bei diesen Einzelverträgen zur Versorgung mit SAPV um ausschreibungspflichtige öffentliche Aufträge handelt, denen ein transparentes Verfahren zum Abschluss von Verträgen zugrunde liegen muss.

Um die Praktikabilität in der Vertragspraxis zur Versorgung mit SAPV zu gewährleisten, haben einige Krankenkassen und Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen auf ein offenes Zulassungsmodell umgestellt. Ziel der Neuregelung ist es, diese Praxis rechtlich abzusichern und etwaige vergaberechtliche Probleme im Zusammenhang mit dem Vertragsabschluss im Bereich der SAPV auszuräumen. Somit sind künftig gemeinsame und einheitliche Verträge der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen mit den maßgeblichen

Vertretern der SAPV-Leistungserbringer auf Landesebene gesetzlich vorgegeben. Leistungserbringer, die die Anforderungen dieser Rahmenverträge erfüllen, haben einen Anspruch auf Abschluss eines Vertrages und damit auf die Teilnahme an der Versorgung mit SAPV. Dies führt dazu, dass kein Auswahlverfahren unter geeigneten Leistungserbringern durchgeführt werden muss und es folglich keiner vergaberechtlichen Ausschreibung bedarf. Der GKV-Spitzenverband begrüßt diese Neuregelung ausdrücklich.

Wir weisen darauf hin, dass die in § 132d Abs. 1 SGB V n.F. beschriebenen Vertragsarten unterschiedliche Begrifflichkeiten erhalten sollten, um diese klar voneinander abgrenzen zu können. In Analogie zur vertraglichen Umsetzung in anderen Leistungsbereichen wie der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V wird vorgeschlagen, für die nach § 132d Abs. 1 Satz 1 SGB V n.F. durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu schließenden Verträge den Begriff „Rahmenvertrag“ zu verwenden. Dadurch wird verdeutlicht, dass in den durch die Landesverbände und die Ersatzkassen zu schließenden Verträgen Grundsätze zur Durchführung der Leistung sowie zur Vergütung geregelt werden. Für die zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern zu schließenden Verträge nach § 132d Abs. 1 Satz 3 n.F. wird der Begriff „Versorgungsvertrag“ vorgeschlagen. Diese Änderungen gelten gleichermaßen für die Gesetzesbegründung.

Die Regelung, dass die auf der Landesebene zu schließenden Rahmenverträge die SAPV-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die Empfehlungen nach § 132d Abs. 2 SGB V berücksichtigen sollen, wird vor dem Hintergrund einer einheitlichen Umsetzung des Leistungsanspruchs auf SAPV ausdrücklich begrüßt. Der Begriff „Richtlinien nach § 37b SGB V“ sollte – analog der Formulierung in § 132d Abs. 3 Satz 2 SGB V – um die konkrete Rechtsvorschrift ergänzt werden.

Die bisherige Regelung, dass im Falle einer Nichteinigung der Inhalt der Verträge durch eine unabhängige Schiedsperson festgelegt wird, bleibt bestehen. Dass die neu zu schließenden Rahmenverträge nach § 132d Abs. 1 Satz 1 n.F. SGB V ebenfalls unter die Schiedsregelung fallen, ist sachlogisch.

C) Änderungsvorschlag

§ 132d Abs. 1 n.F. ist wie folgt anzupassen:

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

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

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 207 von 299

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 67 Buchstaben a) und b)

§ 134a – Versorgung mit Hebammenhilfen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der beabsichtigten Neufassung von § 89 SGB V. § 89 Abs. 6 Satz 2 SGB V RefE sieht vor, dass die Aufsichtsbehörde den unparteiischen Vorsitzenden und die unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter bestellt, soweit eine Einigung der Vertragsparteien nicht zustande kommt.

Mit der beabsichtigten Änderung in § 134a Abs. 4 Satz 5 SGB V sollen die bisherigen Regelungen zum Losverfahren für die Schiedsstelle Hebammen grundsätzlich beibehalten und in § 134a SGB V überführt werden.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt im Rahmen von § 89 SGB V eine Bestellung des unparteiischen Vorsitzenden und der unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter durch die Aufsichtsbehörde im Fall einer Nichteinigung ab. Vorgeschlagen wird stattdessen eine Beibehaltung des Losverfahrens, allerdings in modifizierter und vereinfachter Form. Insoweit wird auf die Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 45 verwiesen.

Die modifizierten und vereinfachten Regelungen zum Losverfahren finden sich in § 89 Abs. 6 Satz 5 bis 8 SGB V in der Fassung des Vorschlags des GKV-Spitzenverbandes. Der Verweis in § 134a Abs. 4 Satz 5 SGB V ist entsprechend anzupassen.

C) Änderungsvorschlag

Art. 1 Nr. 67 wird wie folgt gefasst:

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

„Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, entscheidet das Los; § 89 Abs. 6 Satz 5 bis 8 gilt entsprechend.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 209 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 68

§ 135 Abs. 2 Satz 8 - Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

A) Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Folgeänderung durch das Einfügen eines Satzes in § 87 Absatz 6.

B) Stellungnahme

Die Folgeänderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 210 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 69

§137e Abs. 4 Satz 5 – Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

Folgeänderung in der Schiedsregelung des §137e Absatz 4 aufgrund der Einführung einer einheitlichen sektorenübergreifenden Konfliktlösung in §89a.

B) Stellungnahme

Auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 46 und den dort dargestellten Änderungsbedarf wird verwiesen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 211 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 70

§ 140a Absatz 2 Satz 2 – Besondere Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 140a Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „§ 20d“ durch die Angabe „§ 20i“ ersetzt.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine bislang versäumte redaktionelle Folgeänderung in § 140a. Der Verweisfehler wird korrigiert.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 212 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 71

§ 188 Abs. 2 Satz 3 - Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft für Rentner mit Optionsrecht zum 01.04.2002

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des § 9 Abs. 1 Nr. 6 SGB V, auf den diese Vorschrift Bezug nimmt.

B) Stellungnahme

Die Aufhebung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 213 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 72

§ 190 Abs. 11a - Ende der Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner für freiwillig versicherte Rentner sowie ihre Familienangehörigen bei Ausübung des Optionsrechts zum 01.04.2002

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des § 9 Abs. 1 Nr. 6 SGB V, auf den diese Vorschrift Bezug nimmt.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 73

§ 197a – Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einfügung eines neuen § 197a Absatz 3b sollen datenschutzrechtliche Übermittlungsbefugnisse im Zusammenhang mit der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Krankenkassen und ihrer Landesverbände klargestellt werden.

Zukünftig dürfen die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Krankenkassen personenbezogene Daten nicht nur untereinander, sondern auch an die für die Entscheidung über die Teilnahme von Leistungserbringern an der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie die für die Leistungsgewährung und die für die Abrechnung von Leistungen zuständigen Stellen übermitteln, soweit dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Zuständigkeitsbereich der Empfänger erforderlich ist. Darüber hinaus dürfen zukünftig auch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung personenbezogene Daten, die von ihnen z. B. zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhoben wurden, an die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Krankenkassen übermitteln.

B) Stellungnahme

Mit der beabsichtigten Neuregelung soll ausweislich der Gesetzesbegründung insbesondere den Erkenntnissen der Krankenkassen aus der Praxis der Fehlverhaltensbekämpfung Rechnung getragen werden. Der GKV-Spitzenverband hat den entsprechenden gesetzlichen Änderungsbedarf bereits seit dem Jahr 2015 wiederholt vorgetragen und begründet. Die geplante Gesetzesänderung wird nachdrücklich begrüßt und unterstützt.

Durch die ausdrückliche Benennung der „Verhinderung“ von Fehlverhalten im Gesundheitswesen als möglichen Übermittlungszweck wird unmissverständlich klargestellt, dass die Datenübermittlung nicht lediglich auf die (reaktive) Aufarbeitung vergangener Sachverhalte gerichtet sein kann, sondern gerade auch auf die (präventive) Unterbindung künftiger Unregelmäßigkeiten abzielen soll.

Entgegen der gesetzgeberischen Zielrichtung wird vorliegend aber noch nicht allen datenschutzrechtlichen Rechtsunsicherheiten abgeholfen. Insoweit besteht weiterer gesetzlicher Änderungsbedarf.

Nach der Gesetzesbegründung soll die weit gefasste Umschreibung der möglichen Empfänger sicherstellen, „dass alle sinnvollen Übermittlungswege zum Informationsaustausch über Fehlverhalten von Leistungserbringern sämtlicher Versorgungsbereiche genutzt werden können“. Problematisch ist aber, dass es sich bei den potentiellen Empfängern gerade nicht nur um Stellen innerhalb derselben Organisation handelt, bei der stets auch eine Fehlverhaltensstelle eingerichtet ist. Es kann und wird sich in der täglichen Praxis vielmehr regelmäßig auch um Empfänger außerhalb der betreffenden Organisation handeln.

Der Gesetzentwurf lässt bislang noch offen, welche Übermittlungswege zum Informationsaustausch über Fehlverhalten von Leistungserbringern sämtlicher Versorgungsbereiche sinnvoll erscheinen, damit Fehlverhalten im Gesundheitswesen effektiv verhindert werden kann. Erkenntnisse des Bundeskriminalamtes über den bundesweit organisierten Abrechnungsbruch durch sog. russischsprachige Pflegedienste haben demgegenüber längst aufgezeigt, dass zur effektiven Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Aufbau einer organisationsübergreifenden GKV-Betrugspräventions-Datenbank erforderlich ist, vgl. LKA Nordrhein-Westfalen, Abschlussbericht vom 5.5.2017 zum Projekt Curafair, Abrechnungsbruch im Gesundheitswesen durch russischsprachige Pflegedienste, S. 13 f.

Deshalb muss zusätzlich gesetzlich klargestellt werden, dass der Austausch von personenbezogenen Daten zur Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen auch unter Verwendung von Datenbanken zulässig ist, die von Dritten betrieben werden (sog. „Fraud Pool“). Die Regelung könnte sich z. B. an der erst jüngst erfolgten gesetzlichen Klarstellung des § 47 Abs. 5 GWG orientieren, mit der offenkundig langjährige Meinungsverschiedenheiten der Landesdatenschutzbeauftragten und der Bundesdatenschutzbeauftragten schließlich ausgeräumt werden konnten, vgl. BT-Drs. 18/12405, S. 169 f.

C) Änderungsvorschlag

Dem § 197a Absatz 3b wird folgender Satz 5 angefügt:

„Die nach Satz 1 und 3 übermittelten Daten dürfen auch unter Verwendung von Datenbanken zur Kenntnis gegeben werden, unabhängig davon, ob diese Datenbanken von den genannten Einrichtungen selbst oder von Dritten betrieben werden.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 74

§ 217f – Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-Spitzenverband wird verpflichtet, eine Musterkassenordnung für die Krankenkassen zu erstellen.

B) Stellungnahme

Zur Sicherheit des Zahlungsverkehrs und der Buchführung existieren bei allen Krankenkassen den Anforderungen entsprechende Kassenordnungen. Vor dem Hintergrund stark heterogener Strukturen der Krankenkassen sind diese Kassenordnungen sowohl detailliert als auch kompakt ausgestaltet und werden je nach Bedarf durch Dienstanweisungen präzisiert. Die Aufstellung einer Musterkassenordnung würde bei allen Krankenkassen entweder zu umfassenden Änderungen der bereits existierenden rechtskonformen Kassenordnungen und der entsprechenden Dienstanweisungen oder zu Begründungen der Abweichungen zur Musterkassenordnung gegenüber den Aufsichtsbehörden führen. Der Abstimmungsaufwand würde nicht verringert.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 74 wird gestrichen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 217 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 75

§ 225 Satz 1 Nr. 1 und 3 – Beitragsfreiheit bestimmter Rentenantragsteller

A) Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Anpassung der Regelung zur Beitragsfreiheit bestimmter Rentenantragsteller bis zum Beginn der Rente, mit der der zum 01.01.2017 geschaffene eigenständige Versicherungspflichttatbestand für Bezieher einer Waisenrente (§ 5 Abs. 1 Nr. 11b SGB V) berücksichtigt werden soll.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist nicht erforderlich, soweit der Änderungsbefehl auf die Regelung in § 225 Satz 1 Nr. 1 SGB V abzielt, da die Ausgangssituation (hinterbliebene Ehegatten oder hinterbliebene Lebenspartner von Waisenrentnern beantragen eine Witwenrente oder Witwerrente) nicht vorstellbar ist. Hinzu kommt, dass der Änderungsbefehl mehrfach wirken würde, da das Wort „oder“ in Satz 1 Nr. 1 zweimal vorkommt.

Soweit der Änderungsbefehl auf die Regelung in § 225 Satz 1 Nr. 3 SGB V abzielt, ist er sachgerecht. Es handelt sich dabei allerdings nicht um eine redaktionelle Anpassung, sondern um eine materielle Änderung des geltenden Rechts. Durch die Änderung werden künftig auch Waisen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und die ohne die Rentenantragstellermemberschaft familienversichert wären, in der Phase der Rentenantragstellung beitragsfrei gestellt.

C) Änderungsvorschlag

„In § 225 Satz 1 Nummer 3 wird das Wort „oder“ durch das Wort „bis“ ersetzt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 76

§ 228 Abs. 2 – Nachzahlungen von Renten als beitragspflichtige Einnahmen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung wird eine verfahrensrechtlich gegenüber § 48 SGB X vorrangige Sondervorschrift geschaffen, die eine Aufhebung eines vorangegangenen Beitragsbescheides mit Wirkung für die Vergangenheit zuungunsten des beitragspflichtigen Mitglieds zulässt, soweit die Beitragspflicht auf eine Nachzahlung von Renten (inländische und ausländische) oder Versorgungsbezügen zurückzuführen ist.

B) Stellungnahme

Die Regelung beseitigt eine seit Jahren bestehende Diskrepanz zwischen materiellem Recht und dem Verfahrensrecht. Während das materielle Recht eine Beitragspflicht auf nachgezahlte Renten und Versorgungsbezüge ausdrücklich anordnet (§ 228 Abs. 2, § 229 Abs. 2 SGB V) und diese Anordnung auch für freiwillige Mitglieder entsprechend gilt (§ 240 Abs. 2 Satz 5 SGB V), scheitert die Umsetzung der Beitragserhebung durch die Krankenkasse immer dann, wenn Nachzahlungen von Renten und Versorgungsbezügen auf einen Zeitraum entfallen, der bereits durch einen vorangegangenen (für das Mitglied günstigeren) Beitragsbescheid geregelt ist. Da auch Nachzahlungen von Renten und Versorgungsbezügen die für die Beitragsbemessung maßgebende Einkommenssituation beeinflussen, ist die Neuregelung sachgerecht und wird insofern begrüßt.

Eine vergleichbare Problematik ergibt sich bei Nachzahlungen der Bezüge von freiwillig versicherten aktiven Beamten, für die ebenfalls die Heranziehung zur Beitragspflicht ab dem Zeitpunkt der Änderung der Einkommensverhältnisse – und somit rückwirkend – vorzusehen ist. Diese Änderung der Einkommensverhältnisse wird von der Reichweite der Neuregelung nicht erfasst.

C) Änderungsvorschlag

keiner; hilfsweise könnte über eine unmittelbare Anpassung des § 48 Abs. 1 SGB X im Sinne der Zielsetzung nachgedacht werden, um auch für die im letzten Absatz der Stellungnahme genannte Fallgruppe eine entsprechende verfahrensrechtliche Regelung zu schaffen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 219 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 77 Buchstaben a) bis c)

§ 235 – Beitragspflichtige Einnahmen von Rehabilitanden, Jugendlichen und behinderten Menschen in Einrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um rein redaktionelle Änderungen bei der Regelung zu den beitragspflichtigen Einnahmen von Rehabilitanden, Jugendlichen und behinderten Menschen in Einrichtungen.

B) Stellungnahme

Die Änderungen sind sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 78

§ 237 Satz 3 – Beitragsfreiheit von Hinterbliebenenleistungen aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung werden bei versicherungspflichtigen Waisenrentnern auch Leistungen der Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis, die den durch den Tod eines Elternteils entfallenden Unterhaltsanspruch des Kindes gegenüber dem verstorbenen Elternteil ersetzen sollen, bis zum Erreichen der Altersgrenzen für die Familienversicherung beitragsfrei gestellt.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung ist sachgerecht, soweit damit eine beitragsrechtliche Ungleichbehandlung mit der Gruppe von Waisenrentnern verhindert wird, die ihre unterhaltsersetzenden Hinterbliebenenleistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung, einer berufsständischen Versorgungseinrichtung oder aus der Alterssicherung der Landwirte erhalten. Die praktische Relevanz dürfte eher gering sein, da allein das Waisengeld aus der Beamtenversorgung als Hinterbliebenenleistung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis keinen Zugang in die Krankenversicherung der Rentner eröffnet.

Vor dem Hintergrund der beabsichtigten Regelungsänderung, dass auch die der Hinterbliebenenversorgung dienenden Versorgungsbezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis von der Beitragspflicht befreit werden, ist unklar, warum eine allgemeine Erstreckung auf Waisenrenten nicht erfolgt. Weiterhin beitragspflichtig sind demnach u. a. die für Waisen bestimmten Bezüge im Rahmen der Hinterbliebenenversorgungen aus der betrieblichen Altersversorgung. Ob eine unterschiedliche beitragsrechtliche Würdigung derartiger Waisenversorgungen weiterhin politisch gewollt ist, ist im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen.

C) Änderungsvorschlag

keiner; für den Fall, dass auch Waisenrenten aus der betrieblichen Altersversorgung bis zum Erreichen der Altersgrenzen für die Familienversicherung beitragsfrei gestellt werden sollen, wäre Artikel 1 Nr. 78 wie folgt zu fassen:

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 221 von 299

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

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 222 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 79 Buchstabe a)

§ 256 Abs. 1 Satz 1 - Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen - Ausweitung des Zahlstellenverfahrens auf alle Versicherungspflichtigen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung haben Zahlstellen künftig Beiträge von allen versicherungspflichtigen Versorgungsbezugsempfängern - unabhängig vom Bezug einer gesetzlichen Rente - an die zuständige Krankenkasse abzuführen und im Rahmen des elektronischen Zahlstellenverfahrens nachzuweisen.

B) Stellungnahme

Die bestehende Regelung reduziert die Beitragsabführungspflicht der Zahlstellen auf die klassischen Fälle, in denen versicherungspflichtige Versorgungsbezugsempfänger eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erhalten. Für die übrigen versicherungspflichtigen Versorgungsbezugsempfänger (z. B. Beschäftigte) erfolgt die Beitragszahlung bislang auf Grundlage eines Verwaltungsaktes der Krankenkasse (Beitragsbescheid) vom Mitglied. Die Verpflichtung der Zahlstellen, die Beitragsabführung künftig auch für diese versicherungspflichtigen Versorgungsbezugsempfänger vorzunehmen und die Beiträge im Rahmen des elektronischen Zahlstellenverfahrens nachzuweisen, führt zu einer Reduzierung der Verwaltungsaufwände bei den Krankenkassen und ist zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

keiner (siehe allerdings Änderungsvorschlag zu Artikel 15 - Inkrafttreten)

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 79 Buchstabe b)

§ 256 Abs. 4 – Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen – Aufhebung der Ausnahmeregelung zur Beitragsabführung durch kleinere Zahlstellen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Ausnahmeregelung wird aufgehoben, wonach Zahlstellen, die regelmäßig an weniger als 30 beitragspflichtige Mitglieder Versorgungsbezüge zahlen, auf Antrag von der Beitragsabführungspflicht durch die Krankenkasse befreit werden können.

B) Stellungnahme

Zahlstellen mit regelmäßig weniger als 30 beitragspflichtigen Versorgungsbezugsempfängern sind nicht mehr besonders schutzbedürftig, da das seinerzeitige papiergebundene Beitragsnachweisverfahren durch ein elektronisches Zahlstellenverfahren abgelöst wurde und insoweit auch kleineren Zahlstellen die Umsetzung der Beitragsabführung zuzumuten ist. Ohnehin sind diese Zahlstellen im heutigen Verfahren ungeachtet einer ausgesprochenen Befreiung verpflichtet, den Beginn, das Ende, etwaige Änderungen sowie die Höhe eines Versorgungsbezuges von versicherungspflichtigen Mitgliedern den zuständigen Krankenkassen elektronisch zu melden. Die Streichung dieser Ausnahmeregelung ist insoweit angemessen und sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner (siehe allerdings Änderungsvorschlag zu Artikel 15 – Inkrafttreten)

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 80

§ 274 Abs. 1 – Prüfung der Krankenkassen und ihrer Verbände

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Ergänzung ermöglicht dem Bundesministerium für Gesundheit bei der Prüfung des GKV-Spitzenverbandes, des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen nach § 274 Absatz 1, sofern Spezialwissen erforderlich ist, Wirtschaftsprüfer oder spezialisierte Rechtsanwaltskanzleien zu beauftragen. Die so entstehenden Kosten sind von der geprüften Institution zu tragen.

B) Stellungnahme

Sofern es sich um Spezialfälle handelt, für die im Bundesministerium für Gesundheit die notwendige Expertise nicht vorhanden ist, erscheint der Rückgriff auf externen Sachverstand vertretbar. Angesichts von zum Teil hohen Stundensätzen die spezialisierte Rechtsanwaltskanzleien und Wirtschaftsprüfer verlangen und der Finanzierung dieser Kosten aus Beitragsmitteln, sollte bei der Beauftragung der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit beachtet werden. Die Prüfung als gesetzliche Aufgabe muss im Übrigen im Wesentlichen bei der Aufsichtsbehörde verbleiben.

C) Änderungsvorschlag

§ 274 Absatz 1 ist wie folgt zu ergänzen:

„Bei der Beauftragung der Prüfer und Rechtsanwälte müssen der zu erreichende Zweck der Prüfung und die eingesetzten Mittel in einem angemessenen Verhältnis stehen und dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit genügen.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 225 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 81

§ 275 Abs. 1 – Begutachtung und Beratung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das im Bundesmantelvertrag–Zahnärzte vorgesehene Gutachterverfahren nach § 87 Absatz 1 b bleibt unberührt.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung stellt eine Folgeänderung der Aufnahme des § 87 Abs. 1c in das SGB V dar. Der Verweis auf das im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehene Gutachterverfahren in § 275 Absatz 1 Satz 2 dient zur Klarstellung, dass eine von § 275 abweichende Aufgabenregelung für das vertragszahnärztliche Gutachterwesen besteht. Allerdings muss es Absatz „1c“ statt Absatz „1b“ heißen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 81 wird wie folgt gefasst:

Dem § 275 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

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

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 226 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 82 Buchstabe a)

§ 284 Abs. 1 Satz 1 - Sozialdaten bei den Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung dürfen die Krankenkassen die notwendigen Sozialdaten erheben und speichern, sofern diese für die Beteiligung des vertragszahnärztlichen Gutachterwesens notwendig sind.

B) Stellungnahme

Die explizite Nennung des vertragszahnärztlichen Gutachterverfahrens ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 82 Buchstabe b)

§ 284 Abs. 1 Satz 1 - Sozialdaten bei den Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung dürfen die Krankenkassen Sozialdaten zum Zwecke der Vorbereitung, Vereinbarung und Durchführung aller Vergütungsverträge der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Leistungserbringung erheben und speichern. Die bisherige Einschränkung auf Vergütungsverträge nach § 87a ist nicht sachgerecht, da Krankenkassen weitere Vergütungsverträge im Rahmen der ambulanten Leistungserbringung, wie z. B. nach § 85 Abs. 3 schließen. Auch für diese Vergütungsverträge benötigen die Krankenkassen die entsprechenden Sozialdaten.

B) Stellungnahme

Die Erweiterung auf Vergütungsverträge der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Leistungserbringung ist sachgerecht und wird befürwortet.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 228 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 82 Buchstabe c)

§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 – Sozialdaten bei den Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Streichung in § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 13 „soweit Verträge ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschlossen wurden“ wird klargestellt, dass die Krankenkassen für die Durchführung von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen bei Selektivverträgen die Sozialdaten auch dann benötigen, wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen an den Selektivverträgen beteiligt sind. Denn die Krankenkassen können die Kassenärztlichen Vereinigungen zum Abschluss von Selektivverträgen ermächtigen oder ihre Unterstützung in anderer Form nutzen, ohne dass damit die Pflicht zu Wirtschaftlichkeits- oder Qualitätsprüfungen durch die Krankenkassen entfallen.

B) Stellungnahme

Klarstellende Regelung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 83 Buchstaben a) aa) aaa) bbb)

§ 291a Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 und 5 – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das elektronische Patientenfach wird mit der elektronischen Patientenakte begrifflich zusammengeführt. Nach den bisherigen Konzepten der Gesellschaft für Telematik handelt es sich bei den im Patientenfach und in der Patientenakte abgelegten medizinischen Daten weitgehend um die gleichen Daten, auf die nur mit unterschiedlichen Zugriffsrechten zugegriffen werden kann. Da den Versicherten zukünftig der Zugriff auf die Daten der elektronischen Patientenakte auch ohne Heilberufsausweis und damit ohne Anwesenheit eines Leistungserbringers ermöglicht wird und dies dem Zugriff des elektronischen Patientenfachs entspricht, ist das elektronische Patientenfach als eine gesonderte Anwendung entbehrlich. Das bisherige Zugriffssystem auf das elektronische Patientenfach wird durch die Zusammenführung Teil des Zugriffssystems der elektronischen Patientenakte.

B) Stellungnahme

Die Unterscheidung zwischen dem elektronischen Patientenfach und der elektronischen Patientenakte sorgt bei den Versicherten und Leistungserbringern aktuell für Verwirrung. Die geplante Zusammenführung von elektronischem Patientenfach und elektronischer Patientenakte wird daher ausdrücklich begrüßt.

Um den Versicherten im Rahmen der freiwilligen medizinischen Anwendung weiterhin zu stärken, sollte er die volle Souveränität und den Zugriff auf seine Daten erhalten und diese auch für die Nutzung bei den Leistungserbringern, bei Kassen oder für die Forschung administrieren dürfen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 83 Buchstabe a) bb)

§ 291a Abs. 3 Satz 4 bis 6 – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Aufhebung der Sätze 4 bis 6 wird das Verfahren bei der Erklärung und der Dokumentation der Einwilligung des Versicherten in die medizinischen Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte vereinfacht. Durch den Wegfall der spezifischen Anforderungen wird die Möglichkeit eröffnet, dass der Versicherte, der die medizinische Anwendung elektronische Patientenakte nutzen möchte, seine Einwilligung hierzu auch gegenüber dem Anbieter der elektronischen Patientenakte abgeben kann und die Einwilligung nicht zwingend auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden muss.

B) Stellungnahme

Die Vereinfachung des Verfahrens zur Erklärung und Dokumentation der Einwilligung des Versicherten in die medizinischen Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte wird ausdrücklich begrüßt. Durch den Wegfall der Verpflichtung, die Einwilligung auf der elektronischen Gesundheitskarte zu speichern, in Kombination mit der Einführung des mobilen Zugriffs des Versicherten ohne eGK auf seine medizinischen Daten, ergeben sich für den Versicherten handhabbare Prozesse im Umgang mit seinen Daten.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 231 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 83 Buchstabe b) aa)

§ 291a Abs. 5 Satz 8 - Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur

A) Beabsichtigte Neuregelung

Diese Regelung ist eine Folgeänderung.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine folgerichtige Anpassung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 83 Buchstabe b) bb)

§ 291a Abs. 5 Satz 9 (neu) – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die neue Regelung wird es den Versicherten ermöglicht, mittels eines sicheren Authentifizierungsverfahrens ohne Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte auf die Daten der elektronischen Patientenakte zuzugreifen. Dabei handelt es sich um einen zusätzlichen Zugriffsweg, den sich die Versicherten auf eigenen Wunsch einrichten lassen können. Versicherte sollen dabei auch eigene mobile Endgeräte wie Smartphones oder Tablets nutzen und selbstständig auch ohne Anwesenheit eines Leistungserbringers auf ihre Daten zugreifen und Berechtigungen zum Zugriff auf ihre Daten erteilen können.

B) Stellungnahme

Um den Anforderungen der Versicherten und auch der Leistungserbringer in Zukunft gerecht zu werden, werden neue Authentisierungsmethoden ohne Kartennutzung für den Zugang zur TI ausdrücklich begrüßt. Hiermit kann dem Wunsch der Versicherten zur Nutzung mobiler Geräte wie Smartphone oder Tablet Rechnung getragen werden.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 233 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 83 Buchstabe b) cc)

§ 291a Abs. 5 Satz 10 (neu) - Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur

A) Beabsichtigte Neuregelung

Diese Regelung ist eine Folgeänderung.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine folgerichtige Anpassung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 83 Buchstabe c)

§ 291a Abs. 5c – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen werden verpflichtet, ihren Versicherten spätestens ab dem 1. Januar 2021 eine elektronische Patientenakte zur Verfügung zu stellen. Mit dieser Regelung wird die Interoperabilität im Gesundheitssystem gestärkt. Den Krankenkassen steht es dabei frei, über die Anforderungen der Gesellschaft für Telematik hinaus zusätzliche Angebote für ihre Versicherten in den Patientenakten anzubieten.

B) Stellungnahme

Die Verpflichtung der Krankenkassen, ihren Versicherten spätestens ab dem 1. Januar 2021 eine elektronische Patientenakte zur Verfügung zu stellen, bedarf der weiteren Klarstellung, dass die elektronische Patientenakte ausschließlich durch Krankenkassen angeboten wird.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 5c sollte wie folgt ergänzt werden:

„Eine elektronische Patientenakte wird ausschließlich durch die Krankenkassen angeboten. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihren Versicherten spätestens ab dem 1. Januar 2021 eine von der Gesellschaft für Telematik nach § 291b Absatz 1a Satz 1 zugelassene elektronische Patientenakte zur Verfügung zu stellen. Den Krankenkassen steht es darüber hinaus frei, über die Anforderungen der Gesellschaft für Telematik hinaus, zusätzliche Angebote für ihre Versicherten in den elektronischen Patientenakten anzubieten. Die Krankenkassen haben ihre Versicherten spätestens bei der Zurverfügungstellung der elektronischen Patientenakte in allgemein verständlicher Form über deren Funktionsweise, einschließlich der Art der in ihr zu verarbeitenden Daten und über die Zugriffsrechte, zu informieren.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 83 Buchstabe d)

§ 291a Abs. 6 Satz 2 - Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur

A) Beabsichtigte Neuregelung

Diese Regelung ist eine Folgeänderung aufgrund der Zusammenlegung von Patientenakte und Patientenfach.

B) Stellungnahme

Die Streichung der Wörter „5 und“ ist aufgrund des Wegfalls des Patientenfaches folgerichtig. Den Ausführungen in der Gesetzesbegründung zu Nr. 83 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) Dreifachbuchstabe aaa) ist zu entnehmen, dass die Patientenakte mit dem Patientenfach begrifflich zusammengeführt wird. Damit wird die Patientenakte um die Daten, die durch den Versicherten selbst oder für ihn zur Verfügung gestellt werden, erweitert. Da der Versicherte Souverän seiner Daten ist, muss der Versicherte zur Wahrung seines Rechts auf informationelle Selbstbestimmung weiterhin eigenständig seine Daten löschen können. Daher ist die Nummer 4 bei der eigenständigen Löschung zu ergänzen.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 6 Satz 2 wird zusätzlich um die Worte „4 und“ ergänzt:

„Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und Absatz 3 Satz 1 müssen auf Verlangen der Versicherten gelöscht werden; die Verarbeitung und Nutzung von Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 für Zwecke der Abrechnung bleiben davon unberührt. Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 und ~~5 und~~ 7 bis 9 können Versicherte auch eigenständig löschen. Durch technische Vorkehrungen ist zu gewährleisten, dass mindestens die letzten 50 Zugriffe auf die Daten nach Absatz 2 oder Absatz 3 für Zwecke der Datenschutzkontrolle protokolliert werden. Eine Verwendung der Protokolldaten für andere Zwecke ist unzulässig. Die Protokolldaten sind durch geeignete Vorkehrungen gegen zweckfremde Verwendung und sonstigen Missbrauch zu schützen.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 236 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 83 Buchstabe e)

§ 291a Abs. 7b Satz 5 - Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung aufgrund der Neustrukturierung des § 89 und der Verschiebung der Regelung zum Bundesschiedsamt von Absatz 4 in Absatz 2.

B) Stellungnahme

Redaktionelle Änderung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 237 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 83 Buchstabe f)

§ 291a Abs. 7d Satz 2 - Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung aufgrund der Neustrukturierung des § 89 und der Verschiebung der Regelung zum Bundesschiedsamt von Absatz 4 in Absatz 2.

B) Stellungnahme

Redaktionelle Änderung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 238 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 84 Buchstabe a)

§ 291b Abs. 1 Satz 12 - Gesellschaft für Telematik

A) Beabsichtigte Neuregelung

Diese Regelung ist eine Folgeänderung.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine folgerichtige Anpassung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 84 Buchstabe b)

§ 291b Abs. 1a Sätze 13 und 14 (neu) – Gesellschaft für Telematik

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Gesellschaft für Telematik wird verpflichtet, den Umfang der Zulassung einschließlich der erforderlichen Spezifikationen, das Zulassungsverfahren sowie die Sicherheitsanforderungen für Verfahren nach § 291a Absatz 5 Satz 9 im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik bis zum 31. März 2019 festzulegen und zu veröffentlichen. Die Regelung stellt eine Abweichung von den Vorgaben zum Zulassungsverfahren nach § 291b Absatz 1a Satz 7 und der Sicherheitszertifizierung nach § 291b Absatz 1a Satz 5 dar, da eine Sicherheitszertifizierung nicht mehr gesetzlich gefordert wird.

B) Stellungnahme

Um dem Wunsch der Versicherten zur Nutzung mobiler Geräte wie Smartphone oder Tablet Rechnung zu tragen, eröffnet der Gesetzgeber hiermit eine Möglichkeit, diesen den Zugriff über seine eigenen mobilen Endgeräte zu ermöglichen. Da sowohl die Geräte selbst als auch die Entscheidung diese Geräte zu nutzen, in der Hoheit des Versicherten liegen, ist die Abstufung der Sicherheitsanforderungen sachlogisch nachvollziehbar. Um dem Versicherten jedoch über die elektronische Patientenakte hinaus einen einheitlichen Zugang zu seinen Daten zu ermöglichen, sollte die Regelung auch auf seine Protokolldaten nach § 291a Absatz 6 Satz 3 SGB V erweitert werden, sodass zukünftig für den Versicherten ein einheitlicher Zugangspunkt angeboten werden kann.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 1a sollte wie folgt ergänzt werden:

„Für die Verfahren zum Zugriff der Versicherten nach § 291a Absatz 5 Satz 9 sowie für die Protokolldaten nach § 291a Absatz 6 Satz 3 legt abweichend von Satz 5 bis 7 die Gesellschaft für Telematik im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik den Umfang der Zulassung für die erforderlichen Komponenten und Dienste einschließlich der Anforderungen an die Sicherheit und das Nähere zum Zulassungsverfahren fest. Die Festlegungen nach Satz 13 sind von der Gesellschaft für Telematik bis zum 31. März 2019 zu veröffentlichen.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 240 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 84 Buchstabe c)

§ 291b Abs. 6 Satz 5 (neu) - Gesellschaft für Telematik

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neu eingefügte Satz 5 bezieht das Bundesministerium für Gesundheit eng in den Informationsfluss zwischen der Gesellschaft für Telematik und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik ein. Dadurch soll das Bundesministerium für Gesundheit schnell Informationen über Störungen nach Satz 2 bzw. Satz 4 erhalten.

B) Stellungnahme

Da das Bundesministerium für Gesundheit ein ständiger Gast der Gesellschafterversammlung der gematik ist, wird die Ausweitung der Informationspflicht der gematik für nicht sachgerecht gehalten.

C) Änderungsvorschlag

Nichtaufnahme des neuen Satzes 5.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 84 Buchstabe d)

§ 291b Abs. 6 Satz 9 (neu) – Gesellschaft für Telematik

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neu angefügte Absatz 9 räumt dem Bundesministerium für Gesundheit zur Erfüllung seiner Aufgaben ein Informations- und Akteneinsichtsrecht gegenüber der Gesellschaft für Telematik ein. Es handelt sich dabei um ein umfassendes Informationsrecht und die Verpflichtung zur Vorlage von Unterlagen bezüglich der Erfüllung aller gesetzlichen Aufgaben und Pflichten der Gesellschaft für Telematik.

B) Stellungnahme

Gemäß 291b Abs. 4 SGB V sind dem Bundesministerium für Gesundheit sämtliche Beschlüsse der Gesellschaft für Telematik zu den Regelungen, dem Aufbau und dem Betrieb der Telematikinfrastruktur vorzulegen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann Beschlüsse, soweit sie gegen Gesetz oder sonstiges Recht verstoßen, innerhalb eines Monats beanstanden. Diese Regelung stellt einen vollständigen und angemessenen Rahmen zur Ausübung der Rechtsaufsicht durch das Bundesministerium für Gesundheit dar. Die in § 291b Abs. 6 Satz 9 (neu) eingeräumten Befugnisse für die zusätzlichen Informations- und Akteneinsichtsrechte sind für die Ausübung der Rechtsaufsicht nicht erforderlich und werden daher abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

§ 291b Abs. 6 Satz 9 (neu) wird nicht übernommen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 242 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 85

§ 293 Abs. 7 Satz 12 – Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Vereinbarung nach § 293 Abs. 7 Satz 10 SGB V soll im Konfliktfall das sektorenübergreifende Entscheidungsgremium entscheiden, sodass die entsprechenden Regelungen des § 89a SGB V gelten.

B) Stellungnahme

Folgeänderung zur beabsichtigten Schaffung eines sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene in § 89a SGBV. Auf die Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 46 und den dort dargestellten Änderungsbedarf wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 243 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 86 Buchstabe a)

§ 295 – Abrechnung ärztlicher Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Überschrift wird an den Inhalt der gesetzlichen Vorschrift angepasst, welche neben den inhaltlichen Vorgaben für die Abrechnung vertragsarztrechtlicher Leistungen auch den in diesem Zusammenhang erforderlichen Datenaustausch mit den Krankenkassen regelt.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 86 Buchstabe b) aa)

§ 295 – Abrechnung ärztlicher Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung stellt klar, dass ab dem 1. Januar 2021 ein einheitliches und verbindliches elektronisches Verfahren zur Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen umzusetzen ist und die Ärzte und Einrichtungen zur Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten an die Krankenkassen verpflichtet sind.

B) Stellungnahme

Die Vereinheitlichung und Verbindlichkeit zur Übermittlung der festgestellten Arbeitsunfähigkeitsdaten durch die Ärzte und Einrichtungen unmittelbar elektronisch an die Krankenkassen wird begrüßt.

Jährlich werden ca. 77 Mio. AU-Bescheinigungen (308 Millionen Formulare) erstellt. Die AU-Bescheinigungen sind an 110 Krankenkassen und ca. 3,47 Mio. Arbeitgeber zu übermitteln. Insbesondere den Krankenkassen und Arbeitgebern entstehen vielfältige, umfangreiche und vermeidbare administrative Belastungen aufgrund des durch die heutigen Übermittlungsverfahren teilweise unvollständigen Datenbestandes zu den AU-Zeiten der Versicherten. Gleichzeitig bestehen auch für die Versicherten administrative Belastungen aufgrund der bestehenden Übermittlungsverpflichtungen. Dies wird durch die vorgesehenen Regelungen vermieden.

Neben der vorgesehenen Änderung in § 295 Abs. 1 SGB V erscheint eine gleichartige gesetzliche Klarstellung auch für Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen im Entlassmanagement sowie der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) sinnvoll. Zwar werden diese Einrichtungen im Rahmen des Entlassmanagements wie Vertragsärzte tätig, jedoch könnte die alleinige Regelung in § 295 SGB V zu der Interpretation führen, dass die elektronische Übermittlung und Nutzung des gleichen Kommunikationsweges für diese Versorgungsbereiche nicht intendiert ist.

Zudem ist zu berücksichtigen, dass nach § 49 Abs. 1 Nr. 5 SGB V ein Ruhen des Krankengeldanspruchs vorgesehen ist, solange die AU der Krankenkasse nicht gemeldet wird. Dies gilt nicht, wenn die Meldung innerhalb einer Woche nach Beginn der AU erfolgt. Die Verpflichtung zur Meldung während des Krankengeldbezuges obliegt daher dem Versicherten.

Aufgrund der vorgesehenen Übermittlung der AU-Bescheinigung direkt vom Arzt an die Krankenkasse wird die Obliegenheit zur Meldung auch während des Krankengeldbezuges auf den Arzt übertragen. In diesem Zusammenhang muss daher sichergestellt werden, dass eine

etwaige verspätete Übermittlung des Datensatzes nicht zu Rechtsfolgen zu Lasten des Versicherten führt. Hierzu sollte eine entsprechende Klarstellung im § 49 SGB V erfolgen. Eine vollständige Abschaffung der Regelung des § 49 Abs. 1 Nr. 5 SGB V kann hingegen nicht erfolgen, weil die Obliegenheit zur Übermittlung für bestimmte Sachverhalte, in denen eine Übermittlung der AU-Bescheinigung nicht im Datenaustausch erfolgt (z.B. Attestierung von Arbeitsunfähigkeit während eines Auslandsaufenthaltes), beim Versicherten verbleiben und damit auch sanktionierbar sein muss.

C) Änderungsvorschlag

Zusätzlich zu den in Artikel 1 Nr. 86 Buchstabe b), Doppelbuchstabe aa) werden folgende Gesetzesänderungen ergänzt:

1. § 301 Abs. 1 SGB V wird um folgenden Satz 3 erweitert:
§ 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2. Halbsatz sowie Satz 2 gelten entsprechend.
2. § 301 Abs. 4 SGB V wird um folgenden Satz 5 erweitert:
§ 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2. Halbsatz sowie Satz 2 gelten entsprechend.
3. § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V wird wie folgt angepasst:
Das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie über die erforderlichen Vordrucke und die elektronische Übermittlung der festgestellten Arbeitsunfähigkeitsdaten wird von den Vertragsparteien nach Satz 2 vereinbart; Satz 7 gilt entsprechend.
4. § 49 Abs. 1 Nr. 5 SGB V wird wie folgt geändert:
„solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet wird; dies gilt nicht, wenn die Meldung innerhalb einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder die Übermittlung der Daten durch ein elektronisches Verfahren nach § 295 Abs. 1 Satz 1 SGB V n.F. erfolgt“.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 246 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 86 Buchstabe b) bb)

§ 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 – Abrechnung ärztlicher Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung für eine erfolgreiche Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins nach § 73 Absatz Satz 2 Nummer 2 ist von dem hausärztlich tätigen Leistungserbringer zusätzlich in den Abrechnungsunterlagen die Arztnummer des Arztes anzugeben, bei dem erfolgreich ein Termin vermittelt wurde. Bereits nach geltendem Recht ist vorgesehen, dass bei Überweisungsfällen, die Arztnummer des überweisenden Arztes bei der Abrechnung anzugeben ist.

B) Stellungnahme

Wie bereits unter Nr. 41 a) dargelegt, ist die Prüfung der Krankheit, aufgrund der die Terminvermittlung notwendig war, derzeit nur bei Einzelpraxen möglich, da die Diagnosen je Arztpraxis (für alle Ärzte einer Praxis) übermittelt werden. Die alleinige Übermittlung der Arztnummer des Arztes, bei dem der Termin vermittelt wurde, ist nicht ausreichend. Die Diagnosen müssen je Arzt übermittelt werden.

C) Änderungsvorschlag

Siehe Änderungsvorschlag Artikel 1 Nr. 41a)

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 247 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 86 Buchstabe b) Doppelbuchstabe cc)

§ 295 Abs. 1 Satz 1 – Abrechnung ärztlicher Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur sicheren Übermittlung der bisher in der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung enthaltenen und mit der Unterschrift des behandelnden Arztes bestätigten Daten an die Krankenkasse erfolgt die Übersendung über die Telematikinfrastruktur mit qualifizierter elektronischer Signatur durch den Heilberufsausweis.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 248 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 86 Buchstabe c)

§ 295 Abs. 1a – Abrechnung ärztlicher Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Behebung eines Verweisfehlers.

B) Stellungnahme

Redaktionelle Änderung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 249 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 86 Buchstabe d)

§ 295 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 – Abrechnung ärztlicher Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für die Überprüfung der erfolgreichen Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins und damit für die Überprüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen benötigen diese ebenfalls die Arztnummer des Arztes, bei dem der Termin vermittelt wurde. Ist keine erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins zustande gekommen, besteht für die Krankenkassen keine Leistungspflicht.

B) Stellungnahme

Wie bereits zu Nr. 41 a) ausgeführt, ist die Ergänzung „die Arztnummer des Arztes, bei dem der Termin vermittelt wurde“ in § 295 Abs. 2 Satz 1 Nummer 2 nur sinnvoll, wenn ein Bezug zu einem Arztfall vorhanden ist; die Einführung eines Arztfalles in der Abrechnung ist daher zur Umsetzung der vorgesehenen Regelungen zwingend erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

In § 295 Abs. 2 Satz 1 wird das Wort „Behandlungsfall“ durch „Arztfall“ ersetzt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 87 Buchstaben a) und b)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die vorgesehene Neuregelung soll es ermöglicht werden, dass die Abrechnung im Rahmen von Verträgen über die Versorgung mit Schutzimpfungen mit geeigneten Ärzten einschließlich Betriebsärzten, deren Gemeinschaften oder Einrichtungen mit geeignetem ärztlichen Personal oder dem öffentlichen Gesundheitsdienst über die Abrechnungsverfahren für die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V und die besondere Versorgung nach § 140a SGB V durchgeführt werden können. Vor der Abrechnung muss eine schriftliche Einwilligung des Versicherten erfolgt sein.

B) Stellungnahme

Die in der Neuregelung genannten Ärztinnen, Ärzte und Einrichtungen nehmen nicht an der regulären vertragsärztlichen Versorgung teil. Entsprechend verfügen sie im Gegensatz zu den an der Versorgung nach § 73b und 140a SGB V beteiligten Ärztinnen und Ärzten nicht über die notwendige Logistik sowie technische Infrastruktur zur Abrechnung nach § 295a SGB V. Um tatsächlich diese Abrechnung wie durch die gesetzliche Neuregelung intendiert durchführen zu können, entstünde zunächst ein erheblicher Mehraufwand, der mit erheblichen Mehrkosten verbunden wäre.

Dieser Mehraufwand ist nicht mit einem zusätzlichen Nutzen verbunden. Bereits heute bestehen Vereinbarungen nach § 132e SGB V, für die funktionierende Abrechnungswege zwischen den Vertragspartnern vereinbart wurden. Die gesetzliche Neuregelung führt also nicht zu einer Verbesserung der Versorgung.

Vor diesem Hintergrund lehnt der GKV-Spitzenverband die vorgesehene Neuregelung ab.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der in Artikel 1 Nr. 87 vorgesehene Änderung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 88

§ 299 – Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass die der Qualitätssicherung unterworfenen Leistungserbringer die ihnen zugänglich gemachten Ergebnisdaten, die z. B. erst nach der Entlassung der von ihnen behandelten Patienten von Dritten erhoben wurden, zum Zwecke der Qualitätssicherung bei ihnen versichertenbezogen zusammengeführt werden dürfen, soweit dies die Richtlinien, Beschlüsse und Vereinbarungen des gemeinsamen Bundesausschusses vorsehen.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte, klarstellende Neuregelung ist für eine fachgerechte Umsetzung der Qualitätssicherung sehr zu begrüßen. Die sektorenübergreifende Qualitätssicherung kann nur dann sinnvoll Anwendung finden, wenn die im Nachgang der Behandlung festgestellten Ergebnisse (sogenannte Follow-up) wie Komplikationen oder Todesfälle dem ursprünglichen Behandler mitgeteilt werden können und auf dieser Basis die Verbesserung der Versorgung beim Behandler selbst aber auch über die Sektorengrenzen hinweg initiiert werden kann.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 89 Buchstabe a)

§ 305 Abs. 1 Sätze 2, 3 und 4 (neu) – Auskünfte an Versicherte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung werden die Krankenkassen zur Übermittlung von Sozialdaten – auch in elektronischer Form – an von dem Versicherten benannte Dritte befugt. Damit soll zum einen die Nutzung elektronischer Patientenakten insgesamt dadurch unterstützt werden, dass auf Wunsch der Versicherten in persönlichen elektronischen Gesundheitsakten, die derzeit von den Kassen angeboten werden, neben den Daten von Leistungserbringern oder von den Versicherten selbst eingebrachten Daten, auch bei den Krankenkassen vorhandene Sozialdaten des Versicherten gespeichert werden können.

B) Stellungnahme

Die Orientierung am Versicherten als Souverän seiner Daten ist ein signifikantes Kriterium im Prozess der Digitalisierung des Gesundheitswesens. Es ist daher darauf zu achten, dass der Versicherte der Souverän seiner Daten ist und bleibt. Er muss darüber bestimmen können, wer zu welchem Zeitpunkt auf seine Daten zugreifen darf, wer sie ergänzen darf und wem er sie zur Verfügung stellen möchte. Mit der Neuregelung wird die Souveränität des Versicherten gestärkt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 253 von 299

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 89 Buchstabe b)

§ 305 Abs. 1 Satz 6 (neu) – Auskünfte an Versicherte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Diese Regelung ist eine Folgeänderung aufgrund der Neuregelung, durch die die Krankenkassen zur Übermittlung von Sozialdaten – auch in elektronischer Form – an von dem Versicherten benannte Dritte befugt werden.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung ist sachlogisch korrekt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 2 (Änderung des Bundesvertriebenengesetzes)

§ 11 Abs. 6 – Leistungen bei Krankheit – Erstattung des Aufwandes

A) Beabsichtigte Neuregelung

Erstattungsverfahren für Leistungen der Krankenkassen an Aussiedler aus Bundesmitteln (BVFG – Bundesvertriebenengesetz) sollen wegen des vermeintlich unverhältnismäßigen Aufwandes bei geringen Fallzahlen abgeschafft werden; der Leistungsanspruch der Betroffenen gegenüber Krankenkassen soll davon unberührt bleiben. Es wird argumentiert, die Aufwendungen der Krankenkassen wären als versicherungsfremde Leistungen mit dem Bundeszuschuss nach § 221 SGB V abgegolten.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Änderung wird aus grundsätzlichen ordnungspolitischen Gründen abgelehnt. Sie hätte zur Folge, dass Krankenkassen aus Finanzmitteln der Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten auftragsweise für Nicht-Versicherte Leistungen erbringen müssen, ohne die Aufwendungen für erbrachte Leistungen und den Verwaltungsaufwand erstattet zu bekommen. Der in der Begründung des Referentenentwurfs enthaltene Hinweis, die Aufwendungen seien als versicherungsfremde Leistungen mit dem Bundeszuschuss nach § 221 SGB V abgegolten, trägt aus zweierlei Hinsicht nicht. Zum einen deckt der Bundeszuschuss bereits heute die Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen nicht ab. Zum anderen würden die anteiligen Mittel aus dem Bundeszuschuss nicht den Krankenkassen zufließen, die auftragsweise die Leistungen nach dem Bundesvertriebenengesetz zu erbringen haben, da die Berechtigten nach § 11 BVFG keine Versicherten der betreuenden Krankenkasse sind und somit eine Refinanzierung über den Risikostrukturausgleich nicht erfolgt.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 2 wird aufgehoben.

Artikel 3 (Änderung des Sozialgerichtsgesetzes)

§ 29

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Anpassung von § 29 Abs. 4 Nr. 1 SGG stellt eine Folgeänderung anlässlich der Neufassung von § 89 SGB V und der Einführung sektorenübergreifender Schiedsgremien nach § 89a SGB V dar. Die gerichtliche Zuständigkeit für Klagen gegen Entscheidungen der Bundesschiedsämter und der sektorenübergreifenden Schiedsämter soll im ersten Rechtszug beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg konzentriert werden.

B) Stellungnahme

Die Fortführung der in der Praxis bewährten Konzentration der gerichtlichen Zuständigkeit für Klagen gegen Entscheidungen der Bundesschiedsämter in erster Instanz beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg wird befürwortet. Auch die Zuweisung der Zuständigkeit für Klagen gegen Entscheidungen der neuen sektorenübergreifenden Schiedsgremien auf Bundesebene an das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg ist sachgerecht und wird unterstützt.

Die darüber hinaus vorgesehene Zuweisung der Zuständigkeit des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg für erstinstanzliche Klagen gegen Entscheidungen der sektorenübergreifenden Schiedsgremien auf Landesebene wird dagegen abgelehnt. Für diese erscheint eine Befassung der örtlich zuständigen Landessozialgerichte sachgerechter, wie sie für die Landesschiedsämter bereits heute in § 29 Abs. 2 Nr. 1 SGG vorgesehen ist. Dieser sollte daher um eine Zuständigkeit für Klagen gegen Entscheidungen der sektorenübergreifenden Schiedsgremien auf Landesebene erweitert werden.

C) Änderungsvorschlag

1. Art. 3 Nr. 3 wird wie folgt gefasst:

„Vor das Wort „sowie“ werden die Wörter „, des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums nach § 89a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.“

2. § 29 Absatz 2 Nummer 1 des Sozialgerichtsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. September 1975 (BGBl. I S. 2535), das zuletzt durch Artikel 5 Absatz 5 des Gesetzes vom 8. Oktober 2017 (BGBl. I S. 3546) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 256 von 299

„Nach dem Wort „Landesschiedsämter“ werden jeweils die Wörter „sowie der sektorenübergreifenden Schiedsgremien auf Landesebene“ eingefügt.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 257 von 299

Artikel 4 (Änderung des Aufwendungsausgleichsgesetzes)

Nr. 1

§ 11 Abs. 2 - Ausnahmen vom U1- und U2-Verfahren für behinderte Menschen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aus der Anfügung einer neuen Nummer 4.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Änderung des Aufwendungsausgleichsgesetzes)

Nr. 2

§ 11 Abs. 2 - Ausnahmen vom U1- und U2-Verfahren für behinderte Menschen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die beabsichtigte Neuregelung werden behinderte Menschen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten, die zu den Werkstätten in einem arbeitnehmerähnlichen Rechtsverhältnis stehen, von der Teilnahme am Ausgleichsverfahren der Arbeitgeberaufwendungen bei Arbeitsunfähigkeit (U1-Verfahren) und für Mutterschaftsleistungen (U1-Verfahren) ausgenommen. Für diese Personen sind daher von den Werkstätten keine Umlagen mehr abzuführen; im Gegenzug werden die erbrachten Arbeitgeberaufwendungen von den Krankenkassen nicht mehr erstattet.

B) Stellungnahme

Die Bundesregierung hält die Teilnahme der Werkstätten hinsichtlich der Werkstattbeschäftigten unter Hinweis darauf, dass diese Personen in einem besonderen arbeitnehmerähnlichen Rechtsverhältnis stehen und statt eines Arbeitsvertrages einen Werkstattvertrag haben sowie statt eines Arbeitsentgelts ein Werkstattentgelt erhalten, nicht für erforderlich. Dieser Wille wird durch die vorgesehene Ausnahmeregelung erreicht. Schutzwürdige Interessen der Versicherten sind dadurch nicht berührt. Die auf der Grundlage eines Arbeitsvertrages in einer Werkstatt beschäftigten Arbeitnehmer bleiben weiterhin in das Ausgleichsverfahren einbezogen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung der Schiedsamtverordnung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neufassung der Schiedsamtverordnung stellt im Hinblick auf die vorgesehenen Änderungen von § 89 SGB V und die Neuschaffung von sektorenübergreifenden Schiedsgremien nach § 89a SGB V eine Folgeänderung dar. Sie dient der Neustrukturierung der bisherigen Schiedsamtverordnung und der Beseitigung redundanter Regelungen.

Neu aufgenommen werden insbesondere Regelungen zur Anwesenheit von Vertretern der Aufsichtsbehörde bei Beratung und Beschlussfassung der unparteiischen Mitglieder sowie die Möglichkeit, in Schiedsverfahren mit besonderem Aufwand, Umfang oder bei besonderer Bedeutung und Schwierigkeit des Falls individuelle Honorarvereinbarungen mit den unparteiischen Mitgliedern zu schließen.

B) Stellungnahme

Die Neufassung der Schiedsamtverordnung wird ebenso wie die Neufassung von § 89 SGB V und die Einführung des sektorenübergreifendes Schiedsgremiums nach § 89a SGB V grundsätzlich befürwortet. Abgelehnt werden hingegen die Regelungen zur Teilnahme der Aufsichtsbehörde an der Beratung und Beschlussfassung der Schiedsämtler bzw. Schiedsgremien sowie die Möglichkeit, mit den Unparteiischen Honorarvereinbarungen zu schließen.

Die vom GKV-Spitzenverband unterbreiteten Änderungsvorschläge zu Art. 1 Nr. 45 und 46 machen zudem Folgeänderungen in der Schiedsamtverordnung erforderlich.

1. Anwesenheit von Vertretern der Aufsichtsbehörde bei Beratung und Beschlussfassung

§ 8 Abs. 1 Satz 4 Schiedsamtverordnung bestimmt, dass das Recht der Aufsichtsbehörde zur Teilnahme an den Sitzungen auch das Recht zur Anwesenheit bei den Beratungen und der Beschlussfassung umfassen soll.

Die Teilnahme von Vertretern der Aufsichtsbehörde an den Beratungen und bei der Beschlussfassung des Schiedsamtes wird abgelehnt. Ein solches Teilnahmerecht trägt die Gefahr der – wenn auch unbewussten – Beeinflussung der Mitglieder des Schiedsamtes bzw. Schiedsgremiums in sich. Der freie Meinungs austausch und die ungehinderte Kompromissfindung in geheimer Beratung der Schiedsamtsmitglieder stellt einen schützenswerten Verfahrensgrundsatz der gegenwärtigen Regelung dar, welcher auch künftig beibehalten werden muss. Daher muss die Beratung und Beschlussfassung nicht nur in Abwesenheit der Vertreter der Vertragsparteien, sondern auch der Aufsichtsbehörde erfolgen.

Dies gilt umso mehr, wenn – wie es der Gesetzesentwurf vorsieht – die unparteiischen Mitglieder nach Nichteinigung der Parteien durch die Aufsichtsbehörde bestellt werden. Hier könnte durch die Anwesenheit eines Vertreters der Aufsichtsbehörde der Eindruck einer Überwachung ihrer Amtsausübung entstehen.

Eine Teilnahme der Aufsichtsbehörde an Beratung und Beschlussfassung ist auch nicht erforderlich, da der Aufsichtsbehörde im Wege der Rechtsaufsicht die nachträgliche Überprüfung der Schiedsentscheidung ermöglicht ist. § 8 Abs. 1 Satz 4 Schiedsamtverordnung ist daher zu streichen und in § 8 Abs. 6 Schiedsamtverordnung ein klarstellender Hinweis aufzunehmen, wonach Beratung und Beschlussfassung in Abwesenheit auch der Vertreter der Aufsichtsbehörde erfolgen.

Als milderes Mittel zur Anwesenheit der Aufsichtsbehörde bei Beratung und Beschlussfassung wird eine erweiterte Möglichkeit zur Protokollierung der Beratung und Beschlussfassung vorgeschlagen. Gegenstand dieser erweiterten Protokollierung soll der wesentliche Gang der Beratungen einschließlich der wesentlichen Erwägungen des Schiedsamtes bzw. Schiedsgremiums, nicht dagegen das persönliche Abstimmungsverhalten der Mitglieder sein. Hierdurch ist eine nachträgliche aufsichtsrechtliche Überprüfung ebenso möglich. Gegenüber der Anwesenheit der Aufsichtsbehörde hat die Protokollierung den weiteren Vorteil, dass sie bei einer späteren gerichtlichen Überprüfung eines Schiedsspruchs berücksichtigt werden kann. In diesem Zusammenhang wird auch die bisher lediglich in § 8 Abs. 5 Satz 1 Schiedsamtverordnung vorausgesetzte Erstellung einer Niederschrift durch den Vorsitzenden nunmehr in § 8 Abs. 1 Schiedsamtverordnung ausdrücklich vorgegeben.

2. Honorarvereinbarungen

§ 9 Abs. 3 Satz 4 soll die Möglichkeit eröffnen, eine Honorarvereinbarung mit den unparteiischen Mitgliedern abzuschließen, wenn das Verfahren einen besonderen Aufwand oder Umfang nach sich zieht oder eine besondere Bedeutung oder Schwierigkeit des Falls besteht.

Der Abschluss von Honorarvereinbarungen mit den unparteiischen Mitgliedern ist nicht notwendig und wird daher abgelehnt.

Das Amt der unparteiischen Mitglieder ist ein Ehrenamt. Ehrenamtliche Tätigkeiten werden regelmäßig ohne Vergütungen geleistet. Die unparteiischen Mitglieder erhalten für ihre Tätigkeit neben den Reisekosten einen Pauschbetrag für den Zeitaufwand. Die Höhe wird durch die beteiligten Organisationen im Benehmen mit den unparteiischen Mitgliedern festgesetzt (§ 9 Abs. 3 Satz 1) und bedarf der Zustimmung der Aufsichtsbehörde (§ 9 Abs. 3 Satz 1). Einer darüberhinausgehenden Regelung bedarf es daher nicht. Die ehrenamtliche Tätigkeit der unparteiischen Mitglieder auf dieser Grundlage hat sich in der Vergangenheit auch bewährt.

Im Hinblick auf eine zügige Entscheidungsfindung besteht zudem die Gefahr, dass Zeitverluste dadurch entstehen, dass im Vorfeld des eigentlichen Schiedsverfahrens zunächst einvernehmliche Honorarvereinbarungen zwischen den beteiligten Organisationen und den unparteiischen Mitgliedern ausgehandelt werden müssen. Zudem bleibt unklar, wann ein Verfahren besonders aufwendig oder umfangreich ist oder eine besondere Bedeutung hat.

3. Folgeänderungen

In Umsetzung der Änderungsvorschläge des GKV-Spitzenverbandes zu § 89a SGB V (vgl. im Einzelnen die Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 46) ist in § 2 Abs. 4 und 5 Schiedsamtverordnung jeweils eine Erhöhung der Zahl der Krankenkassenvertreter von zwei auf vier erforderlich.

Die Regelung zur Beschlussfähigkeit des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums nach § 89a SGB V in einer zweiten Sitzung (§ 8 Abs. 4 Satz 2 Schiedsamtverordnung) ist wie in der Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 46 dargestellt, nicht sachgerecht, weil sie die Beschlussfähigkeit mit Fragen der erforderlichen Mehrheit vermischt. Der Änderungsvorschlag des GKV-Spitzenverbandes, wonach das Schiedsgremium in einer zweiten Sitzung beschlussfähig ist, wenn die Hälfte der Mitglieder des Schiedsgremiums oder deren Stellvertreter einschließlich des unparteiischen Vorsitzenden oder dessen Stellvertreters anwesend sind, ist als Folgeänderung auch in § 8 Abs. 4 Schiedsamtverordnung abzubilden.

Eine rein klarstellende Änderung stellt die in § 4 Satz 2 vorgeschlagene Ergänzung des Wortes „entsprechend“ dar.

4. Schiedsamt

§ 14 der Schiedsamtverordnung soll die Verteilung der Kosten der sektorenübergreifenden Schiedsgremien regeln. Nach Satz 2 der Vorschrift werden die nach Abzug der Gebühren verbleibenden Kosten für den Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie die sonstigen sächlichen und persönlichen Kosten der Geschäftsführung von den beteiligten Organisationen zu je einem Drittel getragen. Im Hinblick auf die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen enthalten die Sätze 3 und 4 Regelungen zur Kostenverteilung, wenn mehrere Verbände bzw. Kassenärztliche Vereinigungen beteiligt sind. Eine entsprechende Regelung für die Verbände der Rehabilitationseinrichtungen fehlt und muss ergänzt werden.

C) Änderungsvorschlag

Art. 5 wird wie folgt geändert:

1. In § 2 Absatz 4 und 5 wird nach dem Wort „Ärzte,“ das Wort „zwei“ jeweils durch das Wort „vier“ ersetzt.

2. In § 4 Satz 2 wird nach dem Wort „gilt“ das Wort „entsprechend“ eingefügt.
3. § 8 Absatz 1 Satz 4 wird wie folgt gefasst: „Über den Inhalt der Verhandlung fertigt der Vorsitzende eine Niederschrift.“
4. § 8 Absatz 4 Satz 2 wird wie folgt gefasst:
„Ist die Beschlussfähigkeit des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums nicht gegeben, so ist eine erneute Sitzung innerhalb von 14 Kalendertagen seit der ersteinberufenen Sitzung mit der gleichen Tagesordnung einzuberufen.“
5. Nach § 8 Absatz 4 Satz 2 wird der folgende Satz 3 eingefügt:
„Auf dieser erneuten Sitzung ist die Beschlussfähigkeit gegeben, wenn die Hälfte der Mitglieder des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums oder deren stimmberechtigte Stellvertreter einschließlich des unparteiischen Vorsitzenden oder seines Stellvertreters anwesend sind.“
7. In § 8 Absatz 6 werden nach dem Wort „Vertragsparteien“ die Wörter „und der Aufsichtsbehörde“ eingefügt.
8. Nach § 8 Absatz 6 wird der folgende Satz 2 eingefügt:
„Auf Antrag sind in der Niederschrift nach § 8 Absatz 4 Satz 1 auch der wesentliche Gang der Beratung einschließlich der wesentlichen Erwägungen des Schiedsamtes bzw. des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums aufzuführen.“
10. In § 9 Absatz 3 wird Satz 4 gestrichen.
11. An § 14 der Schiedsamtverordnung wird folgender Satz 5 angefügt:
„Sind mehrere Verbände der medizinischen Rehabilitationseinrichtungen beteiligt, so trägt jeder Verband die Kosten anteilmäßig.“

Artikel 6 (Änderung der Schiedsstellenverordnung)

Nr. 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

In dem Referentenentwurf ist eine Bestellung der unparteiischen Mitglieder durch die zuständige Aufsichtsbehörde anstelle des Losverfahrens vorgesehen. Als Folgeänderung soll die Regelung zu der auf ein Jahr verkürzten Amtsdauer nach einem Losverfahren gestrichen werden.

B) Stellungnahme

Die Benennung der unparteiischen Mitglieder durch das Bundesministerium für Gesundheit im Falle der Nichteinigung der Parteien wird abgelehnt. Da anstelle dessen in § 89 und § 89a SGB V eine modifizierte Version des Losverfahrens vorgeschlagen wird, ist die einjährige Amtszeit bei Bestimmung durch Los beizubehalten.

C) Änderungsvorschlag

Art. 6 Nr. 1 wird wie folgt geändert:

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

Artikel 6 (Änderung der Schiedsstellenverordnung)

Nr. 2

§ 8 Abs. 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Bundesministerium für Gesundheit soll berechtigt sein, an der Beratung und Beschlussfassung der Schiedsstelle teilzunehmen, da die Konfliktlösung oft erst in der Beratung und Beschlussfassung der Schiedsstelle erfolge, während in der mündlichen Verhandlung lediglich Ausgangspositionen der Parteien dargestellt würden.

B) Stellungnahme

Die Teilnahme an den Beratungen und Beschlussfassungen der Schiedsstelle wird abgelehnt. Bei Teilnahme eines Vertreters der Aufsichtsbehörde besteht das Risiko einer unbewussten Einflussnahme auf die Entscheidungsfindung im Schiedsverfahren. Zudem könnte möglicherweise der freie Meinungs-austausch und die Kompromissfindung beeinträchtigt werden. Daher ist vorzusehen, dass die Beratung und Beschlussfassung weiterhin nicht nur in Abwesenheit der Vertreter der Vertragsparteien, sondern auch der Aufsichtsbehörde erfolgen. Ergänzend wird auf die Stellungnahme zum Teilnahmerecht der Aufsichtsbehörden an den Beratungen des Bundesschiedsamts und des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums in Art. 5 verwiesen.

Anstelle eines Teilnahmerechts sollte jedoch eine erweiterte Möglichkeit zur Protokollierung der Beratung und Beschlussfassung vorgesehen werden. Dadurch wird die Möglichkeit der freien Meinungsäußerung sichergestellt. Zudem erhält das Bundesministerium für Gesundheit durch das Beratungsprotokoll Kenntnisse über die Anwendung der gesetzlichen Regelungen in der Praxis. Gegenstand dieser erweiterten Protokollierung soll der wesentliche Gang der Beratungen einschließlich der wesentlichen Erwägungen der Schiedsstelle, nicht dagegen das persönliche Abstimmungsverhalten der Mitglieder sein.

C) Änderungsvorschlag

Art. 6 Nr. 2 wird wie folgt geändert:

§ 8 Abs. 3 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Auf Antrag sind in der Niederschrift nach § 8 Absatz 2 Satz 3 auch der wesentliche Gang der Beratung einschließlich der wesentlichen Erwägungen der Schiedsstelle aufzuführen.“

Artikel 6 (Änderung der Schiedsstellenverordnung)

Nr. 3

§ 9 Abs. 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Parteien sollen eine Honorarvereinbarung mit den unparteiischen Mitgliedern abschließen können, wenn das Verfahren einen besonderen Aufwand oder Umfang nach sich zieht oder eine besondere Bedeutung oder Schwierigkeit des Falls besteht.

B) Stellungnahme

Die Möglichkeit der Organisationen, mit den unparteiischen Mitgliedern Honorarvereinbarungen abzuschließen, ist nicht notwendig.

Das Amt der unparteiischen Mitglieder ist ein Ehrenamt. Ehrenamtliche Tätigkeiten werden regelmäßig ohne Vergütungen geleistet. Die unparteiischen Mitglieder bekommen für ihre Tätigkeit in der Schiedsstelle bereits gegenwärtig die Reisekosten sowie einen Pauschalbetrag für den Zeitaufwand erstattet. Die Höhe wird durch die beteiligten Verbände im Benehmen mit den unparteiischen Mitgliedern festgesetzt (§ 9 Abs. 1 Satz 3) und bedarf der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit (§ 9 Abs. 1 Satz 4). Einer darüber hinausgehenden Regelung bedarf es daher nicht.

Zudem bliebe unklar, wann ein Verfahren besonders aufwendig oder umfangreich ist oder eine besondere Bedeutung hat. Die Diskussionen der Parteien darüber wären voraussichtlich sehr zeitaufwendig und würden insbesondere bei der Schiedsstelle nach § 130b SGB V zu uneinheitlichen Entscheidungen führen.

C) Änderungsvorschlag

Art. 6 Nr. 3 wird gestrichen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 266 von 299

Artikel 7 (Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch)

§ 34 Absatz 6 Satz 3 – Durchführung der Heilbehandlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Änderung der Regelungen zum Schiedsamt nach § 89 SGB V.

B) Stellungnahme

Folgeänderung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 8 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 Buchstaben a) und b)

§ 25 – Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen bei der Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung entsprechen den vorgesehenen Änderungen bei der Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. Artikel 1 Nr. 6 Buchstabe a und Buchstabe b Doppelbuchstabe bb). Damit werden einmalige Entlassungsentschädigungen als Gesamteinkommen berücksichtigt und einem bestimmten Zeitraum nach der Auszahlung zugeordnet. Des Weiteren wird nachvollzogen, dass die Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung von Kindern mit Behinderung ohne Altersgrenze auch in den Fällen durchgeführt werden kann, in denen die Behinderung zu einem Zeitpunkt eingetreten ist, in dem die Familienversicherung wegen eines vorrangigen Versicherungspflicht-Tatbestandes verdrängt war.

B) Stellungnahme

Die Änderungen sind sachgerecht und erforderlich, um dem auch für die Familienversicherung geltenden Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ Rechnung zu tragen.

Für die vollständige Übernahme der Änderungen bei der Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung fehlt die in Artikel 1 Nr. 6 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa (Stichtag zur Berücksichtigung von Freiwilligendiensten als Verlängerungstatbestand für die Familienversicherung von Kindern über das 25. Lebensjahr hinaus) im Zuge der Rechtsbereinigung vorgesehene Streichung der Wörter „ab dem 1. Juli 2011“.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 8 Nr. 2 ist nach Buchstabe a folgender neue Buchstabe b einzufügen:

„b) in Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 werden nach dem Wort „gilt“ die Wörter „ab dem 1. Juli 2011“ gestrichen.“

Der bisherige Buchstabe b wird Buchstabe c

Artikel 8 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 37 – Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI dürfen nicht von den in § 71 Abs. 1a SGB XI neu vorgesehenen Betreuungsdiensten durchgeführt werden.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung ist sachgerecht. Das Leistungsspektrum der Betreuungsdienste beschränkt sich auf pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung. Es ist daher nicht sichergestellt, dass die in den Betreuungsdiensten tätigen Kräfte über die für die Durchführung der Beratungseinsätze erforderlichen pflegfachlichen Kompetenzen zur Beurteilung von pflegerischen Sachverhalten im Bereich der körperbezogenen Pflegemaßnahmen verfügen.

Zudem ist für eine qualitativ gute Umsetzung der Beratungsbesuche mit der im PpSG vorgesehenen Festlegung der Mindestinhalte an die Beratungsbesuche die Qualifikation als Pflegefachkraft erforderlich.

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

Artikel 8 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 47a – Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einfügung eines neuen § 47a Absatz 3 SGB XI soll klargestellt werden, an welche Befugten und zu welchem Zweck personenbezogene Daten der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Pflegekassen übermittelt werden dürfen und zu welchem Zweck die Befugten die übermittelten Daten verarbeiten dürfen.

B) Stellungnahme

Da es sich um eine Parallelnorm zu der mit diesem Gesetzentwurf ebenfalls geänderten Regelung des § 197a Absatz 3b handelt, welche die Zuständigkeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei den Krankenkassen und deren Landesverbänden regelt, wird auf die entsprechende Stellungnahme verwiesen (vgl. oben Nr. 73).

C) Änderungsvorschlag

Dem § 47a Absatz 3 wird folgender Satz 4 angefügt:

„Die nach Satz 2 und Absatz 2 Satz 6 übermittelten Daten dürfen auch unter Verwendung von Datenbanken zur Kenntnis gegeben werden, unabhängig davon, ob diese Datenbanken von den genannten Einrichtungen selbst oder von Dritten betrieben werden.“

Artikel 8 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5 Buchstaben a) und b)

§ 71 – Pflegeeinrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Folge des durchgeführten Modellvorhabens zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste werden mit der Neuregelung Betreuungsdienste dauerhaft als zugelassene Leistungserbringer im Bereich der Pflegeversicherung eingeführt. Die gesonderte Zulassung von Betreuungsdiensten beschränkt sich auf Sachleistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie der Hilfen bei der Haushaltsführung. Für die Betreuungsdienste gelten die Vorschriften für Pflegedienste entsprechend, soweit keine davon abweichenden Regelungen getroffen worden sind.

B) Stellungnahme

Die Anforderungen an die verantwortliche Fachkraft eines Betreuungsdienstes sind zu konkretisieren. Berufsausbildungen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich galten im Rahmen des Modellvorhabens als fachlich geeignet und sind auch in der Gesetzesbegründung als solche aufgeführt. Insofern ist die Konkretisierung auch gesetzlich zu regeln. Ergänzend ist gesetzlich zu regeln, dass die Anforderung einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen auch für die verantwortliche Fachkraft eines Betreuungsdienstes gilt. Dies entspricht der Gesetzesbegründung, ist jedoch in der beabsichtigten Neuregelung nicht vorgesehen. Ferner ist ein Bestandsschutz für die verantwortlichen Fachkräfte von Betreuungsdiensten vorzusehen, die bereits im Rahmen des Modellvorhabens als solche anerkannt wurden.

Im Übrigen ist der in § 71 Abs. 1a SGB XI neu eingeführte Begriff „Betreuungsdienst“ auch in den nachfolgenden Regelungen konsequent zu verwenden.

C) Änderungsvorschlag

§ 71 Abs. 3 Sätze 3 bis 6 SGB XI sind wie folgt zu fassen:

„Bei ~~ambulanten Betreuungseinrichtungen~~ Betreuungsdiensten im Sinne von Absatz 1a kann anstelle der verantwortlichen Pflegefachkraft nach Satz 1 eine entsprechend qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Fachkraft mit einer abgeschlossenen Ausbildung oder einem Fachhochschul-/Hochschulabschluss aus dem Gesundheits- und Sozialbereich mit praktischer Berufserfahrung im erlernten Beruf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre als verantwortliche Fachkraft eingesetzt werden. Näheres zu der anererkennungsfähigen

Fachkraft, insbesondere zu den einschlägigen Ausbildungsberufen sowie Hoch- und Fachhochschulabschlüssen, regeln die Rahmenvertragspartner nach § 75 SGB XI. Die Rahmenfrist nach Satz 1, 2 oder 3 beginnt acht Jahre vor dem Tag, zu dem die verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne des Absatzes 1 oder 2 oder die verantwortliche Fachkraft nach Satz 3 bestellt werden soll. Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft oder Fachkraft nach Satz 3 ist ferner Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll, erfolgreich durchgeführt wurde. Anerkennungen als verantwortliche Fachkraft nach Satz 3, die im Rahmen der Durchführung des Modellvorhabens zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste erfolgt sind, gelten fort.

Artikel 8 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 Buchstaben a) und b)

§ 72 – Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

A) Beabsichtigte Neuregelung

Beim Abschluss von Versorgungsverträgen mit Betreuungsdiensten sind die bereits vorliegenden Vereinbarungen der am Modellvorhaben teilgenommenen Betreuungsdienste einzubeziehen.

Für den Bereich der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements bei den Betreuungsdiensten wird ein Verweis auf § 112a SGB XI (neu) aufgenommen.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Neuregelung ist geeignet, dass der Übergang in eine dauerhafte qualitätsgesicherte Leistungserbringung praktikabel und effizient gestaltet werden kann.

Im Übrigen ist der in § 71 Abs. 1a SGB XI neu eingeführte Begriff „Betreuungsdienst“ auch in den nachfolgenden Regelungen konsequent zu verwenden.

C) Änderungsvorschlag

§ 72 Abs. 2 Satz 3 SGB XI ist wie folgt zu fassen:

„Bei ~~ambulanten Diensten~~ Betreuungsdiensten nach § 71 Absatz 1a sind bereits vorliegende Vereinbarungen aus der Durchführung des Modellvorhabens zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste einzubeziehen.“

§ 72 Abs. 3 Satz 2 SGB XI ist wie folgt zu fassen:

„Bei ~~ambulanten~~ Betreuungsdiensten nach § 71 Absatz 1a ist bei der Qualitätssicherung und beim Qualitätsmanagement § 112a zu beachten.“

Artikel 8 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 112a – Qualitätssicherung bei ambulanten Betreuungsdiensten, Übergangsregelung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass der GKV-Spitzenverband Richtlinien zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste beschließt. Ferner wird die Frist für den Entwicklungsprozess der Richtlinien festgelegt.

B) Stellungnahme

Mit der geplanten Neuregelung werden ambulante Betreuungsdienste zu einem einrichtungs-internen Qualitätsmanagement verpflichtet, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität ausgerichtet ist. Bei der Entwicklung der Richtlinien sind die erarbeiteten Anforderungen über Inhalt und Umfang der qualitätssichernden Maßnahmen aus dem Modellprojekt nach § 125 SGB XI zu berücksichtigen. Allerdings wurden im Rahmen des Modellprojektes keine Qualitätskriterien und deren Ausfüllanleitungen zur Bewertung der Qualität ambulanter Betreuungsdienste erarbeitet.

Die gesetzliche Neuregelung sollte berücksichtigen, dass die konzeptionellen Prüfgrundlagen für die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes in der Übergangszeit wissenschaftlich fundiert sein müssen und den methodischen Anforderungen an Qualitätsprüfungen in ambulanten Betreuungsdiensten Rechnung tragen. Daher ist zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit die Entwicklung von Qualitätskriterien und deren Ausfüllanleitungen vorzusehen. Dies erleichtert auch die spätere Einarbeitung entsprechender Regelungen in die gegenwärtig in Vorbereitung befindlichen Qualitätsprüfungsinstrumente in der ambulanten Pflege.

Der in der Gesetzesbegründung genannte Bearbeitungszeitraum von zwei Monaten bis zum Beschluss der Richtlinien wird als zu knapp eingeschätzt. Im Rahmen des Entwicklungsprojektes hat der GKV-Spitzenverband Kriterien für die Qualitätsprüfung wissenschaftlich zu erarbeiten und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

Erfahrungsgemäß ist ein Zeitraum von 4 bis 6 Wochen vorzusehen, um allen Beteiligten ausreichend Gelegenheit zur Stellungnahme geben zu können,

Dem Gesetzesentwurf kann entnommen werden, dass die Richtlinien des Spitzenverbandes Bund über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 unverzüglich im Anschluss an den Richtlinienbeschluss nach Satz 2 entsprechend anzupassen sind. Die Fortgeltung bzw. Anpassung der Richtlinien wird im § 115a SGB XI geregelt. Dementsprechend bedarf es einer Klarstellung des Verweises in Satz 7.

C) Änderungsvorschlag

Es sollte sichergestellt werden, dass die Qualitätskriterien zur externen Prüfung wissenschaftlich fundiert erarbeitet werden können, damit diese nach dem Übergangszeitraum zügig in die Richtlinien und Vereinbarungen des neuen Qualitätsprüfungsinstruments in der ambulanten Pflege überführt werden können. Deshalb sollte der Bearbeitungszeitraum auf sechs Monate erweitert werden.

Artikel 8 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 120 – Pflegevertrag bei häuslicher Krankenpflege

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 Informationen für eine Nutzung des Umwandlungsanspruchs nach § 45a Absatz 4.“

B) Stellungnahme

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

Folgender neuer Absatz 1a wird angefügt:

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

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 276 von 299

Artikel 8 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9

§ 125 – Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 125 wird aufgehoben.

B) Stellungnahme

Aufgrund der beabsichtigten dauerhaften Einführung der Betreuungsdienste als zugelassene Leistungserbringer in der Regelung des § 71 SGB XI ist die Aufhebung des § 125 sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 9 (Änderung des Arzneimittelgesetzes)

§ 13 – Herstellungserlaubnis

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber beabsichtigt in die Ausnahmeregelung von der Herstellungserlaubnis nach Absatz 2b explizit auch Zahnärztinnen und Zahnärzte aufzunehmen.

B) Stellungnahme

Die Notwendigkeit einer Herstellungserlaubnis dient der Sicherstellung von Qualitätsstandards im Rahmen der Arzneimittelherstellung und damit schlussendlich der Arzneimittelsicherheit. Der Gesetzgeber führt in der Begründung nicht aus, inwiefern unter der bisherigen Regelung Versorgungsprobleme bestanden, die durch die vorgesehene Änderung behoben werden können. Vor diesem Hintergrund lehnt der GKV-Spitzenverband die vorgesehene Änderung ab.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der in Artikel 9 vorgesehenen Änderung.

Artikel 10 (Änderung der Arzneimittelpreisverordnung)

§ 2 – Großhandelszuschläge für Fertigarzneimittel

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Änderung in § 2 der Arzneimittelpreisverordnung wird beabsichtigt, juristisch eindeutig festzulegen, dass der bisherige Festzuschlag für den Großhandel in Höhe von 0,70 Euro je abgegebener Packung in jedem Fall zu erheben ist. Der rabattierbare Anteil der Großhandelsvergütung soll auf den preisabhängigen Festzuschlag in Höhe von 3,15 % des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers beschränkt werden. Hintergrund der vorgesehenen Änderung ist ein Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 05.10.2017 mit dem Aktenzeichen I ZR 172/16. In diesem Urteil führte der BGH aus, dass beide Bestandteile der Großhandelsvergütung aufgrund der bisherigen Arzneimittelpreisverordnung optional sind.

B) Stellungnahme

Ziel der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) nach § 78 Arzneimittelgesetz ist es, einheitliche Preise für Arzneimittel sicher zu stellen. Die Umsetzung dieses Ziels erfolgt durch die Festsetzung von Vergütungssätzen in der Arzneimittelpreisverordnung. Während die Elemente der Apothekenvergütung für die Abgabe von Fertigarzneimitteln in § 3 der AMPreisV nicht als rabattfähig angesehen werden, gibt es in der Beziehung zwischen Apotheken und pharmazeutischen Großhändlern die Möglichkeit, Rabatte zu verhandeln.

Von diesen Rabatten profitieren jedoch nicht die Arzneimittelverbraucherinnen und -verbraucher oder die Solidargemeinschaft sondern allein die Apotheken. Dies ist ordnungspolitisch nur schwer nachvollziehbar. Sofern substantielle Rabatte auf Ebene der Großhändler gewährt werden können, müsste konsistenterweise auch die Vergütung der Apotheken als Höchstvergütung ausgestaltet werden. Beim politischen Ziel einheitlicher Apothekenpreise müssten auch Rabattelemente des Großhandels beseitigt werden. Die derzeitige Regelung lässt einseitig Apotheken profitieren. Insofern stellt die Festschreibung, dass das preisunabhängige Vergütungselement in Höhe von 0,70 Euro pro Packung einen ersten Schritt zu einer Konsistenzverbesserung dar.

Die Möglichkeit, substantielle Rabatte auf die in der AMPreisV vorgesehene Vergütung zu geben, spricht auch nicht für eine adäquate Höhe dieser Vergütungsbestandteile. Eine empirische Grundlage für eine adäquate Festlegung der Großhandelsvergütung findet sich in dem Gutachten „Ermittlung und Erforderlichkeit des Ausmaßes der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise“, das vom Ordnungsgeber der AMPreisV, des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie in Auftrag gegeben wurde.

Die Ergebnisse des Gutachtens wurden im Dezember 2017 veröffentlicht. Die Gutachter stellen fest, dass die derzeitige Vergütung nicht leistungsgerecht ist und nicht den tatsächlichen Ressourcenaufwand widerspiegelt. Einige Vergütungsbestandteile liegen deutlich unter einer als leistungsgerecht anzusehenden Vergütungshöhe, während andere Vergütungsbestandteile deutlich zu hoch sind. Die Gutachter sehen einen substantiellen Änderungsbedarf bei der heutigen Form der Vergütung.

Ziel der Arzneimittelpreisverordnung muss es sein, die Höhe der Vergütung leistungsgerecht festzulegen. Der GKV-Spitzenverband spricht sich dafür aus, die im Gutachten nachvollziehbar ermittelten empirischen Ergebnisse tatsächlich in der AMPreisV zu berücksichtigen. Dies gilt sowohl für die Vergütung des Großhandels als auch der Apothekerschaft.

C) Änderungsvorschlag

Der in Artikel 10 geänderte § 2 Absatz 1 Satz 1 AMPreisV wird wie folgt gefasst:

Bei der Abgabe von Fertigarzneimitteln, die zur Anwendung bei Menschen bestimmt sind, durch den Großhandel an Apotheken oder Tierärzte ist ein Festzuschlag von ~~70 Cent~~ 96 Cent sowie die Umsatzsteuer zu erheben; zusätzlich darf auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne die Umsatzsteuer höchstens ein Zuschlag von ~~3,15 Prozent~~ 0,53 Prozent, höchstens jedoch ~~37,80 Euro~~ 6,36 Euro erhoben werden.

Artikel 11 (Änderung des Transfusionsgesetzes)

Nr. 1-4

§ 12a – Richtlinien zum Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft und Technik zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen, § 18 – Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik zur Anwendung von Blutprodukten, § 28 – Ausnahmen vom Anwendungsbereich und § 35 (neu) – Übergangsregelung aus Anlass des Terminservice- und Versorgungsgesetzes

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) wird die Befugnis eingeräumt, fakultativ in Richtlinien den allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der Wissenschaft und Technik im Bereich der Zahnheilkunde zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen festzustellen.

B) Stellungnahme

Da im Einzelfall, wie z. B. bei Knochenaufbauten, auch im zahnärztlichen Bereich mit Blut und Blutbestandteilen gearbeitet wird, ist die vorgesehene Regelung, der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) die Befugnis einzuräumen, fakultativ in Richtlinien den allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der Wissenschaft und Technik im Bereich der Zahnheilkunde zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen festzustellen, sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 281 von 299

Artikel 12 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 1

§ 18a Abs. 6 – Schiedsstelle

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Formulierung soll dahingehend erweitert werden, dass die Schiedsstelle in den ihr durch Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes zugewiesenen Aufgaben entscheidet.

B) Stellungnahme

Die Änderung wird befürwortet. Der Schiedsstelle sind inzwischen nicht mehr nur Aufgaben im Krankenhausfinanzierungsgesetz oder der Bundespflegegesetzverordnung zugewiesen, sondern in verschiedenen Gesetzen wie insbesondere auch dem Krankenhausentgeltgesetz und dem SGB V.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 12 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2

§ 18a Abs. 6 – Schiedsstelle

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei Nichteinigung der Parteien über die Bestellung der unparteiischen Mitglieder sollen diese durch das Bundesministerium für Gesundheit berufen werden.

B) Stellungnahme

Die im Referentenentwurf auch für die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG vorgesehene Bestimmung der unparteiischen Mitglieder durch das Bundesministerium für Gesundheit bei Nichteinigung der Parteien wird nicht befürwortet.

Die Benennung der unparteiischen Mitglieder in der Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG sollte nach dem gleichen Verfahren wie die Benennung der Unparteiischen im Schiedsamt nach § 89 SGB V und dem sektorenübergreifenden Schiedsgremium nach § 89a SGB V erfolgen. Im Rahmen des Bundesschiedsamtes nach § 89 SGB V und des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums nach § 89a SGB V wird die Bestellung durch Losverfahren präferiert, wenn sich die Parteien nicht einigen können. Im Losverfahren erfolgt die Entscheidung zugunsten eines durch die Parteien vorgeschlagenen Kandidaten. Für den Fall der Bestimmung der Unparteiischen durch Los wird die Amtszeit auf ein Jahr verkürzt. Das Losverfahren ist damit ein sachgerechter Konfliktlösungsmechanismus, denn es überlässt die Entscheidung zur Bestellung den Selbstverwaltungspartnern.

Ergänzend wird auf die Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 45 und 46 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 12 Nr. 2 wird wie folgt geändert:

Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Kommt eine Einigung nicht zustande, gilt § 89 Absatz 6 Satz 3 bis 8 entsprechend.“

Satz 6 wird gestrichen.

Artikel 12 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 3

§ 18a Abs. 6 – Schiedsstelle

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle sowie die Geschäftsführung, das Verfahren, die Höhe und die Erhebung der Gebühren und die Verteilung der Kosten nach § 18a Abs. 6 Satz 9 KHG durch Rechtsverordnung festsetzen, wenn die existierende Vereinbarung gekündigt wird und eine neue Vereinbarung bis zum Ende der Vertragslaufzeit nicht zustande kommt. Die Bestimmungen der bisherigen Vereinbarung gelten bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung fort.

B) Stellungnahme

Die bisherige Fassung der Vorschrift sieht eine Regelung durch Rechtsverordnung für den Fall vor, dass eine vertragliche Vereinbarung über die Bildung der Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG (BSchV) bis zum 31.08.1997 nicht zustande gekommen ist. Mit der vorgesehenen Änderung wird berücksichtigt, dass eine entsprechende Vereinbarung geschlossen wurde.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 284 von 299

Artikel 13 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Nr. 1

§ 19 Abs. 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung resultiert aus der Entscheidung des Bundesverfassungsgericht vom 26. September 2016 (Az. 1 BvR 1326/15), wonach § 19 Absatz 3 gegen Artikel 12 Absatz 1 des Grundgesetzes verstößt und nichtig ist.

B) Stellungnahme

Die Streichung wird befürwortet.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 13 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Nr. 2 Buchstabe a)

§ 19a Abs. 1 Sätze 2, 3, 4 und 5 (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vertragsärztliche Zulassung verpflichtet Ärztinnen und Ärzte, die vertragsärztliche Tätigkeit in Vollzeit auszuüben. Welcher zeitliche (Mindest-)Umfang mit vollzeitiger Ausübung gemeint ist, wird jedoch bislang weder im SGB V noch in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) näher festgelegt, sondern als Mindestsprechstundenzeiten von 20 Stunden wöchentlich im Bundesmantelvertrag-Ärzte festgelegt. Die Mindestsprechstundenzeiten sind eine Präsenzpflcht, zu der die Vertragsärztin bzw. der -Arzt am Vertragsarztsitz zur Versorgung der gesetzlich Versicherten zur Verfügung stehen muss.

In § 19 Absatz 1 werden die Mindestsprechstundenzeiten der Vertragsärztinnen und -ärzte für die Versorgung von gesetzlich Versicherten von 20 auf 25 Stunden erhöht. Insoweit wird von der Ermächtigungsgrundlage des § 98 Absatz 2 Nummer 10 SGB V Gebrauch gemacht, nach der die Ärzte-ZV unter anderem Vorschriften zur näheren Bestimmung des zeitlichen Umfangs des sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrages zu enthalten hat.

Um insbesondere solche Ärztinnen und Ärzte, die Patientinnen und Patienten zu Hause oder im Heim aufsuchen, nicht zu benachteiligen, werden Besuchszeiten auf die vorgegebenen Mindestsprechstundenzeiten angerechnet (Satz 5).

Darüber hinaus wird vorgesehen, dass Ärztinnen und Ärzte, die insbesondere Arztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung angehören (z. B. Hausärzte, Kinderärzte, konservativ tätige Augenärzte, Frauenärzte, Orthopäden, HNO-Ärzte), mindestens fünf Stunden in der Woche als offene Sprechstunden anbieten müssen (Satz 3). Welche Arztgruppen konkret offene Sprechstunden anzubieten haben, ist dabei im Bundesmantelvertrag-Ärzte nach § 82 Absatz 1 SGB V zu regeln (vgl. den neuen Satz 6).

Für Ärztinnen und Ärzte, die ihren Versorgungsauftrag nach § 19a Absatz 2 auf die Hälfte reduziert haben, sieht der neue Satz 4 vor, dass die in Satz 2 und 3 festgelegten Sprechstundenzeiten jeweils hälftig gelten.

Die Einzelheiten zu den Arztgruppen, die offene Sprechstunden anzubieten haben sowie zur angemessenen Anrechnung der Besuchszeiten nach Satz 5, sind im Bundesmantelvertrag-Ärzte nach § 82 Absatz 1 SGB V zu regeln. Die Bundesmantelvertragspartner werden insoweit verpflichtet, bis zum 31. März 2019 die entsprechenden Regelungen zu treffen (Satz 6 erster Halbsatz).

Mit der Regelung in Satz 6 zweiter Halbsatz erhalten die Bundesmantelvertragspartner schließlich die Möglichkeit, ergänzend auch Regelungen zur zeitlichen Verteilung der Sprechstunden nach Satz 3 zu treffen.

B) Stellungnahme

Die Regelung im Bundesmantelvertrag-Ärzte zu den offenen Sprechstunden sowie die Möglichkeit, Regelungen zur zeitlichen Verteilung der Sprechstunden im BMV-Ä zu treffen, wird begrüßt. Zur Reduzierung der Wartezeiten von gesetzlich Versicherten und zur kurzfristigen Behandlung insbesondere von Patienten mit akuten Erkrankungen ist die verbindliche Etablierung der auch derzeit i.d.R. angebotenen offenen Sprechstunden für bestimmte Fachgruppen ein sinnvolles Instrument. Für eine Verbesserung der Versorgung und eine Reduzierung der Wartezeiten für gesetzlich Versicherte sind ergänzende Regelungen erforderlich. Es ist klar zu stellen, dass die Sprechstundenzeiten von 25 Stunden für gesetzlich Versicherte und Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung stehen und eine bevorzugte Terminvergabe an Privatversicherte ein Verstoß gegen die vertragsärztlichen Pflichten ist. Es ist auch geboten, einen relevanten Anteil der offenen Sprechstunden für von der Terminservice-stelle nach § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 3 SGB V vermittelte oder vom Hausarzt an einen Facharzt nach § 73 Abs. 1 Satz 2 Nummer 2 SGB V vermittelte Termine für akute Behandlungsanlässe zu öffnen, um sicherzustellen, dass für diese sinnvollen Maßnahmen tatsächlich ein zeitlicher Rahmen in den Arztpraxen zur Verfügung steht.

C) Änderungsvorschlag

Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Ärzte, die insbesondere Arztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung angehören, müssen mindestens fünf Stunden wöchentlich als offene Sprechstunden für die Wahrnehmung von Terminen nach § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 3 SGB V, Terminen nach § 73 Abs. 1 Satz 2 Nummer 2 SGB V sowie für Patienten ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten.“ In Satz 6 wird nach dem Wort „haben“ die Wörter „zur anteiligen Mindestsprechstundenzeit von Vertragsärzten mit einem hälftigen Versorgungsauftrag und zur Verteilung der Sprechstunden bei Ausübung der Tätigkeit an mehreren Tätigkeitsorten“ eingefügt.

Nach Satz 6 werden folgende Sätze eingefügt:

„Der Vertragsarzt muss die Sprechstundenzeiten nach Satz 2 ausschließlich für die Versorgung der gesetzlich Versicherten nach dem Leistungskatalog der GKV zur Verfügung stellen.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 287 von 299

Eine Benachteiligung von Versicherten, insbesondere bei der Vergabe von Sprechstundenterminen, ist ein Verstoß gegen die vertragsärztlichen Pflichten. Gleiches gilt für die bevorzugte Vergabe von Terminen für privatärztliche Leistungen, auch bei Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 288 von 299

Artikel 13 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Nr. 2 Buchstabe b)

§ 19a Abs. 2 Satz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Folgeänderung zur Änderung unter Buchstabe a.

B) Stellungnahme

Redaktionelle Änderung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 15 (Inkrafttreten)

Absatz 1 - Inkrafttreten der Neuregelungen zum Zahlstellenverfahren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung zur Einbindung aller versicherungspflichtigen Versorgungsbezugsempfänger in das Zahlstellenverfahren (Artikel 1 Nr. 79 Buchstabe a) sowie die Aufhebung der Ausnahmeregelung zur Beitragsabführung durch kleinere Zahlstellen (Artikel 1 Nr. 79 Buchstabe b) sollen mit dem Folgetag der Verkündung in Kraft treten.

B) Stellungnahme

Die Einbindung von allen versicherungspflichtigen Versorgungsbezugsempfängern in das elektronische Zahlstellenverfahren erfordert eine Anpassung der IT-Systeme der Krankenkassen. Zudem müssen in Bestandsfällen gegenüber selbstzahlenden Mitgliedern erlassene Verwaltungsakte mit Dauerwirkung für die Zukunft aufgehoben und entsprechende Beitragszahlungen beendet werden. Ferner haben Krankenkassen gegenüber Zahlstellen in den zu selektierenden Fällen der versicherungspflichtigen Versorgungsbezieher ohne Rentenbezug Änderungsmeldungen im Zahlstellen-Meldeverfahren vorzunehmen, um die ursprüngliche Feststellung (keine Beitragsabführungspflicht) für die Zukunft zu ändern.

Für die Anpassung der Bestandssysteme sowie die Umsetzung der administrativen Aufgaben benötigen die Krankenkassen eine Vorlaufzeit. Insoweit sollte die Änderung in § 256 Abs. 1 Satz 1 SGB V nicht wie angedacht mit dem Folgetag der Verkündung, sondern zum 1. Juli 2019 in Kraft treten.

Gleiches gilt im Übrigen für die Änderung im § 256 Abs. 4 SGB V. Durch die Aufgabe der Ausnahmeregel müssen in den einschlägigen Bestandsfällen künftig die Zahlstellen und nicht die Mitglieder Beiträge zahlen. Insoweit sind auch gegenüber diesen selbstzahlenden Mitgliedern erlassene Verwaltungsakte mit Dauerwirkung für die Zukunft aufzuheben und entsprechende Beitragszahlungen zu beenden. Um säumige Beitragsforderungen im Rahmen der Umstellung zu vermeiden, muss überdies sichergestellt werden, dass die betroffenen Zahlstellen zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Neuregelung die Beitragsabführungs- und -nachweispflicht erkannt und umgesetzt haben.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 15 wird nach Absatz 2 folgender Absatz eingefügt:

„(2a) Artikel 1 Nr. 79 tritt zum 1. Juli 2019 in Kraft.“

III. Ergänzender Änderungsbedarf

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 67 Elektronische Kommunikation

A) Vorgeschlagene Neuregelung

Zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung sollte die Kommunikation zwischen Leistungserbringern und mit Krankenkassen sobald wie möglich auf elektronische und maschinell verwertbare Übermittlungsverfahren in § 67 SGB V umgestellt werden. Neben Leistungserbringern und Krankenkassen sollte von dieser Regelung auch die Kommunikation mit den Versicherten umfasst sein. Durch das Einwilligungserfordernis wird die Datenhoheit des Versicherten sichergestellt.

B) Änderungsvorschlag

§ 67 SGB V wird wie folgt gefasst:

Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

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

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

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

Der folgende Absatz 3 wird angefügt:

Die für die Aufgabendurchführung nach den Absätzen 1 und 2 erforderliche Erhebung, Speicherung, Veränderung, Nutzung und Übermittlung personenbezogener Daten darf nur mit

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.08.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 23.07.2018
Seite 291 von 299

Einwilligung und nach vorheriger Information des Betroffenen erfolgen. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Information, Einwilligung und Widerruf bedürfen der Textform.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 87 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Vorgeschlagene Neuregelung

Im Rahmen des Prüfauftrags nach § 87 Abs. 1 Satz 6, bislang papiergebundene Verfahren zur Organisation der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung durch elektronische Kommunikationsverfahren zu ersetzen, haben die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband festgestellt, dass eine Umstellung des bis dato papiergebundenen Antrags- bzw. Genehmigungsverfahrens für Leistungen bei der Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels, für kieferorthopädische Leistungen, für parodontologische Leistungen und für Leistung bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen auf ein elektronisches Verfahren Vorteile für Vertragszahnärzte, Krankenkassen und Versicherte bietet. So können die Behandlungspläne vom Zahnarzt schneller an die Krankenkasse und von der Krankenkasse schneller zurück an den Zahnarzt übermittelt werden. Die Versicherten werden schneller über die Entscheidung der Krankenkasse informiert, sodass die Behandlungen früher begonnen werden können. Hinzu kommt, dass die elektronische Beantragung und Genehmigung vielfältige Medienbrüche beseitigt und die Erstellungs- und Übermittlungskosten reduziert. Der GKV-Spitzenverband und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung beraten schon seit längerem über die Umsetzung eines elektronischen Beantragungsverfahrens. Aufgrund der Tatsache, dass es an einer gesetzlichen Ermächtigung der Bundesmantelvertragspartner für die Einführung eines elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahrens mangelt, ist eine stringente und wirtschaftliche Umsetzung des Verfahrens nicht in allen Fällen möglich, weil z. B. Doppelstrukturen vorgehalten werden müssen. Daher ist es notwendig, die Bundesmantelvertragspartner gesetzlich zur Einführung eines elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahrens zu ermächtigen.

B) Änderungsvorschlag

An § 87 Abs. 1 Satz 7 wird der folgende Satz 8 angefügt:

„Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regeln in dem Bundesmantelvertrag bis zum 31.12.2019 das Nähere zu einem elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahren für bewilligungspflichtige Leistungen.“

Folgeänderung in § 87 Abs. 1a SGB V:

(1a) In dem Bundesmantelvertrag haben die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen festzulegen, dass die Kosten für Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen, soweit die gewählte Versorgung der Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 entspricht, gegenüber den Versicherten nach Absatz 2 abzurechnen sind. Darüber hinaus sind im Bundesmantelvertrag folgende Regelungen zu treffen: Der Vertragszahnarzt hat vor Beginn der Behandlung gegenüber dem Versicherten kostenfrei eine schriftliche Vereinbarung zu erstellen, die den Befund, die Regelversorgung und die tatsächlich geplante Versorgung auch in den Fällen des § 55 Abs. 4 und 5 nach Art, Umfang und Kosten beinhaltet. Für geplante Leistungen nach § 55 Abs. 4 und 5 sind die Gebührennummer, die Leistungsbeschreibung und der voraussichtliche Gebührensatz anzugeben. In der Vereinbarung sind Angaben zum Herstellungsort des Zahnersatzes zu machen. Bei der Wahl von Leistungen nach § 55 Abs. 4 und 5 ist der Versicherte über die in Betracht kommende Regelversorgung einschließlich deren Kosten zu informieren. Vor Beginn der Behandlung hat die Krankenkasse die geplante Versorgung insgesamt zu prüfen. Hierzu übermittelt der Vertragszahnarzt die in der Vereinbarung mit dem Versicherten enthaltenen Angaben sowie zusätzlich die geplanten Befunde elektronisch an die Krankenkasse. Die Krankenkasse kann den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen. Bei bestehender Versorgungsnotwendigkeit bewilligt die Krankenkasse die Festzuschüsse gemäß § 55 Abs. 1 oder 2 entsprechend dem im Datensatz nach Satz 7 ausgewiesenen Befund. Nach Abschluss der Behandlung rechnet der Vertragszahnarzt die von der Krankenkasse bewilligten Festzuschüsse mit Ausnahme der Fälle des § 55 Abs. 5 mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ab. Der Vertragszahnarzt hat dabei auch die abgerechneten zahntechnischen Leistungen und Materialien jeweils für das Eigen- oder Fremdlabor sowie die Erklärung nach Anhang VIII der Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14. Juni 1993 über Medizinprodukte (ABl. EG Nr. L 169 Satz 1) in der jeweils geltenden Fassung zu übermitteln. Der Bundesmantelvertrag regelt das Nähere zur Ausgestaltung der Datenübermittlung von Zahnersatzleistungen, insbesondere muss erkennbar sein, ob die zahntechnischen Leistungen von Zahnärzten erbracht werden oder nicht.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 87 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Vorgeschlagene Neuregelung

Die Mehrkostenregelung im Füllungsbereich, beim Zahnersatz und, wie jetzt vorgesehen, bei kieferorthopädischen Leistungen und bei weiteren Leistungen, z. B. Wurzelkanalbehandlungen und die sich daraus ergebende Abrechnungsmöglichkeit nach der GOZ, führen dazu, dass die Versicherten finanziell stärker belastet werden und die Versorgung der GKV-Versicherten insgesamt intransparenter wird. Dies trägt zu einer zunehmenden Verunsicherung der Versicherten bei, weil nicht klar ist, ob die von der GKV angebotenen Leistungen tatsächlich noch dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Die im BEMA beschriebenen Leistungen dienen immer häufiger der Bezuschussung von Leistungen, die nach der GOZ abgerechnet werden. Der Einfluss der gesetzlichen Krankenkassen auf das Versorgungsgeschehen, die Preisgestaltung, die Qualität und die Abrechnung dieser Leistungen ist damit begrenzt. Zum Schutz der Versicherten vor finanzieller Überforderung und um die Transparenz über das Versorgungsgeschehen wieder herzustellen, sind die Mehrleistungen nach § 28 Abs. 2 Satz 2, nach § 29 Abs. 5 und nach § 55 Abs. 4 daher in einem eigenen BEMA-Abschnitt zu beschreiben und zu bewerten. Die GOZ bildet dann nicht länger die Abrechnungsgrundlage für diese Leistungen. Die Regelung bewirkt, dass die Mehrkosten transparent und für alle Versicherte einheitlich gleich sind. Die Vereinbarung unterschiedlich hoher Mehrkosten aufgrund der Anwendung unterschiedlicher Gebührensätze wird damit beendet. Eine zusätzliche Belastung für die gesetzlichen Krankenkassen findet nicht statt, da als Abrechnungsgrundlage gegenüber den Krankenkassen die übrigen BEMA-Abschnitte gelten und die Versicherten die Mehrkosten für diese Leistungen gegenüber den in den übrigen BEMA-Abschnitten enthaltenen Leistungen selber tragen müssen. Damit bleibt die Anwendung der GOZ lediglich auf andersartige Versorgungsleistungen nach § 55 Abs. 5 beschränkt.

B) Änderungsvorschlag

An § 87 Abs. 2h wird der folgende Satz 4 angefügt:

„In dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen sind in einem eigenen Abschnitt auch die Leistungen nach § 28 Abs. 2 Satz 2, nach § 29 Abs. 5 und nach § 55 Abs. 4, deren Mehrkosten die Versicherten selbst zu tragen haben, zu beschreiben und zu bewerten.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 87 Abs. 2 – Bundesmantelvertrag, Einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Vorgeschlagene Neuregelung

Gemäß der aktuellen Regelung des § 87 Abs. 2 Satz 3, 2. Halbsatz kann der Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 3 Satz 1 die Bewertung der von einer Arztpraxis bzw. einem Medizinischen Versorgungszentrum in einem bestimmten Zeitraum erbrachten Leistungen so festlegen, dass diese ab einem bestimmten Schwellenwert mit zunehmender Menge sinkt. Sofern der Bewertungsausschuss derartige Regelungen, die kassenübergreifend auf Ebene des Leistungserbringers nach § 95 Abs. 1 wirken, beschließt, haben die Kassenärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen im Rahmen der Rechnungslegung ergänzende arztbezogene kassenübergreifende Abrechnungsdaten zur Verfügung zu stellen.

Der Bewertungsausschuss hat für spezifische Leistungsbereiche (z. B. für Dialysewochen- und Dialyseinzelpauschalen), die von den Krankenkassen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanziert werden, kassenübergreifend konzipierte Vergütungsregelungen vereinbart, die unmittelbare Auswirkungen auf die Bewertung der betreffenden Leistungen auf Ebene des Leistungserbringers nach § 95 Abs. 1 haben. Ein Nachweis der Auswirkungen dieser kassenübergreifend angewandten Regelungen auf Ebene des Leistungserbringers ist in der derzeit gültigen Vereinbarung zum Datenträgeraustausch (Anlage 6 des Bundesmantelvertrages) nicht vorgesehen. Den Krankenkassen wird im Formblatt 3 als zahlungsbelegte Unterlage lediglich die sich über alle Leistungserbringer für eine bestimmte Leistung bzw. für einen bestimmten Leistungsbereich aggregierte Vergütung ausgewiesen. Auch die sogenannten Einzelfallnachweise gemäß § 295 Abs. 2 geben keinerlei Aufschluss beispielsweise über die Höhe der ermittelten Abstufungen eines Leistungserbringers, da nur der sogenannte angeforderte Leistungsbedarf ausgewiesen wird. Aufgrund der zurzeit fehlenden Möglichkeit einer adäquaten kassenübergreifenden Abbildung von Vergütungsregelungen auf Ebene des Leistungserbringers bestehen für die Krankenkassen keine Transparenz und somit auch keine Möglichkeit zur Rechnungsprüfung. Dies ist insbesondere deshalb problematisch, da es sich bei den diesen Regelungen unterliegenden Leistungsbereichen um relevante Ausgabenbereiche handelt. So belaufen sich beispielsweise die jährlichen Ausgaben für Dialysesachkosten, die einer betriebsstättenbezogenen Abstufungsregelung unterliegen, allein auf ca. 1,9 Mrd. Euro.

Deshalb ist es nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes zwingend erforderlich, diese Regelungslücke zu schließen und eine gesetzliche Grundlage dafür zu schaffen, dass den Krankenkassen entsprechende (kassenübergreifende) Nachweise zur Verfügung gestellt werden, die Aufschluss über die von den Kassenärztlichen Vereinigungen vorgenommene Berechnung einzelner Vergütungsbestandteile auf Ebene der Leistungserbringer geben. Nur dadurch wird eine Rechnungsprüfung sichergestellt.

B) Änderungsvorschlag

In § 87 Abs. 2 werden die neuen Sätze 4 und 5 aufgenommen: „Soweit die Bewertung bzw. die Abrechnung von Leistungen im Bewertungsmaßstab auf kassenübergreifend zusammengeführten Abrechnungsdaten basiert, haben die Kassenärztlichen Vereinigungen in den Abrechnungen mit den Krankenkassen die entsprechenden Nachweise zu erbringen. Die Vertragsparteien nach § 82 Abs. 1 und § 87 Abs. 1 vereinbaren als Bestandteil dieser Verträge das Nähere zu Format, Inhalt und Umfang der zusätzlich zu übermittelnden Informationen bis zum Ablauf von 6 Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes.“

Der bisherige Satz 4 wird zu Satz 6.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 291a Abs. 5c – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur

A) Vorgeschlagene Neuregelung

Die elektronische Patientenakte darf nicht als isolierte Anwendung verstanden werden. Der Gesetzgeber hat dafür zu sorgen, dass die elektronische Patientenakte als die zentrale Anwendungs- und Speicherplattform des Versicherten für alle seine Gesundheitsdaten zur Verfügung steht. Daher sind zukünftig alle medizinischen Anwendungen wie bspw. das Notfalldatenmanagement (NFDM) sowie die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) in die elektronische Patientenakte zu migrieren. Auch neue Anwendungen wie z. B. Mutterpass oder Impfausweis sind ausschließlich auf dieser Plattform umzusetzen und anzubieten. Damit werden weitere und unnötige Investitionen durch separat betriebene Anwendungen und damit verbundene unnötige Doppelentwicklungen vermieden. Zudem werden sowohl die Flexibilität als auch die Schnelligkeit in der Umsetzung von neuen Anwendungen gestärkt. Für den Versicherten wird durch den zentralen Zugangspunkt die Handhabung seiner medizinischen Daten extrem vereinfacht. Auch für die Leistungserbringer wird im Rahmen der Versorgung hiermit ein zentraler Punkt für den Zugriff auf die Daten eines Versicherten ermöglicht, sofern dieser die Berechtigung dazu erteilt hat.

B) Änderungsvorschlag

Im § 291a Abs. 5c SGB V sollten nach dem Satz 3 die nachfolgenden Sätze 4 und 5 eingefügt werden: „Sobald entsprechend Satz 1 die Voraussetzungen für eine Bereitstellung von Daten über den Patienten nach § 291a Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 von der gematik getroffen wurden, ist die Nutzung der dabei festgelegten technischen und organisatorischen Verfahren für die Bereitstellung sowohl der Daten der Anwendungen nach § 291a Abs. 3 als auch weiterer medizinischer Anwendungen der eGK zu verwenden. Bestehende Festlegungen der gematik für medizinische Anwendungen der eGK sind entsprechend Satz 4 anzupassen.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 293 – Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer

A) Vorgeschlagene Neuregelung

Durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz ist die Systematik der Arztnummern neu geordnet worden. Es sind lebenslange Arztnummern sowie Betriebsstättennummern statt der bisherigen Arztrechnungsnummern (die unabhängig davon, ob es sich um eine Einzel- und Gemeinschaftspraxis handelt, galten) eingeführt worden. Bei einer Einzelpraxis gibt es nur eine lebenslange Arztnummer und eine Betriebsstättennummer, bei einer Gemeinschaftspraxis oder einem MVZ mehrere Arztnummern und eine Betriebsstättennummer sowie ggf. eine oder mehrere Nebenbetriebsstättennummern. Diese sind elementar für die Zuordnung von Leistungen, Ausgaben und Datensätzen. Die Rechtsänderung ist in § 293 Abs. 4 SGB V noch nachzuvollziehen und das sogenannte Arztstammverzeichnis den Änderungen folgend zu ergänzen. Die vorgeschlagene Rechtsänderung unterstützt die Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer gesetzlichen Aufgaben durch die sachgerechte Zuordnung von Leistungen und Daten.

B) Änderungsvorschlag

§ 293 Abs. 4 Satz 2 SGB V wird ergänzt um:

15. Nummer der Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte
16. Beginn der Gültigkeit der Betriebs- oder Nebenbetriebsstättennummer
17. Ende der Gültigkeit der Betriebs- oder Nebenbetriebsstättennummer

§ 293 Abs. 4

Satz 6 wird nach „unentgeltlich“ ergänzt um: „4 Wochen nach Ende des Monats, in dem die Daten aktualisiert wurden“.

Neuer Satz 7: „Ist das Verzeichnis fehlerhaft oder unvollständig, liefert die Kassenärztliche Bundesvereinigung innerhalb von 4 Wochen ein korrigiertes Verzeichnis.“ (bisheriger Satz 7 wird Satz 8)

Zu Artikel 16 (Änderung des Gesetzes über die Kostenstrukturstatistik (KoStrukStatG))

Einfügung eines neuen Satzes 2 in § 7

A) Vorgeschlagene Neuregelung

Analog zu der Stellungnahme zu § 87 Absatz 2 Satz 3 SGB V, in der vorgeschlagen wird, dass die konkrete Ausgestaltung zukünftiger Erhebungen der Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten durch das Statistische Bundesamt in enger Abstimmung mit dem Bewertungsausschuss und dem Institut des Bewertungsausschusses (InBA) zu erfolgen hat (insbesondere die Fragebogenerstellung, die Abgrenzung von Arztgruppen etc.), sollte auch im Gesetz über die Kostenstrukturstatistik eine entsprechende Regelung aufgenommen werden.

B) Änderungsvorschlag

In § 7 wird folgender Satz eingefügt:

„Bei der Fragebogenerstellung des Statistischen Bundesamtes für die Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten ist der Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 3 SGB V und das Institut nach Absatz § 87 Abs. 3b SGB V zu beteiligen.“