

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V.

vom 7. November 2014

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)

Inhaltsverzeichnis

- | | |
|-------------------------------|-------------|
| I. Vorbemerkung | (Seite 2) |
| II. Detailkommentierung | (Seite 5) |
| III. Weiterer Änderungsbedarf | (Seite 107) |
-

I. Vorbemerkung

Mit dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz –GKV-VSG) ist ein weiterer Schritt getan, die Versorgung an die sich wandelnden Anforderungen an das Gesundheitssystem anzupassen. Der Abbau von Hürden für sektorübergreifende Angebote, neue innovative Möglichkeiten, Behandlungsstrukturen weiter zu entwickeln, sowie Lösungsansätze für die sich bereits abzeichnenden unterschiedlichen Versorgungssituationen in Ballungsgebieten und ländlichen Räumen sollen Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte, flächendeckende medizinische Versorgung sichern. Der BKK Dachverband begrüßt die Zielsetzung des Referentenentwurfs und sieht darin eine deutliche Verbesserung des Versorgungsangebots für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die betriebliche Krankenversicherung begrüßt insbesondere, dass mit der Bündelung des selektivvertraglichen Bereichs durch Schaffung eines Paragraphen 140 a „Besondere Versorgung“ flexiblere Gestaltungsspielräume und mehr Wettbewerbsmöglichkeiten für die gesetzliche Krankenversicherung geschaffen werden. Die Bündelung von Regelungen für sektorübergreifende und sektorbezogene Versorgungsverträgen schafft Klarheit und gibt den Krankenkassen mehr Freiheiten, innovative, auf die Bedürfnisse ihrer Versicherten und Regionen ausgerichtete Versorgungsansätze zu entwickeln. Besonders hilfreich ist die vorgesehene Streichung der Vorlagepflicht von neuen Versorgungsvorhaben bei den Aufsichtsbehörden. Hierdurch wird die Geschwindigkeit bezüglich der Umsetzung von Selektivverträgen zu Gunsten der Versicherten deutlich erhöht.

Kritisch sieht der BKK Dachverband allerdings die erweiterten Befugnisse der Aufsichtsbehörden, ein Zwangsgeld bis zu einer Höhe von 10 Millionen Euro verhängen zu können, falls die Aufsichtsbehörden eine erhebliche Rechtsverletzung feststellen. Die bisherigen Rechte des Aufsichtshandelns reichen vollständig im Falle von Rechtsverletzungen aus. Darüber hinaus kann die ungewisse Auslegung eines „erheblichen Rechtsverstoßes“ den Anreiz zum Abschließen neuer, evtl. bisher unerprobter Versorgungsansätze deutlich senken. Dies widerspricht der Intention des Gesetzgebers, die Hürden und Hemmnisse im selektivvertraglichen Bereich abzubauen, sondern bewirkt das Gegenteil.

Einen Schub für die Weiterentwicklung von innovativen sektorübergreifenden Versorgungsprojekten kann die Errichtung des Innovationsfonds mit einem jährlichen Volumen von 300 Millionen Euro geben. Nach Ansicht der betrieblichen Krankenversicherungen sollten dabei aber nicht nur Projekte zur Überwindung der klassischen Schnittstellen zwischen dem ambulanten und stationären Bereich gefördert werden, sondern es muss auch eine Verzahnung mit anderen Leistungsbereichen, wie z.B. außerbetrieblichen und betrieblichen Lebenswelten sowie weiteren Sozialversicherungsträgern, wie der Unfall- und Rentenversicherung, möglich sein.

Der BKK Dachverband begrüßt den Rechtsanspruch auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung. Ein qualifiziertes Zweitmeinungsverfahren kann Patientinnen und Patienten über die Chancen und Risiken operativer und diagnostischer Interventionen und den hierzu existierenden Alternativen adressatenorientiert und patientengerecht aufklären und damit eine wertvolle Orientierungs- und Entscheidungshilfe geben. Die Krankenkassen kann dem Patienten im Zweitmeinungsverfahren (ZMV) zudem wertvolle Hilfestellung leisten. Hierfür bedarf es insbesondere der frühzeitigen Information der Krankenkassen durch die Leistungserbringer sowie die Möglichkeit für Krankenkassen, ihre Versicherten über qualifizierte Zweitmeinende zu informieren. Zudem ist es wichtig klarzustellen, dass die Krankenkassen bestehende ZMV auch weiter anbieten können. Dazu benötigen sie die rechtssichere Einbindung auch von nicht zugelassenen Leistungserbringern.

Der BKK Dachverband begrüßt die Anpassung der Rahmenbedingungen des Entlassmanagements. Hierdurch wird den Patientinnen und Patienten der Übergang von der stationären Versorgung in den ambulanten Bereich erleichtert. Nach Auffassung der betrieblichen Krankenversicherung ist es jedoch erforderlich, diese Leistung stärker zu institutionalisieren und gleichzeitig die Qualität des Entlassmanagements insgesamt zu verbessern. Darüber hinaus schlägt der BKK Dachverband bei der Versorgung mit Arzneimitteln ergänzend vor, dass das Krankenhaus Patienten die zur Überbrückung benötigte Menge an Arzneimitteln abzugeben hat, wenn im unmittelbaren Anschluss an die Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt. Versorgungsprobleme an solchen Tagen würden damit sicher ausgeschlossen.

Mit der Regelung zum Regressverzicht der Kranken- und Pflegeversicherung gegenüber freiberuflichen Hebammen lässt sich das Ziel, Haftpflichtprämien zu senken und den Versicherungsmarkt wieder zu beleben, nicht erreichen. Hier wären grundlegende Reformen nötig. Darüber hinaus bewirkt die Regelung eine Ungleichbehandlung von angestellten und freiberuflichen Hebammen in der klinischen Entbindung und wirft damit erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken auf. Für Krankenhäuser besteht sogar ein Anreiz, angestellte Hebammen aus Kostengründen in die Freiberuflichkeit zu drängen.

Des Weiteren ist auch die geplante Konvergenz der ärztlichen Vergütung abzulehnen. Es ist zu befürchten, dass die gesetzliche Krankenversicherung deutliche Mehrausgaben finanzieren muss, denen keine Verbesserung der Versorgungsstrukturen oder -qualität gegenüber steht. Gleichzeitig ist bisher keine Überprüfung der Vergütung oberhalb des bisherigen Vergütungsdurchschnitts geplant.

Die Einbeziehung von Pflegekräften in die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste der Kranken- und Pflegekassen lehnt der BKK Dachverband ab. Der MDK ist der sozialmedizinische Dienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung; dieser sollte weiterhin unabhängig – ohne Einfluss von Leistungserbringern – bei der Beurteilung medizinischer Sachverhalte unterstützen und bei der Entscheidungsfindung beraten. Die Einbeziehung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen sollte an geeigneter Stelle erfolgen. Hierzu

sind die Verwaltungsräte aber das falsche Gremium. Entscheidungen, die Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen direkt betreffen, werden hier nicht getroffen.

Seit Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) spielt die dokumentierte Morbidität der Versicherten eine tragende Rolle bei der Ermittlung der Zuweisungen an eine Krankenkasse. Daher kommt der korrekten und einheitlichen Dokumentation der vorliegenden Erkrankungen über stationäre und ambulante Diagnosen sowie Arzneimittelverordnungen eine zentrale Rolle zu. Im Gegensatz zum stationären Bereich gibt es allerdings für den ambulanten Sektor keine verbindlichen Kodierrichtlinien zur Dokumentation von Diagnosen. Die Betriebskrankenkassen fordern deshalb die Einführung von ambulanten Kodierrichtlinien.

Der vorliegende Gesetzentwurf wirft Fragen im Zusammenhang mit den Datenmeldungen und Buchungsvorschriften der Krankenkassen auf, die die Bereiche Verträge, Risikostrukturausgleich und Rechnungswesen betreffen. Damit genügend Zeit für eine rechtskonforme Umsetzung von Änderungen technischer Prozesse verbleibt, müssen diese Fragen im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens berücksichtigt werden.

II. Detailkommentierung

Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 3 Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen

nach § 22 wird folgender § 22a eingefügt:

„§ 22a

Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen

(1) Versicherte, die einer Pflegestufe nach § 15 des Elften Buches zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 des Zwölften Buches erhalten oder dauerhaft erheblich in ihrer Alltagskompetenz nach § 45a des Elften Buches eingeschränkt sind, haben Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen. Die Leistungen umfassen insbesondere die Erhebung eines Mundgesundheitsstatus, die Aufklärung über die Bedeutung der Mundhygiene und über Maßnahmen zu deren Erhaltung, die Erstellung eines Planes zur individuellen Mund- bzw. Prothesenpflege sowie die Entfernung harter Zahnbeläge. Pflegepersonen des Versicherten sollen in die Aufklärung und Planerstellung nach Satz 2 einbezogen werden.

(2) Das Nähere über Art und Umfang der Leistungen regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92.“

a) Gewünschte Änderung

Streichung und ggf. Anpassung im Sinne der folgenden Begründung.

b) Begründung

Mit der Neufassung eines § 22a SGB V soll eine neue Leistung zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen, Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und Menschen mit Behinderungen geschaffen werden. Dieser neue Leistungsbereich soll der zahnmedizinischen Prävention und hier der Individualprophylaxe in Anlehnung an den § 22 SGB V zugeordnet werden.

Diese Herangehensweise ist aufgrund fehlender Evidenz grundsätzlich kritisch zu hinterfragen und deshalb in der Form abzulehnen.

Um etwaigen gesonderten Bedarfen der genannten Zielgruppen dennoch gerecht zu werden, könnten die aufgezeigten Maßnahmen gegebenenfalls in die gruppenprophylaktischen Strukturen des § 21 SGB V (Verhütung von Zahnerkrankungen - Gruppenprophylaxe) eingebettet werden. Damit würden die Maßnahmen in den Kontext einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe gerückt und außerdem könnten so alle Akteure auf Landesebene bei der Leistungserfüllung und Finanzierung eingebunden werden, wie

etwa Zahnärztekammer, Kassenzahnärztliche Vereinigung, ÖGD, Krankenkassen, ambulante Pflegedienste, (teil-) stationäre Pflegeeinrichtungen und die Versorgung vernetzt angeboten werden. Zu beachten gilt es dabei, dass eine strikte Abgrenzung zu den Leistungskomplexen der Pflegeversicherung (SGB XI) erfolgt.

Darüber hinaus gilt es zu klären, inwieweit sich mit den speziellen Maßnahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) und dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) – welche u.a. der Schaffung von Anreizen für die aufsuchende Versorgung durch Vertragszahnärzte diene – Leistungsüberschneidungen ergeben, denn es bleibt festzuhalten, dass durch Einfügen des § 87 Abs. 2i SGB V auf Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss des Bundestages) mit Wirkung zum 01.01.2012 im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) eine neue Leistung geschaffen wurde, mit der dem Vertragszahnarzt das erforderliche Aufsuchen von den Versicherten bereits vergütet wird, die einer Pflegestufe nach dem SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach dem SGB XII erhalten und die wegen ihrer Pflegebedürftigkeit oder Behinderung die Zahnarztpraxis nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können. Durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) ist § 87 Abs. 2i Satz 1 SGB V, bezogen auf die für den Versicherten geltenden Voraussetzungen, mit Wirkung zum 30.10.2012 um den Sachverhalt erweitert worden, dass ein Versicherter dauerhaft erheblich in seiner Alltagskompetenz nach § 45 SGB XI eingeschränkt ist, so dass aufgrund der Pflegebedürftigkeit, Behinderung oder Einschränkung das Aufsuchen der Zahnarztpraxis nicht oder nur mit hohem Aufwand möglich ist. Die Vergütung wird neben dem Wegegeld gezahlt und soll dem erhöhten personellen, instrumentellen und zeitlichen Aufwand der Vertragszahnärzte für das Aufsuchen dieser Patienten ausreichend Rechnung tragen.

Mit der Einfügung des § 87 Abs. 2j SGB V zum 30.10.2012 ist die mit § 87 Abs. 2i SGB V begonnene Verbesserung des Ausbaus der vertragszahnärztlichen Versorgung auf die Bewohner in stationären Pflegeheimen fortgesetzt worden. Dafür wurde im BEMA eine zusätzliche, in der Bewertung über § 87 Abs. 2i Satz 1 SGB V hinausgehende Leistung vorgesehen, wenn die in der Vereinbarung nach § 119b SGB V festgelegten Anforderungen eingehalten werden. Diese Anforderungen sind ebenfalls mit dem PNG in § 119b Abs. 2 SGB V mit Wirkung zum 30.10.2012 inhaltlich bestimmt worden. Danach sollten auf Bundes- und Landesebene bis spätestens 30.09.2013 Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität der Versorgung sowie die Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen vereinbart werden. Unter ärztliche Versorgung ist auch die zahnärztliche Versorgung zu verstehen, so dass der Vertragszahnarzt einen Vergütungszugschlag nach § 87 Abs. 2j SGB V erhält, wenn er die auf der Bundesebene vereinbarten Maßnahmen an die Versorgungsqualität der Heimbewohner erfüllt.

Der Rahmenvereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V ist unter § 4 zu entnehmen, dass die dort aufgeführten Leistungen weitestgehend mit den Leistungen korrespondieren, welche der vorliegende Referentenentwurf benennt. Insofern scheint auch die Möglichkeit gegeben, die gesetzlichen Regelungen im § 87 Abs. 2i und 2j SGB V so zu ergänzen bzw. anzupassen, dass sie der Intention des Gesetzgebers zur vorgeschlagenen Neufassung des § 22a SGB V genügen. Auszuschließen ist dabei allerdings, die vorge-

sehene Leistung “Entfernung harter Zahnbeläge“, da diese bereits Bestandteil der Leistung nach BEMA-Nr. 107 ist und allen Versicherten zusteht.

Nr. 5

§ 27b NEU (Zweitmeinung)

Nach § 27a wird folgender § 27b eingefügt:

(1) Versicherte, bei denen die Indikation zu einem planbaren Eingriff gestellt wird, bei dem insbesondere im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung seiner Durchführung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist, haben Anspruch darauf, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung bei einem Arzt oder einer Einrichtung nach Absatz 3 einzuholen. Die Zweitmeinung kann nicht bei einem Arzt oder einer Einrichtung eingeholt werden, durch den oder durch die der Eingriff durchgeführt werden soll.

a) Gewünschte Änderung

Satz 1: Austausch der Worte „zu einem planbaren Eingriff“ durch die Worte „zu einer planbaren operativen oder diagnostischen Intervention“.

b) Begründung

Ärzten und Patienten fehlt es vor allem bei sogenannten weichen oder relativen Indikationsstellungen häufig an geeigneten Orientierungs- und Entscheidungshilfen. Das führt verbunden mit Überkapazitäten und Fehlanreizen im Versorgungs- und Finanzierungssystem bei bestimmten Diagnosen zu einer medizinisch nicht begründbaren Mengenausweitung. Im Ergebnis weist Deutschland Operationszahlen auf einem im internationalen Vergleich weit überdurchschnittlichen Niveau auf.

Nicht nur für operative Eingriffe, sondern auch für diagnostische Verfahren besteht die Gefahr medizinisch nicht begründbarer Mengenausweitung. Insbesondere bei diagnostischen Verfahren, die komplex, aufwendig oder besonders risikobehaftet sind und bei denen ein großer Entscheidungs- und Ermessensspielraum besteht, ist es daher ebenso notwendig, die Indikationsstellung abzusichern. Hier sollte daher ebenfalls die Möglichkeit bestehen, eine zweite ärztliche Meinung einzuholen, um die Chancen und Risiken der Intervention sorgfältig abwägen zu können.

(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seinen Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 für welche planbaren Eingriffe nach Absatz 1 Satz 1 der Anspruch auf Einholung der Zweitmeinung im Einzelnen besteht. Er legt, soweit erforderlich, eingriffsbezogen Anforderungen an die Leistungserbringer nach Absatz 3 fest, die für die Abgabe einer Zweitmeinung geeignet sind. Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die Festlegungen nach Satz 1 und 2 erstmals bis zum 31. Dezember 2015.

a) Gewünschte Änderung

aa) Satz 1: Austausch der Worte „für welche planbaren Eingriffe“ durch die Worte „für welche planbaren operativen und diagnostischen Interventionen“.

ab) Satz 2: Streichen der Wörter „, soweit erforderlich,“.

ac) Satz 3: Einfügen der Wörter „für die ersten Interventionen“ hinter „nach Satz 1 und 2“

b) Begründung

zu aa) Folgeänderung zur vorgeschlagenen Änderung von Absatz 1 (aa)

zu ab) Für sämtliche Zweitmeinungsverfahren sind zwingend Anforderungen an die Leistungserbringer im Hinblick auf Struktur und Prozesse der Leistungserbringung festzulegen. Blicke dies im Ermessen der gemeinsamen Selbstverwaltung im Rahmen des G-BA, bestünde die Gefahr von „Zweitmeinungsverfahren light“ ohne angemessene Qualitätssicherung. Diese würden dem Patienten einen Bärendienst erweisen, die Indikationsqualität würde sich eher verschlechtern als verbessern. Es ist zudem sicherzustellen, dass der zweitmeinende Arzt die nötige fachliche Unabhängigkeit besitzt.

zu ac) Wenn Zweitmeinungsverfahren den Anspruch erfüllen sollen, die Indikationsqualität zu verbessern, sind diese sorgfältig vorzubereiten, insbesondere im Hinblick auf die Qualitätsanforderungen. Die Einfügung ermöglicht ein schrittweises Vorgehen, denn Sorgfalt ist hier für den Patienten deutlich wichtiger als Schnelligkeit.

(3) Zur Erbringung einer Zweitmeinung sind berechtigt:

1. *Zugelassene Ärzte,*
2. *zugelassene medizinische Versorgungszentren,*
3. *ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen sowie*
4. *zugelassene Krankenhäuser*

soweit sie die Anforderungen nach Absatz 2 Satz 2 erfüllen.

a) Gewünschte Änderungen

aa) Streichung der Nr. 4

ab) in § 11 Absatz 6 Satz 1 SGB V: Ergänzung der Wörter „der Zweitmeinung (§ 27b)“ hinter den Wörtern „der künstlichen Befruchtung (§27a),“.

b) Begründung

zu aa): Der G-BA soll Anforderungen definieren, die an die persönliche Qualifikation des Zweitmeinenden gebunden sind. Daher können Krankenhäuser als Institution nicht generell als Leistungserbringer vorgesehen werden. Es können jedoch geeignete Kran-

kenhausärzte von der Kassenärztlichen Vereinigung zur Erbringung der Zweitmeinung ermächtigt werden.

zu ab) Die bereits bestehenden und bewährten Zweitmeinungsverfahren der Betriebskrankenkassen binden – verankert als Satzungsleistung – nicht zugelassene Leistungserbringer mit ein. Die Ergänzung in § 11 Absatz 6 Satz 1 soll sicherstellen, dass die Krankenkassen entsprechende Satzungsleistungen auch mit nicht zugelassenen Leistungserbringern vereinbaren können. Somit können die bestehenden Zweitmeinungsverfahren mit den bereits aufgebauten Angebotsstrukturen fortexistieren, und Versicherte weiter von der verbesserten Indikations- und Versorgungsqualität profitieren.

(4) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausgesellschaften informieren inhaltlich abgestimmt über Leistungserbringer, die unter Berücksichtigung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Absatz 2 Satz 2 festgelegten Anforderungen zur Erbringung einer unabhängigen Zweitmeinung geeignet und bereit sind.

a) Gewünschte Änderung

Satz 1: Einfügen der Worte „und die Krankenkassen“ hinter „Landeskrankenhausgesellschaften“

b) Begründung

Die Ergänzung ist notwendig, um die bereits erworbene Erfahrung und Kompetenz vieler Krankenkassen bei Zweitmeinungsverfahren nutzen zu können, über kassenindividuelle Angebote informieren zu können und die Wahlfreiheit und Gesundheitskompetenz der Patienten zu verbessern.

(5) Der Arzt, der die Indikation für einen Eingriff nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 stellt, muss den Versicherten über das Recht, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung einholen zu können, aufklären und ihn auf die Informationsangebote über geeignete Leistungserbringer nach Absatz 3 hinweisen. Die Aufklärung muss mündlich erfolgen; ergänzend kann auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Versicherte in Textform erhält. Der Arzt hat dafür Sorge zu tragen, dass die Aufklärung in der Regel mindestens 10 Tage vor dem geplanten Eingriff erfolgt.

a) Gewünschte Änderung

aa) Änderung von Satz 2: Die Aufklärung muss mündlich erfolgen; ergänzend ist dem Patienten qualitätsgesichertes und laienverständliches Informationsmaterial auszuhandigen.

ab) Ergänzung eines neuen Satzes 3: Die Erstellung dieser Unterlagen obliegt einzig dem G-BA bzw. vom G-BA damit beauftragter Institutionen.

ac) Ergänzung eines Satzes 5 am Ende des Absatzes: „Der Arzt hat unmittelbar nach der Aufklärung des Patienten über dessen Zweitmeinungsanspruch die jeweilige Krankenkasse in geeigneter Weise und Umfang zu informieren.“

ad) Ergänzung eines neuen Absatzes 6: Die Krankenkasse darf ihre Versicherten im begründeten Bedarfsfall sowie nach Information gemäß § 27b Absatz 5 SGB V gezielt über Zweitmeinungsangebote informieren.

b) Begründung

zu aa) Das Arzt-Patient-Gespräch ist typischerweise geprägt von einem deutlichen Informationsgefälle sowie von Informationsverlusten, die wiederum dem besonderen Charakter des Gesprächs geschuldet sind. Um allen Patienten unabhängig von deren Bildungs- und Informationsstand die Bedeutung einer zweiten ärztlichen Meinung vermitteln zu können, ist verständliches Textmaterial als Handreichung unverzichtbar.

zu ab) Sämtliche Unterlagen in Textform müssen den aktuellen medizinischen Wissensstand widerspiegeln und sie müssen unabhängig sein. Diesen Ansprüchen würde es zuwiderlaufen, wären die Autoren solcher Texte beliebig. Eine nur beispielhafte Nennung der Information über die Anforderungen des G-BA nach Absatz 2 in der Begründung des Gesetzentwurfs ist daher nicht ausreichend.

zu ac) Um Versicherte im Bedarfsfall über geeignete eigene Zweitmeinungsangebote informieren zu können, benötigt die Krankenkasse eine zügige Information durch den erstbehandelnden bzw. erstaufklärenden Arzt.

zu ad) Die aktive Information des versicherten Patienten durch die Krankenkasse braucht eine explizite Rechtsgrundlage.

Nr. 6

§ 39 Entlassmanagement (NEU Absatz 1a in § 39 Krankenhausbehandlung)

§ 39 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden die Sätze 4 bis 6 gestrichen.

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. § 11 Absatz 4 Satz 4 gilt. Das Krankenhaus kann mit Leistungserbringern nach § 95 Absatz 1 Satz 1 vereinbaren, dass diese Aufgaben des Entlassmanagements wahrnehmen. Der Versicherte hat gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements nach Satz 1. Soweit dies für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist, können die Krankenhäuser die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 genannten Leistungen verordnen; hierfür gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. Bei der Verordnung von Arzneimitteln können Krankenhäuser die jeweils kleinste Packung gemäß der Packungsgrößenverordnung verordnen; im Übrigen können die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 genannten Leistungen für die Versorgung in einem Zeitraum von bis zu 7 Tagen verordnet werden. Das Nähere zu den Sätzen 1 bis 5, insbesondere zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den Krankenkassen und zur Ausgestaltung des Ordnungsrechts nach den Sätzen 4 und 5, regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft bis zum 31. Dezember 2015 in einem Rahmenvertrag; § 118a Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend; kommt eine Vereinbarung nicht zustande, kann auch das Bundesministerium für Gesundheit das Schiedsamt anrufen. Das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen.“

a) Gewünschte Änderung

aa) Streichen des § 39 Abs. 1a S. 5 erster Halbsatz und Ersetzung durch folgende Formulierung: „Bei der Entlassung von Patienten nach stationärer oder ambulanter Behandlung im Krankenhaus ist die zur Überbrückung benötigte Menge an Arzneimitteln abzugeben, wenn im unmittelbaren Anschluss an die Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt.“

ab) § 137 Absatz 3 SGB V: Einfügen einer neuen Nr. 4 nach Nr. 3 (die bisherige Nr. 4 wird dadurch zu Nr. 5; das Wort „und“ am Ende von Nr. 3 ist zu streichen): „4. Grundsätze für ein Entlassmanagement“

b) Begründung

zu aa) Die bessere Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Sektor und die lückenlose Versorgung der Versicherten beim Übergang von der stationären in die am-

bulante Versorgung durch Anpassung der Rahmenbedingungen des Krankenhaus-Entlassmanagements sind zu begrüßen.

Die Krankenhäuser sollen gemäß § 39 Abs. 1a S. 5 im Rahmen des Entlassmanagement Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, Krankenhausbehandlung, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie verordnen können. Hierfür sollen die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung gelten. Bei der Verordnung von Arzneimitteln können Krankenhäuser die jeweils kleinste Packung gemäß der Packungsgrößenverordnung verordnen.

Die Verordnung von Arzneimitteln im Rahmen des Entlassmanagements unterliegt damit den ambulanten Rahmenbedingungen für die die Voraussetzungen, nämlich die Ausgestaltung des Ordnungsrechts, sowie die Vergabe von Arztnummern und der Verwendung des Musters 16 in einem Rahmenvertrag zwischen Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft bis zum 31. Dezember 2015 zu schaffen wären.

Die Verwendung des Musters 16 für die Arzneimittelverordnungen führt zu einer Belieferung durch die öffentliche Apotheke. Dieses kann wiederum Versorgungsprobleme hervorrufen, nämlich dann, wenn die Entlassung des Patienten im Zusammenhang mit Feiertagen oder Wochenenden steht. Nicht in jedem Fall wäre eine unmittelbare Versorgung des Patienten gewährleistet.

Um dieses mögliche Versorgungsproblem zu umgehen, ist im Apothekengesetz bereits eine weitgefaste Regelung zur Überbrückung von Wochenenden und Feiertagen durch die Mitgabe von Arzneimitteln durch das Krankenhaus vorgesehen. In § 14 Abs. 7 S. 3 Apothekengesetz heißt es: „Bei der Entlassung von Patienten nach stationärer oder ambulanter Behandlung im Krankenhaus darf an diese die zur Überbrückung benötigte Menge an Arzneimitteln nur abgegeben werden, wenn im unmittelbaren Anschluss an die Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt.“

Diese „Kann-Bestimmung“ sollte im § 39 Abs. 1a S. 5 SGB V in eine verpflichtende Regelung umgewandelt werden, um ein professionelles unmittelbares Arzneimittel-Entlassmanagement zu gewährleisten.

zu ab) Viele Krankenhäuser, insbesondere deren soziale Dienste, bieten ihren Patienten bereits ein Entlassmanagement an. Nach Auffassung der betrieblichen Krankenversicherung ist es erforderlich, diese Leistung stärker zu institutionalisieren und gleichzeitig die Qualität des Entlassmanagements insgesamt zu verbessern. Dazu sollte der G-BA im Rahmen der Qualitätssicherung definieren, was unter einem Entlass- bzw. Überleitungsmanagement zu verstehen ist und welche strukturellen (Mindest-)Anforderungen die Krankenhäuser erfüllen müssen.

Als wichtiges Entscheidungskriterium für die Wahl der stationären Einrichtung ist das angebotene Entlass- bzw. Fallmanagement der Krankenhäuser ab sofort in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser in seiner konkreten Ausführung (z.B. Qualifikation des eingesetzten Personals) transparent und laienverständlich darzulegen.

Nr. 7

§ 40 (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation)

§ 40 wird wie folgt geändert:

- a) *In Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „mit der kein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht,“ gestrichen.*
- b) *In Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort „Einzelfalls“ die Wörter „unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten nach § 9 des Neunten Buches“ eingefügt.*

a) Gewünschte Änderung

zu a) und b) keine

b) Begründung

Die Betriebskrankenkassen bekennen sich zum Wunsch- und Wahlrecht und begrüßen die geplanten gesetzlichen Änderungen. Insbesondere die Änderung zu a) bewerten die Betriebskrankenkassen als nun eindeutig im Sinne der Rechtssicherheit. Sie erweitert die Wahlmöglichkeiten für die Versicherten nun ausdrücklich auf alle zertifizierten Rehabilitationseinrichtungen. Die derzeitige Norm besagt, dass Versicherte eine andere zertifizierte Rehabilitationseinrichtung, mit der kein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, wählen können, dadurch möglicherweise entstehende Mehrkosten jedoch selbst zu tragen haben. Diese Regelung führte in der Vergangenheit bei Krankenkassen und Versicherten zu unterschiedlichen Rechtsauffassungen und mündete mit Urteil des Bundessozialgerichts vom 7. Mai 2013 (Az.: B 1 KR 12/12 R, B 1 KR 53/12 R) darin, dass Versicherte derzeit nur zertifizierte Rehabilitationseinrichtungen ohne Versorgungsvertrag nach § 111 wählen dürfen, nicht aber kostenaufwändigere Einrichtungen mit Versorgungsvertrag.

Nr. 8

§ 44 (Krankengeld)

In § 44 wird nach Absatz 3 folgender Absatz 4 angefügt:

„Versicherte haben Anspruch auf eine umfassende Prüfung, individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse, welche Leistungen und unterstützenden Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind. Die Krankenkasse darf die dazu erforderlichen personenbezogenen Daten nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erheben, verarbeiten und nutzen.“

a) Gewünschte Änderung

Erweiterung des § 11 SGB V um einen Absatz 5, der wie folgt lautet:

„ (5) Versicherte haben Anspruch auf eine umfassende und individuelle Beratung und Hilfestellung im Zusammenhang mit Leistungen nach dem SGB V, insbesondere zur Sicherung des Behandlungserfolges und der Behandlungssicherheit. Die Krankenkasse darf die dazu erforderlichen personenbezogenen Daten erheben, verarbeiten und nutzen, es sei denn, der Versicherte widerspricht.“

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

Änderung des § 44: „Versicherte haben Anspruch auf eine Prüfung durch die Krankenkassen, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit erforderlich sind sowie auf entsprechend individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen. Die Krankenkasse darf die dazu erforderlichen personenbezogenen Daten erheben, verarbeiten und nutzen, es sei denn, der Versicherte widerspricht.“

§ 275 Abs. 1a Satz 4 SGB V wird wie folgt ergänzt:

„Die Krankenkasse kann von einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes absehen, wenn sich die medizinischen Voraussetzungen der Arbeitsunfähigkeit eindeutig aus den der Krankenkasse vorliegenden *oder von ihr angeforderten* ärztlichen Unterlagen ergeben.“

§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 SGB V wird wie folgt erweitert:

„oder die Prüfung der Notwendigkeit der Beteiligung des Medizinischen Dienstes“

In § 284 Abs. 1 wird folgender Satz 2 neu eingefügt:

„Die Befugnisse nach Satz 1 gelten unbeschadet der Aufgaben des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung.“

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

In § 284 Abs. 1 Satz 1 SGB V wird die Nr. 15 angefügt:

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

In § 284 Abs. 1 SGB V werden die Sätze 3 und 4 um die neue Nummer 15 ergänzt.

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

b) Begründung

Diese Vorschrift ist von Ihrem Grundgedanken zu begrüßen.

Nach § 11 Abs. 4 SGB V haben „Versicherte [...] Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche...“. Die dazu zwingend notwendige proaktive Beratungsrolle der Krankenkassen ist jedoch nicht explizit formuliert. Dies führt bei der Umsetzung weitergehender Beratungsangebote zu den beschriebenen Schwierigkeiten.

Die gesetzlichen Krankenkassen sollten daher ausdrücklich legitimiert werden, bezüglich der im SGB V definierten Leistungen eine aktive, individuelle Kommunikation zu ihren Versicherten aufnehmen zu können, die im Sinne des § 1 SGB V zur Erhaltung, Wiederherstellung oder Verbesserung des Gesundheitszustandes beiträgt. Dabei ist sicherzustellen, dass das Beratungsangebot der Krankenkassen für die Versicherten freiwillig ist und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen einzuhalten sind.

Der Gesetzgeber schafft nun für die Krankenkassen eine gesetzliche Legitimation, um das Fallmanagement für ihre Versicherten bei der Wiederherstellung der Arbeitsunfähigkeit durchführen zu können, und der Versicherte hat nun auch einen „verbrieften“ Anspruch auf alle Maßnahmen, die darauf abgerichtet sind, die Arbeitsfähigkeit wieder herzustellen. Schwierig zu definieren ist eine „umfassende“ Prüfung, daher ist diese Aussage zu streichen.

Die Krankenkassen sollten grundsätzlich die Möglichkeit erhalten, die Daten der betroffenen Personen zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, wenn dies im Interesse des Versicherten geschieht. Daher ist die Einschränkung des zweiten Satzes in Frage zu stellen. Vielmehr sollte die Datennutzung grundsätzlich seitens der Krankenkasse möglich sein, solange der Versicherte dieser nicht widerspricht und sein Veto einlegt. Diese Auffassung entspricht auch der aktuellen Rechtslage und der gängigen Praxis, wonach eine Krankenkasse regelmäßig auch medizinische Daten erheben muss, um Leistungsentscheidungen - auf den individuellen Sachverhalt bezogen - treffen zu können. Gesetzlich ist dies bereits in § 284 SGB V verankert.

Zudem konterkariert Absatz 4, Satz 2 die Verpflichtung der Krankenkassen nach § 17 SGB I zur zügigen Leistungsgewährung und hat unter Umständen erhebliche negative Auswirkungen für die Versicherten, z. B. wegen einer Unsicherheit über den Leistungs-

anspruch, verspäteter Leistungsgewährung oder Einleitung von Maßnahmen und einer verzögerten kassenseitigen Beratungsfähigkeit.

Nr. 13

§ 71 (Beitragssatzstabilität)

a) Absatz 4 Satz 2 und 4 wird aufgehoben.

b) In Absatz 5 wird die Angabe „, 73c“ gestrichen und wird das Wort „vorzulegen“ durch die Wörter „zu übermitteln, soweit diese nicht die Aufsicht über die vertragsschließende Krankenkasse führen“ ersetzt.

a) Gewünschte Änderung

a) und b) keine Änderung

b) Begründung

Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt.

c) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

„ Wird durch einen der in den §§ 73b und 140a genannten Verträge das Recht erheblich verletzt, kann die Aufsichtsbehörde abweichend von § 89 Absatz 1 des Vierten Buches alle Anordnungen treffen, die für eine sofortige Behebung der Rechtsverletzung geeignet und erforderlich sind. Sie kann gegenüber der Krankenkasse insbesondere anordnen, den Vertrag dafür zu ändern oder aufzuheben. Die Krankenkasse kann im Fall der Anordnung einer Vertragsänderung oder Vertragsaufhebung den Vertrag auch außerordentlich kündigen. Besteht die Gefahr eines schweren, nicht wieder gutzumachenden Schadens für die Belange der Versicherten oder für den Wettbewerb der Krankenkassen, kann die Aufsichtsbehörde einstweilige Maßnahmen anordnen. Ein Zwangsgeld kann bis zu einer Höhe von 10 Millionen Euro zugunsten des Gesundheitsfonds nach § 271 festgesetzt werden. Soweit ein berechtigtes Interesse besteht, kann die Aufsichtsbehörde eine erhebliche Rechtsverletzung auch feststellen, nachdem diese beendet ist. Rechtsbehelfe gegen Anordnungen nach den Sätzen 1 bis 4 haben keine aufschiebende Wirkung.“

a) Gewünschte Änderung

Streichung der Sätze 4 bis 6.

b) Begründung

Die bisherigen Rechte des Aufsichtshandelns reichen vollständig im Falle von Rechtsverletzungen aus. Darüber hinaus besteht Rechtsunsicherheit aufgrund der ungewissen Auslegungsinterpretation eines „erheblichen Rechtsverstoßes“ und bei dem „nicht wieder gut zumachenden Schaden für die Belange der Versicherten“. Diese Rechtsunsicherheit wird zukünftig nicht die Implementierung von innovativen selektiven Versorgungsformen fördern. Zudem besteht eine Wettbewerbsverzerrung durch die unterschiedliche Aufsichtspraxis von Bundes- und Landesaufsichten. Des Weiteren bleibt gemäß § 71 Abs. 4 die allgemein staatliche Aufsicht über die Krankenkassen

nach §§ 87ff. SGB IV unberührt. Sanktionsmöglichkeiten bleiben entsprechend der
jetzt schon bestehenden rechtlichen Möglichkeiten der Aufsichtsinstanzen bestehen. Darüber
hinaus gehende Regelungen sind überflüssig und unangemessen.

Nr. 14

§ 73 (Kassenärztliche Versorgung)

§ 73 wird wie folgt geändert:

- a) *In Absatz 2 Satz 1 Nummer 12 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 13 angefügt:*

„13. Zweitmeinung nach § 27b.“

- b) *Dem Absatz 8 werden folgende Sätze angefügt:*

„Für die Verordnung von Heilmitteln dürfen Vertragsärzte ab dem 1. August 2016 nur solche elektronischen Programme nutzen, die die Informationen der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 in Verbindung mit § 92 Absatz 6 enthalten und von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen sind. Das Nähere ist in den Verträgen nach § 83 Absatz 1 bis zum 31. Juli 2016 zu vereinbaren.“

a) **Gewünschte Änderung**

Dem Absatz 8 (neu) wird folgender Satz angefügt:

„Die elektronischen Programme für die Verordnung von Arzneimitteln sind 14-tägig, jeweils zum 1. und 15. des Monats zu aktualisieren.“

b) **Begründung**

Gemäß § 73 Absatz 8 SGB V dürfen die Vertragsärzte für die Verordnung von Arzneimitteln nur solche elektronischen Programme nutzen, die die Informationen nach den Sätzen 2 und 3 des Abs. 8 sowie über das Vorliegen von Rabattverträgen nach § 130a Abs. 8 enthalten und die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen sind. Für Heilmittel sollen Vertragsärzte neu ab dem 1. August 2016 für die Verordnung von Heilmitteln nur solche elektronischen Programme nutzen dürfen, die die Informationen der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 in Verbindung mit § 92 Absatz 6 enthalten.

Dieses ist zu begrüßen, sofern die Kassenärztliche Bundesvereinigung dabei sicherstellt, dass die zertifizierte Software auch nur in dem vorgegebenen Rahmen von den Vertragsärzten genutzt werden darf und Veränderungen an der Software nach der Zertifizierung ausgeschlossen sind.

Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass die Software regelmäßig in marktüblichen Zyklen erneuert wird. Insbesondere bei der Verordnung von Arzneimitteln wäre eine Aktualisierung der Datenbankinhalte analog der Aktualisierungen in den Apotheken erforderlich (14-tägig). Pharmazeutische Unternehmer sind verpflichtet, die Preis- und Produktdaten ihrer Arzneimittel bereit zu stellen. Die Datenpflichten der pharmazeutischen Unternehmer sind in einem Rahmenvertrag nach § 131 SGB V zwischen GKV-

Spitzenverband und den Verbänden der pharmazeutischen Unternehmer näher konkretisiert. In diesem Rahmenvertrag ist eine Bereitstellung der Daten zu den jeweiligen Veröffentlichungsterminen des 1. und 15. eines Monats geregelt. Daher wäre auch in den elektronischen Programmen der Vertragsärzte eine 14-tägige Aktualisierung, jeweils zum 1. und 15. des Monats erforderlich.

Nr. 16

§ 73b (Hausarztzentrierte Versorgung)

§ 73b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 7 werden die Wörter „ihren Satzungen“ durch die Wörter „den Teilnahmeerklärungen“ ersetzt.

bb) In dem Satz 8 werden nach dem Wort „Satzung“ die Wörter „der Krankenkasse“ eingefügt und wird das Wort „auch“ gestrichen.

b) Absatz 5 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Verträge können auch Abweichendes von den im Dritten Kapitel benannten Leistungen beinhalten, soweit sie die in § 11 Absatz 6 genannten Leistungen, Leistungen nach den §§ 20d, 25, 26, 37a und 37b sowie ärztliche Leistungen einschließlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden betreffen, soweit der gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat; es dürfen auch Vereinbarungen, die allein die Organisation der Versorgung betreffen, getroffen werden.“

a) Gewünschte Änderung

Die Leistungserweiterung in § 73b, Absatz 5, Satz 3 ist zu streichen.

b) Begründung

Die im Kommentar angeführte Begründung für die Leistungsausweitung, nämlich wettbewerbliche Leistungsausweitung, steht im Widerspruch zu der Verpflichtung der Kassen, diese Verträge abschließen zu müssen. Zudem stellt sich die Frage der Refinanzierung der zusätzlichen Leistungen, da es sich um keine Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung handelt und diese sich somit nicht über eine entsprechende Bereinigung der Morbiditätsorientierten Gesamtvergütung refinanzieren lassen.

c) Absatz 7 wird wie folgt gefasst:

„(7) Die Vertragspartner der Gesamtverträge haben den Behandlungsbedarf nach § 87a Absatz 3 Satz 2 zu bereinigen. Die Bereinigung erfolgt rechtzeitig zum vertraglich geregelten Zeitpunkt des Beginns der hausarztzentrierten Versorgung entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der vorab eingeschriebenen Versicherten sowie dem vertraglich vereinbarten Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach § 87a Absatz 5 Satz 7. Kommt eine rechtzeitige Einigung über die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nicht zustande, können auch die Vertragspartner der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung das Schied-

samt nach § 89 anrufen. Die für die Bereinigungsverfahren erforderlichen arzt- und versichertenbezogenen Daten übermitteln die Krankenkassen den zuständigen Gesamtvertragspartnern bis spätestens drei Wochen vor dem Kalendervierteljahr, in dem die hausarztzentrierte Versorgung beginnt. Die Krankenkasse kann zum vertraglich geregelten Zeitpunkt des Beginns der hausarztzentrierten Versorgung und falls eine rechtzeitige Bereinigung nicht festgesetzt worden ist, den Behandlungsbedarf unter Beachtung der Maßgaben nach Satz 2 vorläufig bereinigen. Sie kann auch die Anerkennung und Umsetzung des geltenden Bereinigungsverfahrens von weiteren Kassenärztlichen Vereinigungen verlangen, falls in deren Bezirken nur wenige Versicherte ihren Wohnsitz haben und der Bereinigungsbetrag gering ist.“

a) Gewünschte Änderung

ca) Nach Satz 2 werden zwei folgende neue Sätze eingefügt:

„Die Bereinigung hat nach einem bundesweit einheitlichen Verfahren zu erfolgen und ist bundesweit einheitlich anzuwenden. Dabei können die Bereinigungsbeträge unter Beachtung von Satz 1 auch pauschaliert ermittelt werden.“

cb) Änderung des Satz 3:

„Kommt eine rechtzeitige Einigung über die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nicht zustande, können Krankenkassen, die Vertragspartner der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung sind, das Schiedsamt nach § 89 anrufen.“

cc) Nach dem letzten Satz 9 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die zur Bereinigung erforderlichen Vorgaben im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben umzusetzen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind nicht berechtigt, für die Durchführung des Bereinigungsverfahrens Kosten oder Gebühren gegenüber den Krankenkassen oder den teilnehmenden selektivvertraglichen Leistungserbringern zu erheben.“

b) Begründung

ca) Um den bürokratischen Aufwand der Bereinigungsverfahren weiter zu minimieren, schlagen wir ein bundesweit verbindliches einheitliches Verfahren der Bereinigung vor. Bisher ist es auf Landesebene gemäß den entsprechenden Beschlüssen des Bewertungsausschusses möglich von den jeweiligen Beschlüssen des Bewertungsausschusses abzuweichen. Diese Möglichkeit führt dazu, dass die Bereinigungsverfahren in den 17 KV-Bezirken unterschiedlich umgesetzt werden. Mit einer verbindlichen Vorgabe des Bewertungsausschusses werden somit administrative Kosten eingespart. Zur weiteren Vereinfachung der Bereinigungsverfahren wird explizit die Option eröffnet, pauschale Bereinigungsverfahren zu vereinbaren.

cb) Die Anrufungsmöglichkeit des Schiedsamtes auch durch die Leistungserbringer ist nicht sachgerecht und ordnungspolitisch falsch. Die Bereinigung betrifft ausschließlich das Vertragsverhältnis zwischen Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung und sollte von diesen umgesetzt werden.

cc) Die Grundlage für die Vereinbarung zur Anpassung des Behandlungsbedarfs ist der vereinbarte und bereinigte Behandlungsbedarf. Mit der neu angefügten Formulierung wird klargestellt, dass die Durchführung des Bereinigungsverfahrens zu den gesetzlichen Aufgaben einer Kassenärztlichen Vereinigung zählt und keine Kosten oder Gebüh-

ren gegenüber den Krankenkassen oder teilnehmenden Leistungserbringern erhoben werden dürfen.

d) Absatz 9 wird wie folgt gefasst:

„Der Aufsichtsbehörde ist die Einhaltung der nach Absatz 5 Satz 1 vereinbarten Wirtschaftlichkeitskriterien vier Jahre nach Wirksamwerden des Vertrages nachzuweisen.“

Nr. 17.

§ 73c (Besondere ambulante ärztliche Versorgung)

§ 73c wird aufgehoben.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung, aber Bestandsschutz für bestehende Verträge muss gewährleistet sein.

b) Begründung

Ein Bestandsschutz ist notwendig, um Rechtssicherheit zu gewährleisten.

Nr. 18

§ 75 (Inhalt und Umfang der Sicherstellung)

§ 75 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 2 bis 4 werden aufgehoben.
- b) Nach Absatz 1 werden folgende Absätze 1a und 1b eingefügt:

„(1a) Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung. Hierzu haben die Kassenärztlichen Vereinigungen bis zum [einsetzen: Datum 6 Monate nach Verkündung] Terminservicestellen einzurichten; die Terminservicestellen können in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen betrieben werden. Die Terminservicestelle hat Versicherten bei Vorliegen einer Überweisung zu einem Facharzt innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 zu vermitteln; einer Überweisung bedarf es nicht, wenn ein Behandlungstermin bei einem Augenarzt, Frauenarzt oder einem Kinderarzt zu vermitteln ist. Die Wartezeit auf den zu vermittelnden Behandlungstermin darf vier Wochen nicht überschreiten. Die Entfernung zwischen Wohnort des Versicherten und dem vermittelten Facharzt muss zumutbar sein. Kann die Terminservicestelle keinen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 innerhalb der Frist nach Satz 4 vermitteln, hat sie einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten, es sei denn, eine Behandlung innerhalb der Frist nach Satz 4 ist aus medizinischen Gründen nicht erforderlich; Satz 3 bis 5 gilt entsprechend. Ist eine Behandlung des Versicherten innerhalb der Frist nach Satz 4 aus medizinischen Gründen nicht erforderlich, hat die Terminservicestelle einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 in einer angemessenen Frist zu vermitteln. Im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 sind bis zum [einsetzen: Datum 3 Monate nach Verkündung] insbesondere Regelungen, zu treffen

1. *zum Nachweis des Vorliegens einer Überweisung,*
2. *zur zumutbaren Entfernung nach Satz 5, differenziert nach Arztgruppen,*
3. *in welchen Fällen kein medizinisch begründeter Fall nach Satz 6 vorliegt,*
4. *zur Notwendigkeit weiterer Behandlungen nach § 76 Absatz 1a Satz 2.*

Im Bundesmantelvertrag können zudem ergänzende Regelungen insbesondere zu weiteren Ausnahmen von der Notwendigkeit des Vorliegens einer Überweisung

getroffen werden. Die Sätze 2 bis 9 gelten nicht für eine psychotherapeutische Behandlung nach § 28 Absatz 3.“

a) Gewünschte Änderung

Absatz 1a ist folgendermaßen zu ändern:

in Satz 2, zweiter Halbsatz werden die Wörter: *„die Terminservicestellen können in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen betrieben werden.“* gestrichen.

b) Begründung

Eine Übertragung der Terminvermittlung an die Kassenärztlichen Vereinigungen ist sachgerecht, da diese den Sicherstellungsauftrag innehaben. Die eröffnete Möglichkeit der Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen hingegen ist nicht sachgerecht. Die Landesverbände besitzen selbst keinen direkten Versichertenkontakt. Die Beteiligung an Aufbau und Betrieb einer Terminservicestelle würde daher den Aufbau entsprechender Strukturen und Personal nach sich ziehen. Insgesamt ist zu beachten, dass keinerlei Mehrkosten für die Krankenkassen entstehen dürfen. Da der Betrieb der Servicestellen zum Umfang des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen gehört, ist klarzustellen, dass keine gesonderte finanzielle Beteiligung als konkrete Ausgestaltung der Kooperationsmöglichkeit von den Kassenärztlichen Vereinigungen gefordert werden kann.

„(1b) Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst), nicht jedoch die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen den Notdienst auch durch Kooperation und eine organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern sicherstellen. Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende zugelassene Krankenhäuser und Ärzte, die aufgrund einer Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung in den Notdienst einbezogen sind, sind zur Leistungserbringung im Rahmen des Notdienstes berechtigt und nehmen zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen mit den Landesapothekerkammern in einen Informationsaustausch über die Organisation des Notdienstes treten, um die Versorgung der Versicherten im Notdienst zu verbessern. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen mit den Rettungsleitstellen der Länder kooperieren.“

a) Gewünschte Änderung

keine

b) Begründung

Um Versicherten, die außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten den vertragsärztlichen Notdienstes in Anspruch nehmen müssen, die Besorgung eventuell erforderlicher Arzneimittel zu erleichtern, wird mit dem neuen Satz 4 ein Informationsaustausch zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den für die Einteilung der Apotheken

zur Dienstbereitschaft im Notdienst zuständigen Behörden (Landesapothekerkammern) vorgesehen. Hierdurch soll die Versorgung der Patientinnen und Patienten im Notdienst weiter verbessert werden.

Die Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen der ambulanten Notfallversorgung wird begrüßt.

Nr. 19

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

Nach § 75 wird folgender § 75a eingefügt:

„§ 75a

Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen sind zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung verpflichtet, die allgemeinmedizinische Weiterbildung in den Praxen zugelassener Ärzte und zugelassener medizinischer Versorgungszentren zu fördern. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen tragen die Kosten der Förderung für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin im ambulanten Bereich je zur Hälfte. Die Zuschüsse der Krankenkassen werden außerhalb der Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung gewährt. Die Förderung ist von der Weiterbildungsstelle auf die im Krankenhaus übliche Vergütung anzuheben und an den Weiterzubildenden in voller Höhe auszusahlen.

(2) Die Krankenkassen sind zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung auch verpflichtet, die allgemeinmedizinische Weiterbildung in zugelassenen Krankenhäusern und in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, zu fördern. In Krankenhäusern können nur bisher bestehende und in eigenständige Weiterbildungsstellen für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin umgewandelte Stellen bezuschusst werden. Die Zuschüsse der Krankenkassen werden außerhalb der mit den Krankenhäusern vereinbarten Budgets gewährt.

(3) Die Anzahl der zu fördernden Stellen soll bundesweit insgesamt mindestens 7.500 betragen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen dürfen die Anzahl der zu fördernden Weiterbildungsstellen nicht begrenzen.

(4) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbart mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft bis zum [einsetzen: Datum drei Monate nach Inkrafttreten] das Nähere über den Umfang und die Durchführung der finanziellen Förderung nach Absatz 1 bis 3. Sie haben insbesondere Vereinbarungen zu treffen über

- 1. die Höhe der finanziellen Förderung,*
- 2. die Sicherstellung einer durchgängigen Förderung auch bei einem Wechsel in eine andere Weiterbildungsstelle in einem Bezirk einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung,*

3. *die Verteilung der zu fördernden Stellen auf die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie*
4. *ein finanzielles Ausgleichsverfahren, wenn in einem Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung mehr oder weniger Weiterbildungsstellen gefördert werden, als nach Nummer 3 vorgesehen sind.*

Mit der Bundesärztekammer ist das Benehmen herzustellen.

(5) Die Höhe der finanziellen Beteiligung der Krankenkassen an den Kosten der Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung vermindert sich um den von den privaten Krankenversicherungsunternehmen gezahlten Betrag. Über die Verträge nach Absatz 4 ist das Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung anzustreben.

(6) Die nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 zu vereinbarende Höhe der finanziellen Förderung ist so zu bemessen, dass die Weiterzubildenden in allen Weiterbildungseinrichtungen nach Absatz 1 und 2 eine angemessene Vergütung erhalten. In Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für den Bereich der hausärztlichen Versorgung eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 Satz 1 getroffen hat, soll eine höhere finanzielle Förderung vorgesehen werden.

(7) In den Verträgen nach Absatz 4 kann auch vereinbart werden, dass

1. *die Fördermittel durch eine zentrale Stelle auf Landes- oder Bundesebene verwaltet werden,*
2. *eine finanzielle Beteiligung an regionalen Projekten zur Förderung der Allgemeinmedizin erfolgt,*
3. *in einem Förderungszeitraum nicht abgerufene Fördermittel in den darauf folgenden Förderzeitraum übertragen sowie überregional und unabhängig von der Art der Weiterbildungseinrichtung bereitgestellt werden.*

(8) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können zur Erfüllung der in Absatz 1 genannten Aufgaben kooperieren oder eine Kassenärztliche Vereinigung mit der Durchführung der Aufgaben nach Absatz 1 beauftragen.“

a) Gewünschte Änderung

aa) Einfügen einer Nummer 5 in Absatz 4:

„5. eine begleitende Evaluation zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin, insbesondere über die Anzahl der Weiterzubildenden, der Nachweis über die Nutzung der Fördermittel, die Anzahl der erfolgreichen Facharztweiterbildungen und die Darstellung des Verbleibs der Geförderten nach Abschluss der Weiterbildung.“

ab) Ergänzung um einen Absatz 9:

„Die Evaluationsergebnisse sind jährlich, erstmals zum 31.10.2017 zu veröffentlichen und in einem Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit zu übermitteln.

b) Begründung

aa) Ziel der stärkeren und verlässlicheren Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin ist die Sicherung der hausärztlichen Versorgung. Zur Überprüfung der Zielerreichung ist eine begleitende Evaluation zwingend erforderlich.

ab) Eine Finanzierung versicherungsfremder Leistungen durch die Solidargemeinschaft muss sicherstellen, dass die finanziellen Mittel zweckgerichtet zur Anwendung kommen. Über das Ergebnis der Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin ist das Bundesministerium für Gesundheit zu informieren.

Nr. 23

§ 84 (Arznei- und Heilmittelvereinbarung; Richtgrößen)

- „a) In der Überschrift wird das Semikolon und das Wort „Richtgrößen“ gestrichen.
- b) Absatz 6 wird aufgehoben.
- c) Absatz 7 wird Absatz 6.
- d) Im neuen Absatz 6 werden die Sätze 4 bis 6 aufgehoben.
- e) Absatz 8 wird Absatz 7.
- f) Der neue Absatz 7 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird die Angabe „7“ durch die Angabe „6“ ersetzt.
 - bb) Die Sätze 3 bis 6 werden aufgehoben.
- g) Absatz 9 wird Absatz 8.“

a) Gewünschte Änderung

Artikel 18 Versorgungsstärkungsgesetz Absatz 4 wird wie folgt geändert:

Artikel 1 Nummer 23, Artikel 2 und Artikel 17 treten am 01.01.2017 in Kraft

b) Begründung

Die beabsichtigte Ersetzung der bisherigen Richtgrößenprüfung durch regionale Vereinbarungen (hierzu § 106b neu) führt dazu, dass die nach § 84 Absatz 6 zu schließenden regionalen Vereinbarungen über Richtgrößenvolumina künftig nicht mehr erforderlich sind. Für den Heilmittelbereich sind darüber hinaus keine bundesweiten Praxisbesonderheiten mehr zu regeln, so dass auch § 84 Absatz 8 Satz 3-6 entfallen kann. Beides ist zu begrüßen. Insbesondere im Heilmittelbereich stellt sich die Richtgrößenprüfung in Kombination mit der Berücksichtigung bundesweiter Praxisbesonderheiten sowie den Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf als unzureichendes Instrument zur Sicherung einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung dar.

Problematisch ist jedoch, dass nach dem bisherigen Entwurf die Neuregelung des § 84 bereits vor dem Wegfall der Richtgrößenprüfung (01.01.2017) in Kraft treten soll. Dies führt dazu, dass bereits für das Jahr 2016 mangels Rechtsgrundlage keine Richtgrößenvereinbarungen mehr geschlossen werden, obwohl der Gesetzesbegründung zu Teil 1 Nr. 23 zu entnehmen ist, dass eine Vereinbarung eines Richtgrößenvolumens erst für das Jahr 2017 entbehrlich sei. Demnach wäre fraglich, auf welcher Grundlage Wirtschaftlichkeitsprüfungen für das Verordnungsjahr 2016 durchgeführt werden sollen. Damit beim Übergang zwischen alter und neuer Rechtslage keine Lücken in der Wirtschaftlichkeitsprüfung entstehen, sollte die Neufassung des § 84 zeitgleich mit der Neufassung des § 106 erst zum 01.01.2017 in Kraft treten. Dann entstünde auch kein Widerspruch zu der Weitergeltungsklausel des neuen § 106b Absatz 3, wonach die §§

84, 106, 296 und 297 in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung bis zu einer Vereinbarung nach § 106b Absatz 1 fortgelten sollen. Gemeint ist dabei die aktuelle Fassung des § 84. Diese würde aber bei einem vorgezogenen Inkrafttreten der Neuregelung des § 84 von § 106b Absatz 3 nicht mehr erfasst werden.

Nr. 24

§ 87 (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte)

§ 87 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 wird der Punkt am Ende durch die Wörter „, im ärztlichen Bereich einschließlich der Sachkosten.“ ersetzt.

a) Gewünschte Änderung

keine

b) Begründung

Die Änderung wird begrüßt, da hiermit klargestellt ist, dass das Institut des Bewertungsausschusses als unabhängige Institution an den Bewertungen beteiligt werden kann.

- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 3 werden nach der Angabe „Satz 1“ die Wörter „und die Überprüfung der wirtschaftlichen Aspekte nach Satz 2“ eingefügt und die Wörter „betriebswirtschaftlicher Basis zu ermitteln“ durch die Wörter „in bestimmten Zeitabständen zu aktualisierender betriebswirtschaftlicher Basis durchzuführen“ ersetzt.

- bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Bewertung der Sachkosten kann abweichend von Satz 1 in Eurobeträgen bestimmt werden.“

- c) Absatz 2a wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 3 werden die Wörter „Bis spätestens zum 31. Oktober 2011 ist mit Wirkung zum 1. Januar 2012 eine Regelung zu treffen“ durch die Wörter „Der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen hat eine Regelung zu enthalten“ ersetzt.

- bb) Satz 4 wird aufgehoben.

- cc) In dem neuen Satz 5 wird die Angabe „5“ durch die Angabe „4“ ersetzt und werden nach dem Wort „Versorgungsforschung“ die Wörter „und zur Förderung der Qualität“ eingefügt.

- dd) Folgende Sätze werden angefügt:

„In die Überprüfung nach Absatz 2 Satz 2 ist auch einzubeziehen, in welchem Umfang delegationsfähige Leistungen durch Personen nach § 28 Absatz 1 Satz 2 qualifiziert erbracht und angemessen vergütet werden können; auf dieser Grundlage ist eine Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen bis zum [einsetzen: Datum sechs Monate nach Verkündung] zu beschließen. Bis zum 31. März 2016 ist im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen eine Regelung zu treffen, nach der Leistungen im Rahmen der Einholung der Zweitmeinungen nach § 27b abgerechnet werden können. Sofern drei Monate nach Inkrafttreten der Bestimmungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 27b Absatz 2 keine Regelung im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen getroffen wurde, können Versicherte die Leistungen nach § 27b bei den dafür berechtigten Leistungserbringern im Wege der Kostenerstattung nach § 13 Absatz 1 in Anspruch nehmen. Die Kosten sind von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten. Die Möglichkeit der Inanspruchnahme im Wege der Kostenerstattung nach § 13 Absatz 1 endet, sobald die Regelung nach Satz 9 [neu] in Kraft getreten ist.“

a) Gewünschte Änderung

dd) Absatz 2a wird wie folgt geändert:

In Satz 9 werden die Wörter „Bis zum 31. März 2016“ ersetzt durch die Wörter „Drei Monate nach Inkrafttreten des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den Bestimmungen nach § 27b Abs. 2“ eingefügt.

b) Begründung

zu dd)

Die Bewertung der ärztlichen Leistungen im Rahmen der Einholung der Zweitmeinung ist zwingend zeitlich nachgelagert an die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festzulegenden Bestimmungen nach § 27b Abs. 2 zu knüpfen. Eine Bewertung ärztlicher Leistungen durch den Bewertungsausschuss kann erst erfolgen, wenn die dazu erforderlichen Bestimmungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen worden sind. Die bisherige Formulierung birgt jedoch die Gefahr, dass bei zeitlicher Verzögerung der Beschlussfassung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, dennoch eine Bewertung ohne eine erforderliche Präzisierung von Leistungen durch den Bewertungsausschuss erfolgen muss.

Die Einholung einer Zweitmeinung ist bereits heute vielfach gelebte Praxis. Versicherte nehmen bereits weitere zur vertragsärztlichen Versorgung berechnete Leistungserbringer zur Einholung einer Zweitmeinung in Anspruch. Eine Finanzierung dieser Leistungen erfolgt aus der bestehenden Gesamtvergütung. Insofern ist eine zusätzliche extrabudgetäre Vergütung abzulehnen.

- d) Absatz 2b wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 zweiter Halbsatz werden die Angabe „Satz 6“ durch die Wörter „Satz 7 und 8“ ersetzt und nach dem Wort „telemedizinisch“ die Wörter „oder im Wege der Delegation“ eingefügt.
 - bb) Satz 5 wird aufgehoben.
- e) In Absatz 2c Satz 1 werden die Angabe „Satz 6“ durch die Wörter „Satz 7 oder der Erbringung im Wege der Delegation nach Absatz 2a Satz 8“ eingefügt.
- f) In Absatz 2d Satz 1 werden die Wörter „und Leistungen“ gestrichen.
- g) In Absatz 3f Satz 1 werden die Wörter „§ 73c Absatz 6 Satz 4 sowie § 140d Absatz 1 Satz 3“ durch die Angabe „§ 140a Absatz 5“ ersetzt.
- h) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „über den Bewertungsmaßstab“ gestrichen.

Nach Absatz 5a wird folgender Absatz 5b eingefügt:

„(5b) Der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ist innerhalb von 6 Monaten nach Inkrafttreten der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 in Verbindung mit § 135 Absatz 1 anzupassen. Satz 1 gilt entsprechend für weitere Richtlinienbeschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses, die eine Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen erforderlich machen. In diesem Zusammenhang notwendige Vereinbarungen nach § 135 Absatz 2 sind zeitgleich zu treffen. Für Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses die vor dem [Einsetzen: Tag des Inkrafttretens dieser Regelung] in Kraft getreten sind, gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Frist nach Satz 1 mit dem [Einsetzen: Tag des Inkrafttretens dieser Regelung] beginnt.“

a) Gewünschte Änderung

keine

b) Begründung

Die Regelung wird begrüßt. Hiermit erfolgt eine gesetzliche Klarstellung zur zeitnahen Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 in Verbindung mit § 135 Absatz 1 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM).

Nr. 25

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

§ 87a wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 3 zweiter Halbsatz wird die Angabe „2015“ durch die Angabe „2016“ ersetzt.
- b) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:

„(4a) Über eine mit Wirkung ab dem 1. Januar 2016 einmalige basiswirksame Erhöhung des nach Absatz 4 Satz 1 für das Jahr 2015 angepassten Aufsatzwertes ist in den Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 1 im Jahr 2015 zu verhandeln, wenn die jeweils für das Jahr 2013 und jeweils einschließlich der Bereinigungen zu berechnende durchschnittliche an die Kassenärztliche Vereinigung entrichtete morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung die durchschnittliche an alle Kassenärztlichen Vereinigungen im Bundesgebiet entrichtete morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versicherten unterschreitet. Die Berechnungen nach Satz 1 werden durch das Institut nach § 87 Absatz 3b Satz 1 durchgeführt. Es teilt den Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 und dem Bundesministerium für Gesundheit das Ergebnis bis spätestens zum 15. September 2015 mit. Eine einmalige basiswirksame Erhöhung des Aufsatzwertes ist nur dann zu vereinbaren, wenn in den Verhandlungen nach Satz 1 festgestellt wird, dass der Aufsatzwert im Jahr 2013 unbegründet zu niedrig war. Ob und in welchem Umfang der Aufsatzwert im Jahr 2013 unbegründet zu niedrig war, ist von der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Der Aufsatzwert ist in dem Umfang zu erhöhen, wie der Aufsatzwert im Jahr 2013 unbegründet zu niedrig war. Die durch die vereinbarte Erhöhung des Aufsatzwertes einschließlich der Bereinigungen sich ergebende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versicherten mit Wohnort im Bezirk der betroffenen Kassenärztlichen Vereinigung in 2013 darf die für das Jahr 2013 berechnete durchschnittliche an alle Kassenärztlichen Vereinigungen im Bundesgebiet einschließlich der Bereinigung entrichtete morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versicherten nicht übersteigen. Die Erhöhung erfolgt um einen im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung für alle Krankenkassen einheitlichen Faktor. Die vereinbarte Erhöhung kann auch schrittweise über mehrere Jahre verteilt werden. Die zusätzlichen Mittel sind zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten einzusetzen. Umverteilungen zu Lasten anderer Kassenärztlicher Vereinigungen sind auszuschließen.“

a) Gewünschte Änderung

Der Absatz 4a ist zu streichen.

b) Begründung

Die beabsichtigte gesetzliche Regelung wird abgelehnt. Eine Feststellung von möglichen unbegründeten Unterschieden in den morbiditätsbedingten Gesamtvergütun-

gen auf Basis von bundesdurchschnittlichen Normwerten ist nicht möglich und wäre methodisch falsch. Bestehende Unterschiede sind berechtigt und resultieren u.a. aus der vom Gesetzgeber explizit mit dem GKV-VStG eingeführten Regionalisierung. Die Entwicklung der Aufsatzwerte ist das Ergebnis regionaler Verhandlungen und Einigungen der Gesamtvertragspartner auf Landesebene unter expliziter Berücksichtigung der regionalen Strukturen und Besonderheiten. Dabei ist insbesondere zu beachten, dass die Aufsatzwerte lediglich einen Teil des gesamten Verhandlungsergebnisses widerspiegeln. In die Bildung eines bundesdurchschnittlichen Normwertes gehen somit höchst differente Tatbestände ein, die sich per se nicht für einen direkten Vergleich eignen. Gewachsene regionale Strukturen sind durch die Verhandlungen der Gesamtvertragspartner auf Landesebene ausreichend berücksichtigt. Der Vergleich regionaler unterschiedlich entwickelter Aufsatzwerte mit bundesdurchschnittlichen Normwerten ist unsachgemäß und wird abgelehnt.

Nr. 26

§ 87b (Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung))

§ 87b wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 wird der Punkt am Ende durch die Wörter „; dabei sollen die von fachärztlich tätigen Ärzten erbrachten hausärztlichen Leistungen nicht den hausärztlichen Teil der Gesamtvergütungen und die von hausärztlich tätigen Ärzten erbrachten fachärztlichen Leistungen nicht den fachärztlichen Teil der Gesamtvergütungen mindern.“ ersetzt.
- b) Absatz 2 Satz 2 wird durch folgende Sätze ersetzt:
- c) *„Der Verteilungsmaßstab hat der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen angemessen Rechnung zu tragen. Für Praxisnetze, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen anerkannt sind, müssen gesonderte Vergütungsregelungen vorgesehen werden; für solche Praxisnetze können auch eigene Honorarvolumen als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen nach § 87a Absatz 3 gebildet werden.“*
- d) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Die Kassenärztliche Vereinigung veröffentlicht einmal jährlich in geeigneter Form Informationen über die Grundsätze und Versorgungsziele des Honorarverteilungsmaßstabs.“
- e) In Absatz 4 Satz 2 wird die Angabe „3“ durch die Wörter „4 und zur Durchführung geeigneter Verfahren zur Honorarbereinigung“ ersetzt.

a) Gewünschte Änderung

keine

b) Begründung

zu d)

Die Pflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Veröffentlichung eines Berichts über die Grundsätze und Versorgungsziele der Honorarverteilung wird ausdrücklich begrüßt.

Die wettbewerbsneutrale Ausgestaltung der Vorgaben zur Honorarbereinigung wird begrüßt.

Nr. 28

§ 92 (Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses)

Dem § 92 Absatz 6a wird folgender Satz angefügt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 30. Juni 2016 in den Richtlinien Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung von Gruppentherapien sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens.“

a) Gewünschte Änderung

In § 92 Absatz 6a werden die Wörter „zur Flexibilisierung des Therapieangebotes,“ gestrichen und nach den Wörtern „Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden“ die Wörter „mit dem Ziel einer zeitnahen Indikationsstellung“ eingefügt.

b) Begründung

Grundsätzlich wird der gesetzliche Auftrag zur Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richtlinien, um eine effektivere psychotherapeutische Versorgung zu erreichen, begrüßt.

Die Vorgabe zur Schaffung weiterer Behandlungsmöglichkeiten durch eine Flexibilisierung des Therapieangebots ist zu unkonkret und birgt die Gefahr, dass die Verbindlichkeit begründeter Rahmenvorgaben, insbesondere zur Definition der behandlungsbedürftigen Krankheiten sowie die zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren keine verlässliche Grundlage mehr darstellt und beliebige, weder evidenz- noch qualitätsgesicherte Therapieangebote Eingang in die von der Gesetzliche Krankenversicherung finanzierte psychotherapeutische Krankenbehandlung finden. Dies läuft einer Bündelung von Ressourcen und einem zielgenaueren Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel entgegen.

Damit durch die Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden das Ziel erreicht werden kann, eine kurzfristige Abklärung des Behandlungsbedarfs zu ermöglichen, soll der Auftrag an den G-BA entsprechend konkretisiert werden. Der zeitnahe Zugang zum Psychotherapeuten soll schneller als bisher auf der Basis einer fachgerechten Diagnostik eine Indikationsstellung zur weiteren Versorgung gewährleisten.

Nr. 29

§ 92 (Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses)

Nach § 92 werden die folgenden §§ 92a und 92b eingefügt:

„§ 92a

Innovationsfonds, Grundlagen der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss fördert neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen und hinreichendes Potential aufweisen, in die Regelversorgung überführt zu werden. Gefördert werden insbesondere Vorhaben, die einen sektorenübergreifenden Ansatz enthalten und auf eine Verbesserung der Versorgung oder eine Steigerung der Versorgungseffizienz ausgerichtet sind. Voraussetzung für eine Förderung ist, dass eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Vorhaben erfolgt. Förderfähig sind nur diejenigen Kosten, die dem Grunde nach nicht von den Vergütungssystemen der Regelversorgung umfasst sind. Antragsteller für eine Förderung können Krankenkassen und ihre Verbände, Vertragsärzte, zugelassene medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Kassenärztliche Vereinigungen, und Patientenorganisationen nach § 140f sein. Bei der Antragstellung ist in der Regel eine Krankenkasse zu beteiligen. Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht.

a) Gewünschte Änderung:

Änderungswunsch zu Abs. 1 Satz 6: „Bei der Antragstellung ist immer mindestens eine Krankenkasse zu beteiligen.“

b) Begründung:

Für die die Umsetzung geförderter Projekte ist immer die Beteiligung mindestens einer Krankenkasse notwendig.

(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss fördert Versorgungsforschung, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet ist. Antragsteller für eine Förderung von Versorgungsforschung können universitäre und nichtuniversitäre Forschungseinrichtungen sowie die in Absatz 1 Satz 5 genannten Einrichtungen sein. Für Verträge nach § 140a und nach § 73c in der Fassung der Bekanntmachung vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I, S. 2477), zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. August 2014 (BGBl. I S. 1346) geändert, die vor dem [Datum der Verkündung des Gesetzes] geschlossen wurden, kann auf Antrag der Vertragsparteien eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung gefördert werden, wenn die Vertragsinhalte hinreichendes Potential aufweisen, in die Regelversorgung überführt zu werden. Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht. Die für Ver-

sorgungsforschung zur Verfügung stehenden Mittel können auch für Forschungsvorhaben zur Weiterentwicklung und insbesondere Evaluation der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses eingesetzt werden.

a) Gewünschte Änderung:

Die vorgesehenen Mittel der Versorgungsforschung sollen für die Finanzierung der wissenschaftlichen Bewertung und Evaluation der geförderten Projekte verwendet werden. Grundlage eines Antrages auf Förderung von Versorgungsforschung soll in der Regel ein Versorgungsvertrag zu einem nach Absatz 1 geförderten Projekt mit einer Krankenkasse sein. Darüber hinaus haben Forschungseinrichtungen ein Antragsrecht.

b) Begründung:

Die Mittel für Versorgungsforschung aus dem Innovationsfonds müssen für die Evaluation von geförderten Projekten zur Verfügung stehen. Keinesfalls dürfen staatliche oder öffentliche Aufgaben und Programme aus diesen Mitteln finanziert werden.

(3) Die Fördersumme für neue Versorgungsformen und Versorgungsforschung nach den Absätzen 1 und 2 beträgt ab dem Jahr 2016 jährlich insgesamt 300 Millionen Euro. Sie umfasst auch die für die Verwaltung der Finanzmittel und die Durchführung der Förderung einschließlich der wissenschaftlichen Auswertung nach Absatz 5 notwendigen Aufwendungen. Soweit hierfür bereits im Jahr 2015 Ausgaben anfallen, werden diese aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds getragen; der Betrag nach § 271 Absatz 2 Satz 5 verringert sich für das Jahr 2016 um den im Jahr 2015 in Anspruch genommenen Betrag. Von der Fördersumme sollen 75 vom Hundert für die Förderung nach Absatz 1 und 25 vom Hundert für die Förderung nach Absatz 2 verwendet werden. Mittel, die im jeweiligen Haushaltsjahr nicht verausgabt werden, können in das Folgejahr übertragen werden.

a) Gewünschte Änderung:

Abs. 3 Satz 1, der eine jährliche Förderung von 300 Mio. Euro vorsieht, sollte dahingehend verändert werden, dass es sich bei der Förderung um einen einmaligen Betrag handelt. Zumindest sollte aber Abs. 3 Satz 4, der die Übertragung von ggf. verbliebenen Mitteln in das Folgejahr regelt, gestrichen werden.

b) Begründung:

Im Konzept des GKV-SV zum Innovationsfonds wird davon ausgegangen, „dass einmalig 300 Mio. Euro in den Innovationsfonds einzuzahlen sind. Diese durch den Innovationsfonds zur Verfügung gestellten finanziellen Mittel stellen im Vergleich zu früheren Regelungen („1 %ige Anschubfinanzierung“) ein deutlich größeres Fördervolumen dar. In jedem Fall sollte eine Förderung von beliebigen Entwicklungsprojekten vermieden werden. Aus Sicht des BKK Systems ist aus diesen Gründen eine einmalige Unterstützung sachgerecht. Um den Krankenkassen nicht Finanzmittel, die zur Finanzierung der regulären Gesundheitsversorgung erforderlich sind, in Zeiten nachhaltiger Fondsunterdeckungen (in 2015 insgesamt ca. 11 Mrd. Euro) zu entziehen, sollte zumindest keine Kumulation in einem separaten Topf durch einen Übertrag erfolgen.

(4) Die Mittel nach Absatz 3 werden durch den Gesundheitsfonds (Liquiditätsreserve) und die Krankenkassen jeweils zur Hälfte getragen. Das Bundesversicherungsamt erhebt und verwaltet die Finanzmittel als Sondervermögen (Innovationsfonds). Die dem Bundesversicherungsamt im Zusammenhang mit dem Innovationsfonds entstehenden Ausgaben werden aus den Einnahmen des Innovationsfonds gedeckt. Das Nähere zur Erhebung der Finanzmittel für den Innovationsfonds durch das Bundesversicherungsamt bei den Krankenkassen regelt die Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 Satz 1.

a) Gewünschte Änderung:

Satz 1 wird wie folgt geändert: „Die Mittel nach Absatz 3 werden bis zur Höhe von 150 Mio. € durch den Gesundheitsfonds (Liquiditätsreserve) getragen.“

Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 ergänzt: „Überstiegen die in Anspruch genommenen Mittel den Betrag nach Satz 1 sind die Aufwendungen von den Krankenkassen entsprechend dem Anteil Ihrer Mitglieder zu tragen.“

Satz 2 wird zu Satz 3 und wie folgt geändert: „Der GKV-Spitzenverband erhebt und verwaltet die Finanzmittel als Sondervermögen (Innovationsfonds).“

Satz 3 wird gestrichen.

b) Begründung:

Um eine sparsame und effektive Verwaltung des Innovationsfonds sicherzustellen, soll das etablierte Umlageverfahren des GKV-Spitzenverbandes genutzt werden. Dieser wird den Einzug und die Auszahlung der Fondsmittel gewährleisten. Der Aufbau einer Fondsbürokratie beim G-BA ist nicht erforderlich.

Um den Krankenkassen nicht Finanzmittel, die zur Finanzierung der regulären Gesundheitsversorgung erforderlich sind, in Zeiten nachhaltiger Fondsunterdeckungen (in 2015 insgesamt ca. 11 Mrd. Euro) zu entziehen, sollten die entsprechenden Mittel auch nur nach Bedarf und nach Ausschöpfung des Budgets aus der Liquiditätsreserve erhoben werden. Die Aufbringung der Mittel, die von den Krankenkassen zu tragen sind, über einen monatlichen Abzug von den Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen mit Einführung des Innovationsfonds würde zu einem verfrühten Abzug von Finanzmitteln bei den Krankenkassen führen. Es ist davon auszugehen, dass zunächst die 150 Mio. Euro aus der Liquiditätsreserve für einen relativ langen Zeitraum ausreichen werden.

Bei der Umlage des von den Krankenkassen zu tragenden Anteils ist eine Finanzierung je Mitglied einzuführen, da die entsprechenden Mittel den Krankenkassen nicht über die Zuweisungen des Gesundheitsfonds je Versicherten zufließen, sondern von diesen über einen erhöhten Zusatzbeitragssatz je Mitglied zu finanzieren sind.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit veranlasst zum 31. Dezember 2019 eine wissenschaftliche Auswertung der Förderung nach dieser Vorschrift im Hinblick auf deren Eignung zur Weiterentwicklung der Versorgung. Die hierfür entstehenden Ausgaben werden aus den Ein-

nahmen des Innovationsfonds gedeckt. Das Bundesministerium für Gesundheit berichtet dem Deutschen Bundestag zum 31. März 2020 über das Ergebnis der Auswertung.“

„§ 92b

Durchführung der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

(1) Zur Durchführung der Förderung wird beim Gemeinsamen Bundesausschuss ein Innovationsausschuss eingerichtet. Dem Innovationsausschuss gehören drei vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannte Mitglieder des Beschlussgremiums nach § 91 Absatz 2, jeweils ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft benanntes Mitglied des Beschlussgremiums nach § 91 Absatz 2, der unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie drei Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit an. Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungs- und Antragsrecht. § 140f Absatz 2 Satz 2 bis 7 gilt entsprechend.

a) Gewünschte Änderung:

Änderung zu Satz 2: „Dem Innovationsausschuss gehören drei Krankenkassen auf der Basis „Drei-Dabei-Regelung“ – so dass jede Kassenart vertreten ist – an, jeweils ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft benanntes Mitglied des Beschlussgremiums nach § 91 Absatz 2, sowie der unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses an. Die Benennung der jeweiligen Vertreter erfolgt durch den GKV Spitzenverband.“

b) Begründung:

Die selektivvertraglichen Projekte sind nicht Aufgabe des GKV Spitzenverbandes. Entsprechende Erfahrungen mit Selektivverträgen haben die Krankenkassen. Die Krankenkassen sollten in dem Innovationsausschuss direkt beteiligt sein. Eine solche Beteiligung der Krankenkassen nach der „Drei-dabei-Regelung“ ist ein übliches und vielfach bewährtes Verfahren, das auch an dieser Stelle eingesetzt werden sollte. Die Beteiligung des BMG in diesem Gremium wird abgelehnt, da sie nicht der selbstverwaltenden Organisationsstruktur des G-BA entspricht.

(2) Der Innovationsausschuss legt in Förderbekanntmachungen die Schwerpunkte und Kriterien für die Förderung nach § 92a Absatz 1 und Absatz 2 Satz 1 bis 4 fest. Er führt auf der Grundlage der Förderbekanntmachungen Interessenbekundungsverfahren durch und entscheidet über die eingegangenen Anträge auf Förderung. Der Innovationsausschuss entscheidet auch über die Verwendung der Mittel nach § 92a Absatz 2 Satz 5. Entscheidungen des Innovationsausschusses

ses bedürfen einer Mehrheit von sieben Stimmen. Der Innovationsausschuss beschließt eine Geschäfts- und Verfahrensordnung, in der er insbesondere seine Arbeitsweise und die Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle nach Absatz 3 sowie das Förderverfahren nach Satz 2 regelt. Die Geschäfts- und Verfahrensordnung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

a) Gewünschte Änderung:

Siehe Änderungswünsche zu Satz 1

b) Begründung:

Die selektivvertraglichen Projekte sind nicht Aufgabe des GKV Spitzenverbandes. Entsprechende Erfahrungen mit Selektivverträgen haben die Krankenkassen. Die Krankenkassen sollten in dem Innovationsausschuss direkt beteiligt sein. Eine solche Beteiligung der Krankenkassen nach der „Drei-dabei-Regelung“ ist ein übliches und vielfach bewährtes Verfahren, das auch an dieser Stelle eingesetzt werden sollte. Die Beteiligung des BMG in diesem Gremium wird abgelehnt, da sie nicht der selbstverwaltenden Organisationsstruktur des G-BA entspricht.

(3) Zur Vorbereitung und Umsetzung der Entscheidungen des Innovationsausschusses wird eine Geschäftsstelle eingerichtet. Der personelle und sachliche Bedarf des Innovationsausschusses und seiner Geschäftsstelle wird vom Innovationsausschuss bestimmt und ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss in seinen Haushalt einzustellen.

(4) Die Geschäftsstelle nach Absatz 3 untersteht der fachlichen Weisung des Innovationsausschusses und der dienstlichen Weisung des unparteiischen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses und hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. *Erarbeitung von Entwürfen für Förderbekanntmachungen,*
2. *Durchführung der fachlichen Begutachtung der Anträge auf Förderung,*
3. *Einholung eines Zweitgutachtens, insbesondere durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139a oder das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz nach § 137a,*
4. *Erlass von Förderbescheiden,*
5. *Veranlassung der Auszahlung der Fördermittel durch das Bundesversicherungsamt,*
6. *Prüfung der ordnungsgemäßen Verwendung der Fördermittel und eventuelle Rückforderung der Fördermittel.“*

Nr. 30

§ 95 (Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung)

§ 95 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 2 wird das Wort „*fachübergreifende*“ gestrichen.
 - bb) Die Sätze 4 und 5 werden aufgehoben.
- b) Absatz 1a wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „§ 126 Absatz 3“ das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „*teilnehmen*,“ die Wörter „*oder von Kommunen*“ eingefügt.
 - bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Kommunen können medizinische Versorgungszentren auch in der öffentlich rechtlichen Rechtsform eines Eigen- oder Regiebetriebs gründen. Für die Gründung von medizinischen Versorgungszentren durch Kommunen findet § 105 Absatz 5 Satz 1 bis 4 keine Anwendung.“
- c) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Die Einhaltung der sich aus Satz 1 und 2 ergebenden Versorgungsaufträge sind von der Kassenärztlichen Vereinigung zu prüfen.“
- d) Absatz 9 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Absatz 5 gilt entsprechend.“

a) Gewünschte Änderung

Dem Absatz 3 wird nach dem neuen Satz 4 folgender Satz angefügt:

„Die Ergebnisse der Prüfung sind den Landes- und Zulassungsausschüssen zu übermitteln.“

b) Begründung

Der neu formulierte Auftrag an die Kassenärztlichen Vereinigungen, den sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag von Vertragsärztinnen/Vertragsärzten und medizinischen Versorgungszentren anhand der ihnen vorliegenden Leistungsdaten zu prüfen, soll durch eine Übermittlungspflicht an die Zulassungsgremien und Landesauschüsse ergänzt werden. Damit wird die Zielsetzung der Regelung, sicherzustellen, dass

Vertragsärztinnen/Vertragsärzte und medizinische Versorgungszentren in dem ihnen (gesetzlich) vorgegebenen Umfang zur Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehen, bekräftigt. Zulassungsentscheidungen und Bedarfsfeststellungen vor Ort, insbesondere auch über ggf. bestehenden lokalen Versorgungsbedarf sowie begründete Abweichungen von der Bedarfsplanungsrichtlinie zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, können fundierter als bisher getroffen und begründet werden.

Nr. 32

§ 101 (Überversorgung)

In § 101 Absatz 1 Satz 1 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 6 angefügt:

„6. Ausnahmeregelungen zur Leistungsbegrenzung nach Nummer 4 und 5 im Fall eines unterdurchschnittlichen Praxisumfangs.“

a) Gewünschte Änderung

Die neue Nr. 6 in § 101 Absatz 1 Satz 1 wird gestrichen.

b) Begründung

Die mit der Regelung vorgesehene Flexibilisierung zur gemeinsamen Berufsausübung in einer Arztpraxis konzentriert sich exklusiv auf überversorgte Gebiete. In überversorgten Planungsbereichen werden für Praxen mit unterdurchschnittlichem Praxisumfang, d.h. unterdurchschnittlicher Tätigkeit für gesetzlich Versicherte, Ausnahmen von der verpflichtenden Leistungsbegrenzung bei Job-Sharing und Anstellung vorgesehen.

Dies bietet einen Anreiz zur Erhöhung der Arztzahlen in überversorgten Gebieten und bevorzugt unterdurchschnittlich für die Gesetzliche Krankenversicherung tätige Praxen, die unter Umständen einen nennenswerten Anteil ihrer Praxistätigkeit bisher auf Privatversicherte konzentriert hatten. Im Ergebnis werden damit „Versorgerpraxen“ diskriminiert, die für die Versorgung von GKV Versicherten uneingeschränkt zur Verfügung standen.

Neben der wenig nachvollziehbaren Relativierung der Bedarfsplanung gerade in überversorgten Planungsbereichen, welches dem Ziel einer gleichmäßigeren Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zuwiderläuft, besteht darüber hinaus die Gefahr eines weiteren Mengenzuwachses durch angebotsindizierte Nachfragen in bereits überversorgten Regionen.

Ebenso setzt diese Regelung ein falsches Signal, da sie grundsätzlich eine Perspektive für „Jungmediziner“ eröffnet, eine Anstellung in attraktiven Ballungsräumen anzustreben, als sich in Richtung ländliche Region zu orientieren.

Nr. 33

§ 103 (Zulassungsbeschränkungen)

§ 103 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 wird das Wort „kann“ durch das Wort „soll“ und die Angabe „Nummer 5 und 6“ durch die Angabe „Nummer 4 bis 6“ ersetzt.

a) Gewünschte Änderung

In § 103 Absatz 3a Satz 4 wird der zweite Halbsatz *„bei Stimmgleichheit ist dem Antrag abweichend von § 96 Absatz 2 Satz 6 zu entsprechen.“* gestrichen.

b) Begründung

Bisher galt bei Entscheidungen nach § 103 Abs. 3a SGB V ausdrücklich, dass bei Stimmgleichheit abweichend von § 96 Abs. 2 Satz 6 SGB V dem Antrag auf Nachbesetzung zu entsprechen ist. Damit den Zielen, Abbau von Überversorgung und Sicherstellung einer möglichst ausgewogenen und flächendeckenden Verteilung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten wirksamer entsprochen werden kann, bedarf es neben der stärkeren Verpflichtung der Zulassungsausschüsse, Versorgungsgesichtspunkte bei Nachbesetzungsverfahren zu prüfen, auch einer Rücknahme dieser expliziten Ausnahmeregelung. Damit wird sichergestellt, dass auch Entscheidungen, die keine Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes vorsehen, zu Stande kommen können. Bei einer Fortgeltung der Ausnahmeregelung wird der im Grundsatz sinnvolle Ansatz (der bereits durch das GKV-VStG eingeführt wurde) zum Abbau von Überversorgung erneut wirkungslos bleiben.

bb) Nach dem Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„Für einen Nachfolger, der dem in Absatz 4 Satz 5 Nummer 6 bezeichneten Personenkreis angehört, gilt Satz 3 zweiter Halbsatz mit der Maßgabe, dass das Anstellungsverhältnis oder der gemeinschaftliche Betrieb der Praxis mindestens drei Jahre lang angedauert haben muss.“

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 5 Nummer 7 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Satz angefügt:

„zu den besonderen Versorgungsbedürfnissen zählen auch die Belange von Menschen mit Behinderung beim Zugang zur Versorgung.“

- bb) In Satz 9 wird das Wort „*kann*“ durch das Wort „*soll*“ ersetzt, das Wort „*auch*“ gestrichen und werden die Wörter „*Satz 5, 6 und 8*“ durch die Wörter „*Satz 6, 7 und 9*“ ersetzt.
- cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Hat sich ein medizinisches Versorgungszentrum auf die Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes beworben, kann auch anstelle der in Satz 5 genannten Kriterien die Ergänzung des besonderen Versorgungsangebots des medizinischen Versorgungszentrums berücksichtigt werden.“

Nr. 34

§ 105 (Förderung der vertragsärztlichen Versorgung)

In § 105 Absatz 1a Satz 1 werden die Wörter „in Gebieten, für die Beschlüsse nach § 100 Absatz 1 und 3 getroffen wurden,“ durch die Wörter „zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung“ ersetzt.

a) Gewünschte Änderung

In § 105 Absatz 1a Satz 1 werden die Wörter „zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung“ durch die Wörter „in Gebieten, für die Beschlüsse nach § 100 Absatz 1 und 3 getroffen wurden,“ ersetzt und nach Satz 3 folgender Satz 4 angefügt:

„Über die Verwendung der Mittel des Strukturfonds haben die Kassenärztlichen Vereinigungen das Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen herzustellen“.

b) Begründung

Kassenärztliche Vereinigungen sollen auch künftig nicht die Möglichkeit erhalten, auch ohne Vorliegen von Beschlüssen der Landesausschüsse zur Feststellung von drohender oder bestehender Unterversorgung oder zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs einen Strukturfonds zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zu bilden. Bei der Einrichtung eines Strukturfonds durch die Kassenärztlichen Vereinigungen haben sich die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in gleicher Höhe an diesem finanziell zu beteiligen, ohne Mitspracherechte über die Verwendung der Mittel zu besitzen.

Eine Entkoppelung der Bildung eines Strukturfonds von der Konzentration auf unterversorgte Gebiete eröffnet die potentielle Möglichkeit, zusätzliche Versichertengelder auch in überversorgte Regionen zu lenken. Dies 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. Dies eröffnet u.a. die Möglichkeit, die Belange von Behinderung betroffener Menschen bei Fördermaßnahmen berücksichtigen zu können.

Nr. 36

§ 106b (Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen)

„(1) Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit ärztlich verordneten Leistungen wird ab dem 1. Januar 2017 anhand von Vereinbarungen geprüft, die von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zu treffen sind. Auf Grundlage dieser Vereinbarungen können Rückzahlungen wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise nach § 106 Absatz 3 festgelegt werden. In den Vereinbarungen müssen Regelungen zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen in allen Bereichen ärztlich verordneter Leistungen enthalten sein.

(2) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren einheitliche Rahmenvorgaben für die Prüfungen nach Absatz 1. Darin ist insbesondere festzulegen, in welchem Umfang Wirtschaftlichkeitsprüfungen mindestens durchgeführt werden sollen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 erstmalig bis zum [31. Oktober 2015] nicht zustande, entscheidet das Schiedsamt nach § 89 Absatz 4. Die Klage gegen die Festsetzung des Schiedsamts hat keine aufschiebende Wirkung.

(3) Sofern Vereinbarungen nach Absatz 1 bis zum [31. Juli 2016] ganz oder teilweise nicht zustande kommen, wird der Vertragsinhalt durch das Schiedsamt nach § 89 festgesetzt. Die Klage gegen die Festsetzung des Schiedsamts hat keine aufschiebende Wirkung. Bis zu einer Vereinbarung nach Absatz 1 gelten die Regelungen in §§ 84, 106, 296 und 297 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung fort.

(4) Wirtschaftlichkeitsprüfungen unterliegen nicht:

- 1. Verordnungen der nach § 32 Absatz 1a Satz 1 genehmigten Heilmittel für Versicherte mit langfristigem Behandlungsbedarf;*
- 2. Verordnungen von Arzneimitteln, für die der Arzt einem Vertrag nach § 130a Absatz 8 beigetreten ist; die Krankenkasse übermittelt der Prüfungsstelle die notwendigen Angaben, insbesondere die Arzneimittelkennzeichen, die teilnehmenden Ärzte und die Laufzeit der Verträge.*

(5) § 130b Absatz 2 und § 130c Absatz 4 bleiben unberührt.“

a) Gewünschte Änderung

Abs. 1 Satz 2 sollte umformuliert werden in: „ Auf Grundlage dieser Vereinbarungen sind Rückzahlungen wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise nach § 106 Absatz 3 festzulegen.“

In Absatz 4 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach Absatz 1 unterliegen nicht:“

In Absatz 4 wird als Ziffer 3 folgender Satz aufgenommen:

„3. vor dem 01.01.2017 ausgestellte ärztliche Arzneimittel- und Heilmittelverordnungen. Für diese gelten die Regelungen in §§ 84, 106, 296 und 297 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung fort.“

In Absatz 2 wird Satz 2 wie folgt gefasst:

„Darin sind insbesondere festzulegen:

1. die Prüfarten und Prüfverfahren
2. Rahmenvorgaben für Vereinbarungen der Vertragspartner nach Absatz 1 über Wirtschaftlichkeitsziele
3. Mögliche Maßnahmen bei Verstößen gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot.

b) Begründung

In Artikel 1 wird neu der § 106b SGB V eingefügt. Dadurch können Verhandlungen zu der Ausgestaltung dieser neuen regionalen Wirtschaftlichkeitsprüfung, die die Richtgrößenprüfung ab dem Jahr 2017 ablösen wird, geführt werden. Zunächst müssen die Vertragspartner auf Bundesebene einheitliche Rahmenvorgaben vereinbaren. Danach können die regionalen Vertragspartner Vereinbarungen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit ärztlich verordneter Leistungen abschließen.

Positiv anzumerken ist, dass Rückzahlungen wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise nach § 106b Absatz 3 weiterhin festgelegt werden können. Allerdings sollte dieses nicht optional erfolgen, sondern ein verpflichtender Bestandteil sein.

Damit auch für die Verordnungsjahre bis 2016 keine Lücke in der Wirtschaftlichkeitsprüfung entsteht, sollten für diese Jahre die bisherigen Regelungen fortgelten.

Unklar ist jedoch, wie weit die Regelungskompetenzen der Vertragspartner auf Landesebene reichen.

Gerade vor dem Hintergrund, dass sich die Wirtschaftlichkeitsprüfung auf alle Bereiche ärztlich verordneter Leistungen beziehen soll, sollte den Vertragspartnern auf Landesebene ein möglichst großer Spielraum für die Ausgestaltung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen offen stehen. Da sich dieser Spielraum an den Rahmenvorgaben nach Absatz 2 orientiert, erscheint es sinnvoll, deren Inhalte im Gesetzestext zu konkretisieren. Insbesondere sollte eine Grundlage für die Vereinbarung von Wirtschaftlichkeitszielen auf regionaler Ebene geschaffen werden. Auch sind Vorgaben zu den möglichen Maßnahmen bei Verstößen gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot angezeigt, da die Prüfungsstelle nach § 106 Absatz 3 (neu) über die zu treffende Maßnahme unter Berücksichtigung der Vereinbarungen nach § 106b zu entscheiden hat.

Offen bleibt gemäß der momentanen Formulierung, ob es sich weiterhin um statistische Vergleichsprüfungen handeln kann, also um eine Prüfung von Ärzten/Betriebsstätten im Vergleich zu ihrer Fachgruppe (Benchmark). Denkbar wäre eine analoge Regelung zum § 106a SGB V, nach der die Zufälligkeitsprüfung vorgesehen ist. Die Zufälligkeitsprüfung ist in der Rechtsprechung gefestigt. Wichtig wäre auch die Festlegung von bestimmten Prüfinhalten, wie z.B. die Biosimilarquote und Generika. Regional könnte die bundesweite Rahmenvorgabe detailliert ausgestaltet und erweitert werden.

Wichtig ist die Beibehaltung einer einheitlichen, bundesweiten Datenlieferung nach §§ 296 und 297 SGB V.

Nr. 41

§ 116b (Ambulante spezialfachärztliche Versorgung)

“§ 116b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

„Danach läuft die Frist weiter; der Zeitraum der Unterbrechung wird in die Frist nicht eingerechnet.“

bb) In dem neuen Satz 8 wird die Angabe „Satz 6“ durch die Angabe „Satz 7“ ersetzt.

cc) In dem neuen Satz 10 werden die Wörter „Sätze 4, 5 und 7“ durch die Wörter „Sätze 4, 5 und 8“ ersetzt.

b) In Absatz 4 Satz 4 wird der Punkt am Ende durch die Wörter „unter Berücksichtigung der Ergebnisse nach § 137a Absatz 3.“ ersetzt.

c) Absatz 8 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „bis zu deren Aufhebung durch das Land“ gestrichen.

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Das Land kann eine nach Satz 1 getroffene Bestimmung nur aufheben, wenn das Krankenhaus nicht mehr gemäß § 116b Absatz 2 Satz 2 in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus geeignet ist.“

a) Gewünschte Änderung

Die Änderungen in Absatz 8 sollen entfallen.

b) Begründung

Die Einführung eines dauerhaften Bestandsschutzes für Krankenhäuser ist abzulehnen, da die Weiterentwicklung der Behandlung von besonderen Krankheiten mit schweren Verlaufsformen sowie seltenen Erkrankungen in aktuellen Beschlüssen des G-BA konkretisiert wird. Dies schließt die Definition besonderer Leistungen und Qualitätsanforderungen ein. Ein dauerhafter Bestandsschutz entkoppelt bereits nach § 116b alt an

der Versichertenversorgung teilnehmende Krankenhäuser von der Notwendigkeit, aktuelle Qualitätsanforderungen sowie Leistungsportfolios vorzuhalten. Dies bietet keine Gewähr für eine adäquate nach dem neuesten medizinischen Stand erfolgende Behandlung der Versicherten.

Nr. 42

§ 117 (Hochschulambulanzen)

§ 117 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Ambulanzen, Institute und Abteilungen der Hochschulkliniken (Hochschulambulanzen) sind zur ambulanten ärztlichen Behandlung der Versicherten und der in § 75 Absatz 3 genannten Personen

- 1. in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang sowie*
- 2. für solche Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanz bedürfen*

ermächtigt. In den Fällen des Satz 1 Nummer 2 kann die ambulante ärztliche Behandlung nur auf Überweisung eines Facharztes in Anspruch genommen werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren die Gruppe derjenigen Patienten, die wegen Art, Schwere oder Komplexität der Erkrankung einer Versorgung durch die Hochschulambulanzen bedürfen. Sie können zudem Ausnahmen von dem fachärztlichen Überweisungsgebot in den Fällen des Satz 1 Nummer 2 vereinbaren sowie in welchen Fällen des Satz 1 Nummer 1 es einer Überweisung bedarf. Kommt eine Einigung ganz oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Bundesschiedsamt nach § 89 Absatz 4 innerhalb von drei Monaten festgelegt. Dieses wird hierzu um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft in der gleichen Zahl erweitert, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorgesehen ist (erweitertes Bundesschiedsamt). Das erweiterte Bundesschiedsamt beschließt mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder.“

a) Gewünschte Änderung

Die Neuregelung ist zu streichen.

b) Begründung

Eine Teilnahme der Hochschulambulanzen an der vertragsärztlichen Versorgung kraft Gesetz ist nicht erforderlich. Der bisherige durch die Zulassungsausschüsse ausgesprochene Ermächtigungsumfang zur ambulanten ärztlichen Behandlung der Versicherten in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang ist sachgerecht. Die Definition des Ermächtigungsumfangs durch die Zulassungsausschüsse stellt sicher, dass das je-

weils konkrete Leistungsangebot angemessen in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden kann.

Eine generelle Öffnung der Hochschulambulanzen für die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung birgt die Gefahr, dass in gut versorgten Regionen Doppelstrukturen geschaffen und mit Versichertengeldern finanziert werden, die für den Aufbau entsprechender Strukturen in weniger gut versorgten Regionen benötigt werden. In der Regel finden sich Hochschulambulanzen in Zentren, die sich durch eine gute Infrastruktur auszeichnen, dies umfasst regelmäßig auch das medizinische Leistungsangebot. Bestehende Disparitäten in der medizinischen Versorgung werden so zu Lasten von ländlichen Regionen weiter verstärkt.

Die Erweiterung des Leistungsumfangs der Hochschulambulanzen zur Behandlung von Versicherten, die wegen Art, Schwere oder Komplexität der Erkrankung auf die Versorgung durch eine Hochschulambulanz angewiesen sind, ist abzulehnen. Bereits heute besteht mit dem Paragraphen 116b eine Regelung zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV). Dies umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer, therapierbarer Krankheiten. Mit dieser bestehenden Regelung existiert bereits die Möglichkeit Personen mit Erkrankungen besondere Art, Schwere oder Komplexität spezialisiert zu versorgen. Eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung des § 116b ist möglich. Berechtig zur Teilnahme an der ASV sind an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringer und nach §108 zugelassene Krankenhäuser, sofern sie die vom Gemeinsamen Bundesausschuss erforderlichen Voraussetzungen für den definierten Behandlungsumfang erfüllen. Insofern führt die beabsichtigte Neuregelung zum Aufbau einer Doppelstruktur für die Versorgung gleicher Patientengruppen mit der Gefahr einer unkoordinierten gleichzeitigen Versorgung.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Umfangs“ die Wörter „sowie für solche Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanz bedürfen“ eingefügt.

bb) Satz 2 wird aufgehoben.

a) Gewünschte Änderung

Die Neuregelung ist zu streichen.

b) Begründung

Der Fortfall von Fallzahlbegrenzungen in den bisherigen Ermächtigungsbescheiden kann nicht durch Regelungen in den Vergütungsverträgen nach § 120 Absatz 2 bis 4 kompensiert werden. Das Instrument des Ermächtigungsbescheids ist nicht verzichtbar, da die Definition des Ermächtigungsumfangs durch die Zulassungsausschüsse sicherstellt, dass das jeweils konkrete Leistungsangebot sowie regionale Versorgungsbedürfnisse angemessen aufeinander abgestimmt werden können.

Nr. 45

§ 120 (Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen)

§ 120 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach den Wörtern „erbracht werden,“ die Wörter „und Leistungen, die im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 76 Absatz 1a erbracht werden,“ eingefügt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Vergütung der Leistungen, die im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 76 Absatz 1a erbracht werden, wird vom Krankenträger nach Maßgabe der regionalen Euro-Gebührenordnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Zentren“ die Wörter „und der medizinischen Behandlungszentren“ eingefügt.

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

cc) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Bei der Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen sind die Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 5 zu berücksichtigen.“

dd) In Satz 5 werden nach dem Wort „an“ die Wörter „nach den Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ und nach dem Wort „Investitionskostenabschlag“ die Wörter „von höchstens 5 vom Hundert“ eingefügt.

ee) In Satz 6 werden die Wörter „, falls bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen vergleichbare Leistungen erbracht werden“ gestrichen.

a) Gewünschte Änderung

dd) Die Wörter „von höchstens 5 vom Hundert“ werden ersetzt durch „von höchstens 10 vom Hundert“

b) Begründung

zu dd)

Für Leistungserbringer, deren Vergütung nach § 120 Abs.1 SGB V vereinbart wird, ist die Vergütung gemäß § 120 Abs. 3 SGB V um einen Investitionskostenabschlag von 10 % zu kürzen. Für die Vereinbarung der Vergütung der Hochschulambulanzen sollte aus Gründen der Gleichbehandlung eine analoge Abschlagshöhe von höchstens 10 % gelten. Ausschlaggebend sollte nicht der derzeitige Förderumfang von ca. 5 % sein, sondern die tatsächliche Fördernotwendigkeit und damit die Förderverpflichtung der Länder. Im Rahmen der Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen gem. § 10 KHG wurde ein Investitionsbedarf von ca. 9 % ermittelt. Somit wäre eine zu berücksichtigende Abschlagshöhe von höchstens 10 % sachgerecht.

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Zentren“ ein Komma und die Wörter „der medizinischen Behandlungszentren“ eingefügt.

bb) In Satz 4 wird nach dem Wort „Institutsambulanzen“ das Wort „und“ durch das Wort „, die“ ersetzt und werden nach dem Wort „Zentren“ die Wörter „und die medizinischen Behandlungszentren“ eingefügt.

cc) Folgender Satz wird angefügt:

„In der Vereinbarung nach Satz 4 sind für die Hochschulambulanzen bis zum [einsetzen: Datum sechs Monate nach Verkündung] auch bundeseinheitliche Grundsätze, die die Besonderheiten der Hochschulambulanzen angemessen abbilden, insbesondere zur Vergütungsstruktur und zur Leistungsdokumentation zu berücksichtigen.“

d) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Die Vergütung der Leistungen, die im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 76 Absatz 1a erbracht werden, erfolgt mit den festen Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung zu Lasten des Anteils der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen, der für den Bereich der fachärztlichen Versorgung zu bilden ist, es sei denn, die Vertragsparteien nach § 87a Absatz 2 Satz 1 haben für diese Leistungen Vergütungen nach § 87a Absatz 2 Satz 3 oder § 87a Absatz 3 Satz 5 vereinbart. Eine Kürzung der Vergütung um einen Investitionskostenabschlag nach Absatz 3 Satz 2 erster Halbsatz und eine Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität sind nicht vorzunehmen. Das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen und

der erforderlichen Vordrucke bestimmt die Kassenärztliche Vereinigung im Benehmen mit der Landeskrankenhausgesellschaft.“

a) Gewünschte Änderung

keine

b) Begründung

Hinweis: Diese Ergänzungsregelung zu den Terminservicestellen bindet die Behandlung der Versicherten nicht mehr an die Erbringung durch einen Leistungserbringer mit abgeschlossener fachärztlicher Weiterbildung. Als Strukturqualität wird der geringere Facharztstandard für ausreichend erachtet, allerdings zu einer identischen Vergütungshöhe. Geprüft werden sollte, ob diese Regelung durch einen Prüfauftrag ergänzt wird, der das Ausmaß der Beteiligung nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Krankenhäuser zum Gegenstand hat mit dem Ziel:

- 1.) einen entsprechenden Vergütungsabschlag für die Erbringung medizinischer Leistungen nach Facharztstandard vorzusehen, wenn diese als Äquivalent zu ambulanten ärztlichen Leistungen erbracht werden,
- 2.) eine Doppelfinanzierung von technischen Leistungsanteilen auf Grund von Investitionsförderungen auszuschließen.

e) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Kommt die Vereinbarung nach Absatz 3 Satz 5 ganz oder teilweise nicht zu Stande, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Besetzung ohne den Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung auf Antrag einer Vertragspartei die Vereinbarung innerhalb von sechs Wochen fest.“

a) Gewünschte Änderung

keine

b) Begründung

/

Nr. 46

§ 125 (Rahmenempfehlungen und Verträge)

In § 125 Absatz 1 Satz 4 wird nach Nummer 3 folgende Nummer 3a eingefügt:

„3a Vorgaben für die notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung sowie einheitliche Regelungen zur Abrechnung,“

a) Gewünschte Änderung

Nummer 3a wird wie folgt gefasst:

„3a Vorgaben für die notwendigen Angaben auf der Heilmittelverordnung gemäß der Richtlinie nach § 92 Absatz 6 und der Bundesmantelverträge nach § 82.“

b) Begründung

Die Aufnahme der notwendigen Angaben auf der Heilmittelverordnung steht im Zusammenhang mit der Neuregelung des § 73 Absatz 8 und ist zu begrüßen, bedarf jedoch insoweit der Klarstellung, dass sich die Verordnungsangaben nicht nach den Rahmenempfehlungen richten, sondern nach der Heilmittelrichtlinie und dem Bundesmantelvertrag Ärzte.

Die Aufnahme von Abrechnungsregelungen in die Rahmenempfehlungen ist abzulehnen. Die Einzelheiten der Abrechnung sind ausschließlich in den Verträgen nach § 125 Absatz 2 und nicht in den Rahmenempfehlungen zu regeln.

Es ist beabsichtigt, Nullretaxationen bei fehlerhaft ausgestellten Verordnungen zu verhindern und Korrekturmöglichkeiten bei der Abrechnung sicherzustellen. Die Begründung zu Ziffer 46 stützt jedoch das Gegenteil: Der Vergütungsanspruch des Heilmittelbringers gegenüber der Krankenkasse setzt voraus, dass die Heilmittelbehandlung auf der Grundlage einer ordnungsgemäßen vertragsärztlichen Verordnung durchgeführt wurde. Der Leistungserbringer ist nach dem BSG verpflichtet, die Verordnung auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen. Gerade vor dem Hintergrund dieser klaren Grundsätze ist es geboten, Fragen der Retaxation bzw. Korrekturmöglichkeiten ausschließlich im gegenseitigen Einvernehmen unter den Vertragspartnern nach § 125 Absatz 2 zu regeln.

Nr. 47

§ 129 (Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung)

„a) In Absatz 4 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

"In dem Rahmenvertrag ist zu regeln, in welchen Fällen einer Beanstandung der Abrechnung durch Krankenkassen, insbesondere bei Formfehlern, eine Retaxation vollständig oder teilweise unterbleibt."

b) In Absatz 5b Satz 3 wird das Wort „integrierten“ durch das Wort „besonderen“ ersetzt.“

a) Gewünschte Änderung

In Absatz 4 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

"In dem Rahmenvertrag ist zu regeln, in welchen Fällen einer Beanstandung der Abrechnung durch Krankenkassen, insbesondere bei Formfehlern, die die Versorgungssicherheit des Versicherten nicht beeinflussen und die nicht gegen gesetzliche Vorgaben verstoßen, eine Retaxation vollständig oder teilweise unterbleiben kann."

b) Begründung

Das System der Arzneimittelverordnung durch den Arzt sowie deren Belieferung und Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen durch die Apotheken unterliegt einigen Besonderheiten. Die Verordnung von Arzneimitteln liegt ausschließlich in der Verantwortung des Vertragsarztes. Im Jahr werden ca. 645 Mio. Verordnungen von Apotheken mit der GKV abgerechnet (AVR 2014). Zunächst werden von der Apotheke bzw. deren Rechenzentren Sammelrechnungen erstellt, die von den Krankenkassen innerhalb einer relativ kurzen Frist von 10 Tagen zu begleichen sind, um von den Apotheken den Rabatt nach § 130 SGB V zu erhalten. Diese Sammelrechnungen enthalten für die Krankenkassen keine detaillierten Abrechnungsinformationen. Erst im Nachgang erhalten die Krankenkassen die Datensätze, Originalverordnung und die Images (Bilddateien der Verordnungen). Zu diesem Zeitpunkt, also frühestens zwei Monate nach Ausstellen der Verordnung durch den Arzt, erfährt die Krankenkasse von der Belieferung und Abrechnung durch die Apotheke.

Dieser dargestellte zeitliche Ablauf führt zwangsweise erst im Nachgang zu einer detaillierten Prüfung der korrekten Abgabe und Preisberechnung durch die Krankenkassen. Folgerichtig muss den Krankenkassen ein vollumfängliches Prüfrecht eingeräumt werden, welches dann auch in Einzelfällen gegenüber den Apotheken zu Korrekturen („Retaxierungen“) in Teilen oder in Gänze („Nullretaxation“) führen kann. Eine nachträgliche Korrektur von Abrechnungsfehlern ist ebenfalls aufgrund des dargestellten zeitlichen Ablaufs abzulehnen.

Die Verhandlungspartner des Rahmenvertrags nach § 129 SGB V bemühen sich seit einiger Zeit darum, eine Regelung zu den Retaxationen zu vereinbaren. Eine Vereinbarung konnte bislang nicht abgeschlossen werden. Daher ist die Aufnahme einer Regelung in den bundesweiten Rahmenvertrag zu begrüßen, solange es sich um Sachverhalte handelt, bei denen es sich um „unbedeutende formaler Fehler“ handelt, die die Ver-

sorgungssicherheit des Versicherten nicht beeinflussen und die nicht gegen gesetzliche Vorgaben verstoßen.

Nr. 48

§ 130 (Rabatt)

„§ 130 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird die Angabe "2,05" durch die Angabe "1,77" ersetzt.
- b) Die Sätze 2 und 3 werden aufgehoben.

a) Gewünschte Änderung

Keine

b) Begründung

Die Apothekenabschlagshöhe soll als Rabatt für die GKV festgeschrieben werden, welcher auf dem letzten von den Parteien vereinbarten Wert i.H.v. 1,77 Euro für das Jahr 2015 basieren soll.

§ 130 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V sind als Folgeänderung zu streichen.

Der Vorschlag ist zu begrüßen, da die bisherige konfliktträchtige parallele Ausgestaltung der Regelungen zum Apothekenabschlag (d.h. sowohl über § 78 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, Satz 2 AMG i.V.m. der Arzneimittelpreisverordnung als auch über die Anpassungsvorschriften zum Apothekenabschlag gemäß § 130 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V) aufgehoben und Interessenkonflikte bzw. Schiedsstellenverfahren zur Anpassung des Apothekenabschlages vermieden werden.

Veränderungen bei den Leistungen auf Apothekenseite und Kosten für die Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln können über die Arzneimittelpreisverordnung angepasst werden.

Nr. 49

§ 132 (Versorgung mit Haushaltshilfe)

„(1) Über Inhalt, Umfang, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Dienstleistungen zur Versorgung mit Haushaltshilfe schließen die Krankenkassen Verträge mit geeigneten Personen, Einrichtungen oder Unternehmen. Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die Vertrag schließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahren tragen die Vertragsparteien zu gleichen Teilen. Abweichend von Satz 1 kann die Krankenkasse zur Gewährung von Haushaltshilfe auch geeignete Personen anstellen.“

a) Gewünschte Änderung

Die geplante Änderung ist zu streichen.

b) Begründung

Die Thematik bereitet in der Praxis keine Schwierigkeiten. Insofern bedarf es hier keiner neuen Regelung.

Nr. 50

§ 134a (Versorgung mit Hebammenhilfe)

§ 134a wird wie folgt geändert:

- a) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 5 eingefügt:
„(5) Ein Ersatzanspruch nach § 116 Absatz 1 des Zehnten Buches wegen Schäden aufgrund von Behandlungsfehlern in der Geburtshilfe kann von Kranken- und Pflegekassen gegenüber freiberuflich tätigen Hebammen nicht geltend gemacht werden, es sei denn, der Schaden wurde vorsätzlich oder grob fahrlässig verursacht.“

a) Gewünschte Änderung

Streichung

b) Begründung

Derzeit werden durch die Kollektivversicherungspolice der Hebammenverbände für die Hebammen Schadenssummen von bis zu 6 Mio. Euro gedeckt. Diese Deckungssumme und die Anzahl der Versicherungsnehmer sind maßgeblich für die Berechnung der Prämienhöhe. Bereits heute berichten die Hebammenverbände, dass diese Deckung nicht ausreichend sei da sich die Kosten für Geburtsschäden in Einzelfällen auf Summen weit darüber belaufen können. Daher empfehlen die Hebammenverbände den Hebammen den Abschluss von Haftpflichtversicherungen mit möglichst hohen Deckungssummen. Gleichzeitig bleibt die Notwendigkeit der Absicherung mindestens in dieser Höhe für die Hebammen bestehen, da die Regresspflicht gegenüber anderen Kostenträgern (z.B. PKV) weiterhin als existentes Risiko bestehen bleibt.

Für die Versicherungsunternehmen dagegen wird selbst bei Abzug des KV/PV-Regressanteils von ca. 25% anzunehmen sein, dass für sie die Kalkulation der Schäden von Hebammen weiterhin ein extrem schwer zu kalkulierendes Risiko darstellen wird, das in der Vergangenheit z.T. zu erheblichen Abwicklungsverlusten geführt hat (vgl. Anlage 4 zum Abschlussbericht der IMAG „Versorgung mit Hebammenhilfe“). Insbesondere die Langzeitkosten sind vermutlich weiterhin kaum abschätzbar. Gleichzeitig ist auch nicht anzunehmen, dass eine spürbare Belebung am Markt der Haftpflichtanbieter für die Absicherung der Hebammen erfolgen wird. Je größer das Kollektiv gleichartiger Risiken ist, desto günstiger können diese Risiken für alle Beteiligten abgesichert werden (vgl. Anlage 4 zum Abschlussbericht der IMAG „Versorgung mit Hebammenhilfe“). Eine weitere Splittung der nur ca. 3.500 freiberuflichen Hebammen mit Geburtshilfe auf mehrere Versicherungsanbieter, würde diesem Versicherungsprinzip entgegenwirken und vermutlich genau entgegengesetzte Effekte erzielen.

Es ist somit weder begründbar, dass die versicherten Deckungssummen sinken werden, noch dass die unkalkulierbaren Risiken durch den Regressverzicht für die Versicherungsunternehmen „kalkulierbarer“ würden.

Durch den vom Gesetzgeber bestimmten Ausgleich nach § 134 a Abs.1 Satz 3 SGB V (im Rahmen der Vergütung) i.V.m. §134a Abs. 1b SGB V (Sicherstellungszuschlag) trägt die GKV das alleinige Risiko für das derzeitige Niveau und die Steigerung von Haftpflichtversicherungsprämien der freiberufliche Hebammen.

Die Berücksichtigung der Prämiensteigerung durch Vergütungsanpassungen und der Sicherstellungszuschlag ab dem 01.07.2015 gewährleisten jeder einzelnen Hebamme mindestens einen Komplettausgleich der Prämiensteigerung. Eine Vielzahl von Hebammen profitiert sogar über den Ausgleich hinaus durch die angewandte Systematik (Problem der Überkompensation bei überdurchschnittlich vielen Geburten).

Somit ist anzunehmen, dass weder bei den Einzelhebammen bzw. den Hebammenverbänden noch bei den Versicherungsunternehmen eine Motivation vorhanden sein wird, günstige Haftpflichtprämien für Einzel- bzw. Gruppenhaftpflichtverträge zu verhandeln bzw. anzubieten. Die Haftpflichtprämien, und damit die Kosten der GKV, werden vermutlich nicht sinken. Die vom Gesetzgeber beschriebene Kostenneutralität für die GKV kann somit nicht erreicht werden. Eine Belastung der Versichertengemeinschaft, verursacht durch individuelle Fehler freiberuflicher Hebammen, ist zu vermeiden.

Insgesamt wird nicht deutlich, wie die Ziele des Gesetzgebers (sinkenden Haftpflichtprämien und einer Belebung am Markt der Haftpflichtversicherungen für freiberufliche Hebammen) mit den angedachten Maßnahmen erreicht werden sollen. Gleichzeitig ist fraglich, worauf diese Annahmen beruhen, da Daten zu Schadensfällen, -summen, -ursachen und Regressforderung für den Bereich der freiberuflichen Hebammen von Hebammenverbänden und Versicherungsmaklern nicht veröffentlicht werden. Regelungen zu einer verpflichtenden transparenten Darstellung existieren nicht.

Für gesetzliche Krankenkassen dagegen können hohe Schadenssummen, die zukünftig nicht mehr regressfähig sind, zu einer Überbelastung führen. Insbesondere kleineren Krankenkassen ist es nicht oder nur schwer möglich, hohe Schadenssummen schadlos auf die eigene Versichertengemeinschaft zu übertragen.

Darüber hinaus bewirkt die Regelung eine Ungleichbehandlung von angestellten und freiberuflichen Hebammen in der klinischen Entbindung und tangiert daher den allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG. Während Ärzte, Pfleger und Hebammen des Krankenhauses gegenüber der GKV und PV im Schadensfall Regressforderungen ausgesetzt sein können, müssen freiberufliche Hebammen, die möglicherweise sogar dieselbe Frau betreuen, im Behandlungsfehlerfall keinen Regress befürchten. Für diese Ungleichbehandlung von freiberuflichen und angestellten Geburtshelfern sind sachliche Gründe nicht ersichtlich. Eine auf den ersten Blick denkbare Verbesserung der flächendeckenden Hebammenversorgung wird ebenso wenig erreicht wie eine Verbesserung der Situation der einzelnen Hebamme. Die Differenzierung ist vielmehr unangemessen. Für Krankenhäuser besteht sogar eine gesteigerte Anreizwirkung, angestellte Hebammen aus Kostengründen (Einsparung der Haftpflichtversicherung und Auslagerung des Regressrisikos) in die Freiberuflichkeit zu drängen.

Der Vorschlag ist aus verfassungsrechtlichen Gründen abzulehnen. Zwischen angestellten und freiberuflichen Hebammen bestehen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht, dass sie eine Ungleichbehandlung in Regressfällen rechtfertigen könnten.

Bereits heute berichten auch Ärzte und Krankenhäuser, dass diese durch überproportionalen Prämienanstieg zum Rückzug aus der geburtshilflichen Versorgung gezwungen werden. Eine wie vom Gesetzgeber geplante Regelung zum Regressverzicht für freiberufliche Hebammen wird durch ihre präjudizierende Wirkung vermutlich auch die Forderungen der Ärzte und Krankenhäuser mit sich bringen, vergleichbarer Begünstigungen gegenüber der KV und PV zu erhalten.

Der BKK Dachverband lehnt einen Regressverzicht für die KV und PV daher ab.

Vielmehr sollten andere Lösungen gefunden werden um der Haftpflichtproblematik im Gesundheitswesen zu begegnen. Dabei bietet sich aus Sicht des BKK Dachverbandes die Prüfung der bereits in der öffentlichen Diskussion befindlichen kollektiven Ausrichtung des Haftungsrisikos aller Gesundheitsberufe, z.B. durch Eingliederung der Berufshaftpflicht des gesamten Heilwesens in die bestehende gesetzliche Unfallversicherung, an.

Sollte der Gesetzgeber an der beabsichtigten Lösung festhalten, kann dies aus Sicht des BKK Dachverbandes nur unter den nachfolgenden Voraussetzungen erfolgen:

- (I.) Der Regressverzicht ist auf alle Kostenträger (PKV, RV usw.) auszudehnen.
- (II.) Der GKV sind die Kosten, die durch den Regressverzicht entstehen, durch eine Aufstockung des Bundeszuschusses auszugleichen.
- (III.) Ein Regressverzicht erfolgt erst ab einem vorgegebenen Höchstbetrag. So sollte die Regresspflicht freiberuflicher Hebammen gegenüber jedem Kostenträger bis zu einem Schwellenwert weiterbestehen bleiben. Nur die darüberhinausgehenden Kosten sollten nicht der Regresspflicht unterliegen. Während die Kostenträger für einen großen Teil der Schadensfälle mit begrenzten Schadenssummen einen Regress stellen könnten, würden die privaten Versicherungsunternehmen dennoch teilweise von der Schwierigkeit der Kalkulation schwerer Schäden mit ungewiss hohen Schadenssummen befreit.
- (IV.) Ebenfalls muss sichergestellt werden, dass hohe Schadenssummen nicht zu einer Überbelastung einzelner Krankenkassen führen. Insbesondere im System der Betriebskrankenkassen bestehen Krankenkassen, deren Größe es nicht oder nur schwer ermöglicht, hohe Schadenssummen schadlos auf die eigene Gemeinschaft weniger tausend Versicherter zu übertragen. Zur Vermeidung von Überlastungen einzelner Krankenkassen sollte daher ein System zum anteiligen Ausgleich dieser Kosten in Erwägung gezogen werden. Als Instrument kann ein Risikopool dienen, um den der Morbi-RSA erweitert wird. Dessen Wiedereinführung hat der BKK Dachverband bereits u.a. im Zusammenhang mit dem Zuweisungsmechanismus für Hochkostenfälle gefordert (vgl. Stel-

lungnahme des BKK DV zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA vom 08.11.2013).

Dafür werden die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben oberhalb eines noch zu bestimmenden Schwellenwerts den Krankenkassen als anteiliger IST-Kostenausgleich erstattet. Hohe Schadenssummen durch Behandlungsfehler freiberuflicher Hebammen könnten somit über den Risikopool unkompliziert ausgeglichen werden, um unzumutbare Härten für Einzelkassen abzuwenden.

b) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 6.

Nr. 52

§ 137c (§ 137c Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus)

Nach § 137c Absatz 2 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss bisher keine Entscheidung nach Absatz 1 getroffen hat, dürfen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden, wenn sie das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt.“

a) Gewünschte Änderung:
Streichung des Absatz 3

b) Begründung:
Gerichtsurteile stellen klar, dass neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus nicht zulasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen obwohl kein Negativvotum des G-BA vorliegt wenn eine Leistung nicht wirtschaftlich ist (BSG, Urteil vom 21.03.2013 – B 3 KR 2/12 R) oder die Leistung nicht den Qualitätsstandards bzw. dem allgemeine Stand der medizinischen Erkenntnisse (§ 21 Satz 3 SGB V) entsprechen (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 27.01.2012 – L 4 KR 2272/10).
Der neue Absatz 3 würde dazu führen, dass Krankenkassen im Krankenhaus erbrachte Leistungen, zu denen kein Negativvotum des G-BA vorliegt, auch dann erstatten müssten, wenn diese Leistungen nicht wirtschaftlich sind oder die üblichen Qualitätsstandards unterschreiten.

Nr. 53

§ 137f (Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten)

§ 137f Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 2 werden die Wörter „zu empfehlenden“ gestrichen.
- b) Es wird folgender Satz angefügt:

„Bis zum 31. Dezember 2016 legt der Gemeinsame Bundesausschuss weitere in § 321 Satz 1 nicht genannte, geeignete chronische Krankheiten fest und erlässt insbesondere für die Behandlung von Rückenleiden und Depressionen jeweils entsprechende Richtlinien nach Absatz 2.“

a) Gewünschte Änderung

Streichung des Satz 3

b) Begründung

Die mit den Änderungen intendierte Stärkung und Weiterentwicklung des Versorgungsansatzes der strukturierten Behandlungsprogramme ist grundsätzlich zu begrüßen. Das Versorgungskonzept der strukturierten Behandlungsprogramme hat sich für die bisher ausgewählten Indikationen Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Brustkrebs, koronare Herzkrankheit und chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen (Asthma bronchiale und COPD) bewährt und sollte auf weitere, geeignete Erkrankungen ausgeweitet werden. Ebenfalls bewährt hat sich das seit Einführung der Behandlungsprogramme durchgeführte Beratungs- und Beschlussverfahren zu den Anforderungen an die Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Daher war die bereits mit dem Versorgungsstrukturgesetz vorgenommene Übertragung der Regelungskompetenz vom Bundesministerium für Gesundheit (Rechtsverordnung) auf den Gemeinsamen Bundesausschuss zur Festlegung dieser Anforderungen in eigene Richtlinien folgerichtig.

Um das Angebot der strukturierten Behandlungsprogramme zu erweitern, wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, bis zum 31. Dezember 2016 für weitere geeignete chronische Krankheiten neue strukturierte Behandlungsprogramme zu entwickeln. Hierzu hat er in seinen Richtlinien die entsprechenden Anforderungen an die Ausgestaltung der neuen Behandlungsprogramme zu regeln. Es wird gesetzlich vorgegeben, dass der Gemeinsame Bundesausschuss insbesondere für die Behandlung von Rückenleiden und Depressionen in der genannten Frist entsprechende Regelungen zu treffen hat.

Es ist zu begrüßen, dass der Gesetzgeber nach nunmehr fast vier Jahren seit der letzten Einführung eines neuen DMP (Einführung des Moduls Herzinsuffizienz zum 01.07.2010) das bewährte Versorgungskonzept „DMP“ auch auf weitere geeignete Erkrankungen ausweiten und die Fortführung voran treiben möchte. Dies deckt sich mit dem Interesse der Krankenkassen und insgesamt der Selbstverwaltung.

Zur Frist:

Der G-BA hat mit Beschluss vom 21.08.2014 bereits vier neue Indikationen (Herzinsuffizienz, Rheumatoide Arthritis, Osteoporose und Rückenschmerz) festgelegt, für die die Beratungen über die Anforderungen an die Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme aufgenommen werden sollen. Gleichzeitig wurde entsprechend § 4 des 6. Kapitels der Verfahrensordnung des G-BA das IQWiG mit der Leitlinienrecherche und Extraktion der DMP-relevanten Leitlinienempfehlungen beauftragt. Die Endberichte sind zum 31.12.2015 (für Herzinsuffizienz) bzw. 31.03.2016 (für Rheumatoide Arthritis, Osteoporose und Rückenschmerz) fertig zu stellen. Erst nach Fertigstellung der Berichte kann die Beratung und Erarbeitung der Anforderungen in den Expertenarbeitsgruppen beginnen.

Mit diesen Beschlüssen ist der G-BA bereits jetzt dem in § 137f Abs. 1 Satz 1 enthaltenen Auftrag zur Festlegung der für ein DMP geeigneten Erkrankungen nachgekommen. Eine Fristensetzung ist daher alleine in Bezug auf die Auswahl neuer geeigneter Erkrankungen entbehrlich. Für die Festlegung über die im Beschluss vom 21.08.2014 hinausgehende geeignete Erkrankungen ist die genannte Frist ebenfalls entbehrlich, da zunächst die Anforderungen für die gerade beschlossenen Erkrankungen erstellt werden sollten.

Gemäß der zur geplanten Änderung angeführten Begründung bezieht sich die Fristsetzung jedoch nicht auf die alleinige Festlegung neuer, geeigneter Erkrankungen. Vielmehr sind bis zum genannten Termin 31.12.2016 „neue strukturierte Behandlungsprogramme zu entwickeln.“ Dies umfasst die vollständige Fertigstellung der Anforderungen an die Ausgestaltung der Programme. Dies ist unter Beachtung der Verfahrensordnung des G-BA nicht realisierbar.

So sind gemäß Verfahrensordnung für die Beratung zur Erstellung der Anforderungen an die Ausgestaltung der Programme das IQWiG mit der Leitlinienrecherche und Extraktion der DMP-relevanten Leitlinienempfehlungen zu beauftragen. Diese Beauftragung dient der Erfüllung der gesetzlichen Anforderung an die Programme nach § 137f Abs. 1 Satz 2 Nummer 3 sowie Abs. 2 Satz 2 Nummer 1. Demnach ist die Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien zu prüfen sowie die Anforderungen an die Behandlung „unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz“ zu regeln. Die hierauf basierende Berichtserstellung benötigt i. d. R. 12 – 18 Monate. Daran schließt sich der Beratungs- und Erstellungsprozess an. Dieser benötigt ebenfalls mit der notwendigen Sorgfalt ca. 12 – 18 Monate bis zur Beschlussempfehlung. Es schließen sich die gesetzlich vorgesehenen Stellungnahme-, Anhörungs- und Beanstandungsverfahren an.

Unter Beachtung der Qualitätssicherung und der Sorgfaltspflicht an die für die Richtlinien zu verfassenden Anforderungen ist der Zeitablauf nur in Ausnahmefällen kürzer.

Zur inhaltlichen Vorgabe „und erlässt insbesondere für die Behandlung von Rückenleiden und Depressionen jeweils entsprechende Richtlinien nach Absatz 2.“:

Gemäß § 137f Abs. 1 Satz 1 legt der G-BA geeignete chronische Krankheiten fest. Mit der geplanten Anfügung u.a. des Halbsatzes „und erlässt insbesondere für die Behandlung von Rückenleiden und Depressionen jeweils entsprechende Richtlinien nach Absatz 2“ greift der Gesetzgeber direkt in die zuvor erteilte Regelungskompetenz ein. Bereits gefasste Beschlüsse, wie der Beschluss vom 21.08.2014 zur Festlegung geeigneter Erkrankungen werden mit der geplanten Neuregelung konterkariert.

Wie bereits oben ausgeführt, hat der G-BA mit Beschluss vom 21.08.2014 vier weitere, geeignete Erkrankungen festgelegt, für die die Beratungen zur Erstellung der Anforderungen an die Ausgestaltung der Programme aufgenommen werden sollen. Bei dem Beschluss vom 21.08.2014 vorgelagerten Beratung wurden insgesamt 33 Anträge eingehend unter Berücksichtigung der in § 137f Abs. 1 SGB V festgelegten Kriterien: (1) Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgungsqualität, (2) Verfügbarkeit evidenzbasierter Leitlinien, (3) Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten, (4) Umsetzbarkeit eines DMP zur vorgeschlagenen Krankheit, (5) Epidemiologie und Krankheitsverlauf, (6) an der Versorgung beteiligte Sektoren (sektorenübergreifender Behandlungsbedarf), (7) hoher finanzieller Aufwand der Behandlung und Folgekosten, (8) Erfahrungen mit DMP aus dem In- und Ausland beraten.

Im Ergebnis wurden die Indikationen Herzinsuffizienz, Rheumatoide Arthritis, Osteoporose und chronischer Rückenschmerz ausgewählt.

Die nun vom Gesetzgeber geplante Festschreibung des Erlasses von Richtlinien zu der Indikation Rückenschmerz und Depression widerspricht dem Beratungsergebnis und dem Beschluss des G-BA. Die Depression wurde ausweislich der der Beschlussfassung vom 21.08.2014 beigefügten Ergebnistabelle (siehe Anlage) als nur bedingt geeignete Erkrankung bewertet (Platz 9). Insbesondere das Kriterium „Umsetzbarkeit eines DMP“ wurde mit lediglich einem Punkt (Punktebereich 0 – 3) bewertet.

Anders als der Gesetzgeber nach der Beurteilung einer einzelnen Leitlinie sahen die Experten der Arbeitsgruppe (einschließlich der Patientenvertreter) nach der Bewertung einer Vielzahl von Unterlagen die Depression nicht als für das Versorgungskonzept DMP geeignete Erkrankung an. Die im Begründungstext angeführte Nationale Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ wurde dabei auf Grund der abgelaufenen Gültigkeit nicht berücksichtigt.

Der Beschluss des G-BA vom 21.08.2014 sieht vor, die Beratungen u.a. zu den Anforderungen an ein strukturiertes Behandlungsprogramm für die Indikation chronischer Rückenschmerz aufzunehmen. Die Leitlinienrecherche dazu wurde bereits beauftragt (siehe oben). Erst nach Abschluss der Leitlinienrecherche und der Extraktion der DMP-spezifischen Anforderungen kann festgestellt werden, ob tatsächlich alle gesetzlich geforderten Anforderungen an ein DMP chronische Rückenschmerzen beschrieben werden können und somit eine Richtlinie dazu erlassen werden kann. Die geplante Änderung schreibe dem G-BA jedoch vor, dass auch dann eine Richtlinie zu erlassen ist, wenn die Anforderungen nicht erfüllt sind. Dies widerspricht den übrigen Regelungen

des § 137f und ist ein direkter Eingriff in die Arbeit des G-BA. Da mit der Teilnahme an einem DMP auch finanzielle Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds verbunden sind, sollte hier im Besonderen auf die Einhaltung der gesetzlichen Vorschrift und Verfahrensordnungen geachtet werden.

Nr. 54

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

Nach § 137g wird folgender § 137h eingefügt:

„§ 137h

Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten der Risikoklassen IIb und III

Ein Krankenhaus, das hinsichtlich einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode, bei der ein Medizinprodukt der Risikoklasse IIb oder III nach Artikel 9 in Verbindung mit Anhang IX der Richtlinie 93/42/EWG zur Anwendung kommen soll, erstmalig eine Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes stellt, hat dem Gemeinsamen Bundesausschuss zugleich Informationen über den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu dieser Methode sowie zu der Anwendung des Medizinprodukts zu übermitteln. Weist die Methode ein neues theoretisch- wissenschaftliches Konzept auf, gibt der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Informationen im Wege einer öffentlichen Bekanntmachung im Internet allen Krankenhäusern, die eine Erbringung der neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode vorsehen, sowie den jeweils betroffenen Medizinprodukteherstellern in der Regel einen Monat Gelegenheit, weitere Informationen im Sinne von Satz 1 an ihn zu übermitteln. Der Gemeinsame Bundesausschuss nimmt auf Grundlage der übermittelten Informationen innerhalb von drei Monaten eine Bewertung vor, ob der Nutzen der Methode unter Anwendung des Medizinprodukts als hinreichend belegt anzusehen ist, der Nutzen zwar als noch nicht hinreichend belegt anzusehen ist, aber die Methode unter Anwendung des Medizinprodukts das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, oder die Methode unter Anwendung des Medizinprodukts kein Potential für eine erforderliche Behandlungsalternative bietet, insbesondere weil sie als schädlich oder unwirksam anzusehen ist.

Für den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Satz 3 gilt § 94 Absatz 2 Satz 1 entsprechend. Das Nähere zum Verfahren ist bis zum [einfügen: letzter Tag des dritten Monats nach Inkrafttreten des Gesetzes] in der Verfahrensordnung zu regeln.

Für eine Methode nach Absatz 1 Satz 3 Nr. 1 prüft der Gemeinsame Bundesausschuss, ob Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung in einer Richtlinie nach § 137 zu regeln sind. Wenn die Methode mit pauschalierten Pflegesätzen nach § 17 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes noch nicht sachgerecht vergütet werden kann und eine Vereinbarung nach § 6 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 6 Absatz 2 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung nicht innerhalb von drei Monaten nach dem Beschluss nach Absatz 1 Satz 3 zustande kommt, ist ihr Inhalt durch die Schiedsstelle nach § 13 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 13 der Bundespflegesatzverordnung festzulegen.

Für eine Methode nach Absatz 1 Satz 3 Nr. 2 entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von 6 Monaten nach dem Beschluss nach Absatz 1 Satz 3 über eine Richtlinie zur Erprobung nach § 137e. Krankenhäuser, die die Methode unter Anwendung des Medizinprodukts zu Lasten der Krankenkassen erbringen wollen, sind verpflichtet, an einer Erprobung nach § 137e teilzunehmen. Die Erprobung ist in der Regel innerhalb von 3 Jahren abzuschließen, es sei denn, dass auch bei Straffung des Verfahrens im Einzelfall eine längere Erprobungszeit erforderlich ist. Nach Abschluss der Erprobung entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von drei Monaten über eine Richtlinie nach § 137c.

Für eine Methode nach Absatz 1 Satz 3 Nr. 3 ist eine Vereinbarung nach § 6 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 6 Absatz 2 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung ausgeschlossen; der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet unverzüglich über eine Richtlinie nach § 137c Absatz 1 Satz 2.“

a) Gewünschte Änderung

Keine

b) Begründung

Der Vorschlag wird begrüßt. Eine frühe systematische (Nutzen-)Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) basierend auf der Anwendung von Medizinprodukten der höchsten Risikoklassen (IIb oder III) im Krankenhaus soll unter Einbeziehung des Gemeinsamen Bundesausschusses eingeführt werden, der binnen sechs Monaten eine Richtlinie zur Erprobung gemäß § 137e zu beschließen hat. Alle Krankenhäuser mit Interesse an einer Anwendung dieser Methode, sind verpflichtet, an der Erprobung teilzunehmen. Wird dabei ein Nutzen der risikoreichen neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode nachgewiesen, steht sie als stationäre Methode flächendeckend zur Verfügung und kann zu Lasten der Krankenkassen im Krankenhaus erbracht werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann zudem eine begleitende Richtlinie zur Qualitätssicherung der Leistungserbringung. Wird hingegen kein Nutzen, sondern vielmehr ein Schadenspotential festgestellt, hat der Gemeinsame Bundesausschuss über eine entsprechende Richtlinie gemäß § 137c zu entscheiden.

Insgesamt bewirkt die frühe systematische (Nutzen-)Bewertung, dass Hochrisikoprodukte mit Schadenspotential schnellstmöglich identifiziert und nutzbringende Methoden schnell in die Patientenversorgung durch gesetzliche Krankenkassen einbezogen werden können.

Nr. 57

§ 140a NEU (Besondere Versorgung)

Der elfte Abschnitt des vierten Kapitels wird wie folgt gefasst:

*„Elfter Abschnitt Sonstige Beziehungen zu den Leistungserbringern
§ 140a Besondere Versorgung*

(1) Die Krankenkassen können Verträge mit den in Absatz 3 genannten Leistungserbringern über eine besondere Versorgung der Versicherten abschließen. Die besondere Versorgung ermöglicht Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung) oder die Vereinbarung besonderer ambulanter Versorgungsaufträge.

(2) Die Verträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen beinhalten. Die Verträge können auch Abweichendes von den im Dritten Kapitel benannten Leistungen beinhalten, soweit sie die in § 11 Absatz 6 genannten Leistungen, Leistungen nach den §§ 20d, 25, 26, 37a und 37b sowie ärztliche Leistungen einschließlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden betreffen. Sätze 1 und 2 gelten insoweit, als über die Eignung der Vertragsinhalte als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 oder im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c Absatz 1 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat und die abweichende Regelung dem Sinn und der Eigenart der vereinbarten besonderen Versorgung entspricht, sie insbesondere darauf ausgerichtet ist, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Der Aufsichtsbehörde ist die Einhaltung von Wirtschaftlichkeitskriterien vier Jahre nach Wirksamwerden des Vertrages nachzuweisen. Für die Qualitätsanforderungen zur Durchführung der Verträge gelten die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie die in den Bundesmantelverträgen für die Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung beschlossenen Anforderungen als Mindestvoraussetzungen entsprechend. Gegenstand der Verträge dürfen auch Vereinbarungen sein, die allein die Organisation der Versorgung betreffen.

a) Gewünschte Änderung:

Einfügen eines 5. Satzes: *„Für Projekte mit einem präventiven Ansatz kann ggf. in Abstimmung mit der Aufsichtsbehörde die Frist zum Nachweis der Einhaltung von Wirtschaftlichkeitskriterien verlängert werden.*

b) Begründung:

Präventive Ansätze benötigen zur Entfaltung einer nachweisbaren Wirksamkeit in der Regel länger als 4 Jahre.

(3) Die Krankenkassen können Verträge abschließen mit:

- 1. nach diesem Kapitel zur Versorgung der Versicherten berechtigten Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften,*
- 2. Trägern von Einrichtungen, die eine besondere Versorgung durch zur Versorgung der Versicherten nach dem Vierten Kapitel berechnete Leistungserbringer anbieten,*
- 3. Pflegekassen und zugelassenen Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage des § 92b des Elften Buches,*
- 4. Praxiskliniken nach § 115 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1,*
- 5. pharmazeutischen Unternehmen,*
- 6. Herstellern von Medizinprodukten im Sinne des Gesetzes über Medizinprodukte,*
- 7. Kassenärztlichen Vereinigungen.*

Die Partner eines Vertrages über eine integrierte Versorgung nach Absatz 1 können sich auf der Grundlage ihres jeweiligen Zulassungsstatus für die Durchführung der besonderen Versorgung darauf verständigen, dass Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs-, Ermächtigungs- oder Berechtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt ist.

a) Gewünschte Änderung:

Einfügen eines Punkt 8.: „Fachärzten für Arbeitsmedizin oder den über die Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin verfügenden Ärzten oder deren Gemeinschaften, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, für Leistungen zur Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen nach § 25.“

b) Begründung:

Eine Verzahnung der Versorgung in allen Lebenswelten ist sinnvoll. Strukturen und Prozesse ließen sich verbessern, wenn Krankenkassen, Werksärzte und niedergelassene Ärzte vernetzt und Hand in Hand arbeiten können.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen sollten daher auch die Möglichkeit für den Abschluss von Selektivverträgen im Bereich der Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen nach § 25 mit geeigneten Fachärzten für Arbeitsmedizin oder den über die Zusatzbezeichnung "Betriebsmedizin" verfügenden Ärzten, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, vorsehen. Dabei muss sichergestellt sein, dass für die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung als Mindestvoraussetzungen die Anforderungen für die vertragsärztliche Versorgung gelten.

(4) Die Versicherten erklären ihre freiwillige Teilnahme an der besonderen Versorgung schriftlich gegenüber ihrer Krankenkasse. Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur zeitlichen Bindung an die Teilnahmeerklärung, zur Bindung an die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten, regeln die Krankenkassen in den Teilnahmeerklärungen. Die Satzung der

Krankenkasse hat Regelungen zur Abgabe der Teilnahmeerklärungen zu enthalten. Die Regelungen sind auf der Grundlage der Richtlinie nach § 217f Absatz 4 a zu treffen.

(5) Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der für die Durchführung der Verträge nach Absatz 1 erforderlichen personenbezogenen Daten durch die Vertragspartner nach Absatz 1 darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information der Versicherten erfolgen.

(6) Für die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Absatz 3 Satz 2 gilt § 73b Absatz 7 entsprechend."

a) Gewünschte Änderung:

aa) Einfügen eines Satz 2: „Ausnahmen von der Bereinigungsverpflichtung kann es für Verträge nach § 140a SGB V dann geben, wenn das Bereinigungsvolumen nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Bereinigungsaufwand steht und die Kosten der Bereinigung das Bereinigungsvolumen überschreiten.“

ab) Einfügen eines Satz 3: „Für Verordnungen im Rahmen der besonderen Versorgung sind bundeseinheitliche Vertragskennzeichen nach der Vorgabe des GKV SV über Aufbau und Vergabe eines Vertragskennzeichens für besondere Versorgungsformen, die auf den Vordrucken zu verwenden sind und Gegenstand notwendiger Datenübermittlungen sind“

b) Begründung:

ba) Die aufwendigen und auch teuren Bereinigungsverfahren sind immer dann ein besonderes Hemmnis bei der Umsetzung von Selektivverträgen, wenn die zu bereinigende Vergütungssumme relativ gering ist und nicht in einem vernünftigen Verhältnis zum Aufwand des Bereinigungsverfahrens steht. Damit Kassen nicht zur Bereinigung gezwungen sind, wenn die Kosten der Bereinigung größer oder gleich der zu bereinigenden Vergütungssumme sind, sollte den Kassen die Bereinigung durch eine „Kann“-Regelung freigestellt werden – mit Ausnahme der Versorgungsmodelle mit einem Kontrahierungszwang.

Immer dann, wenn sich eine Bereinigung für die Kassen finanziell lohnt, werden sie eine Bereinigung ohnehin durchführen.

bb) Die Vertragskennzeichenvergabe sollte nicht über die Vertragspartner der Bundesmantelverträge erfolgen sondern über die Vorgabe des GKV-SV über Aufbau und Vergabe eines Vertragskennzeichens für besondere Versorgungsformen. Die Vergabe von Vertragskennzeichen nach der Vorgabe des GKV SV ist bei allen Kassenarten bereits implementiert und wird im Rahmen des Datenträgeraustauschs bereits genutzt. Es war bisher nur nicht möglich, die Muster 16 mit einem entsprechenden Vertragskennzeichen zu versehen, da es bisher in der Formalkommission diesbezüglich keine Einigung gab. Eine Implementierung von „neuen“ Kennzeichen führt zu wieder zu noch mehr Bürokratie und zusätzlichen Kosten. Vielmehr muss die Vorgabe des GKV SV für die Vergabe von Vertragskennzeichen erweitert bzw. angepasst werden.

NEU

a) Gewünschte Änderung

Ergänzung eines Absatz 7:

„Exklusivverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern sollen nicht erlaubt sein. In einem Vertrag zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer darf der Vertragsabschluss mit anderen Krankenkassen nicht ausgeschlossen werden.“

b) Begründung:

Exklusivverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern bzw. der vertragliche Ausschluss der Teilnahme anderer Kassen am Selektivvertrag sollen nicht erlaubt sein. Ansonsten bestünde die Gefahr, dass die Versicherten dieser Krankenkassen von den Vorteilen eines Selektivvertrages mit den entsprechenden Leistungserbringern ausgeschlossen wären.

Nr. 60

§ 220 Grundsatz

„In § 220 Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „§§ 73 bis 77 Absatz 1a Satz 1 bis 4“ durch die Angabe „§§ 73 bis 77 Absatz 1a Satz 1 bis 6“ ersetzt.“

a) Gewünschte Änderung

keine

b) Begründung

In Anbetracht des Volumens des Gesundheitsfonds erscheint eine Prüfung der Jahresrechnung durch einen Wirtschaftsprüfer – entsprechend den Anforderungen an die Jahresabschlüsse der Krankenkassen – als sachgerecht.

Nr. 64

§ 275 (Begutachtung und Beratung)

Nach § 275 Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:

„(4a) Soweit die Erfüllung der dem Medizinischen Dienst obliegenden Aufgaben nicht beeinträchtigt wird, kann er Beamte nach § 48 Bundesbeamtengesetz ärztlich untersuchen und ein ärztliches Gutachten fertigen. Die hierdurch entstehenden Kosten sind von der Bundesbehörde zu erstatten. § 281 Absatz 1a Satz 2 gilt entsprechend. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen und das Bundesministerium des Innern vereinbaren unter Beteiligung der Medizinischen Dienste, die ihre grundsätzliche Bereitschaft zur Wahrnehmung von Aufgaben nach Satz 1 erklärt haben, das Nähere über das Verfahren und die Höhe der Kosten-erstattung. Die Medizinischen Dienste legen diese Vereinbarung ihrer Aufsichtsbehörde vor, die der Vereinbarung innerhalb von drei Monaten nach Vorlage widersprechen kann.“

a) Gewünschte Änderung

Keine

b) Begründung

Die Übernahme von Begutachtungsaufträgen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) bei der Beurteilung von Dienstfähigkeit bei den Bundesbeamten ist aus fachlichen Erwägungen nicht zu beanstanden. Die MDK verfügen über die notwendige fachliche Kompetenz. Die Beurteilung bzw. Überprüfung von attestierter Arbeitsunfähigkeit obliegt bereits jetzt den MDK (275 Abs.1, 1a SGB V), sodass die Übertragung des Aufgabenfeldes der Begutachtung von Dienstfähigkeit (§§ 44 ff. Bundesbeamtengesetz) aufgrund des medizinischen Wissens und sozialmedizinischer Kenntnisse lediglich eine Erweiterung der ohnehin gesetzlich bestehenden Beauftragungsmöglichkeit bei Überprüfung von Arbeitsunfähigkeit darstellt.

Aufgrund der sehr begrenzt bemessenen personellen und zeitlichen Ressourcen erscheint eine Übernahme von „zusätzlichen“ Aufgaben nicht adäquat umsetzbar. Es ist in jedem Fall sicherzustellen, dass die Ressourcen der MDK für die ihnen vorrangig obliegenden Aufgaben verwandt werden und die Kassen in ihrem Prüfgeschäft uneingeschränkt handlungsfähig bleiben.

Nr. 66

§ 279 (Verwaltungsrat und Geschäftsführer)

§ 279 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „wird von den Vertreterversammlungen“ durch die Wörter „wird zu zwei Dritteln von den Verwaltungsräten“ ersetzt.

bb) In Satz 2 wird die Angabe „§ 51 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4, Abs. 6 Nr. 2 bis 4, Nr. 5 Buchstabe b und c und Nr. 6 Buchstabe a“ durch die Angabe „§ 51 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 und Absatz 6 Nummer 2 bis 6“ ersetzt.

cc) Folgende Sätze werden angefügt:

„Ein Drittel des Verwaltungsrats wird von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes bestimmt, und zwar jeweils zur Hälfte auf Vorschlag der für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden Angehörigen maßgeblichen Organisationen auf Landesebene und auf Vorschlag der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene. Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes bestimmt die Voraussetzungen der Anerkennung der maßgeblichen Organisationen und Verbände nach Satz 4, insbesondere zu den Erfordernissen an die Organisationsform und die Offenlegung der Finanzierung. Gleichzeitig legt sie Einzelheiten für das Verfahren der Übermittlung und der Bearbeitung der Vorschläge fest.“

b) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „sechzehn Vertreter“ durch die Angabe „18 Mitglieder“ ersetzt.

c) Nach Absatz 6 wird folgender Absatz 7 angefügt:

„(7) Sofern die Amtsdauer eines Verwaltungsrats am ... [Einsetzen: Erster Tag des sechsten Monats nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes] noch mehr als drei Jahre beträgt, gilt Absatz 2 Satz 4 bis 6 entsprechend mit der Maßgabe, dass sich die Zahl der Verwaltungsratsmitglieder für die verbleibende Amtsdauer um bis zu einem Drittel durch die von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes bestimmten Personen vergrößert; die Höchstzahl darf abweichend von Absatz 3 Satz 1 überschritten werden.“

a) Gewünschte Änderung

- aa) Beibehaltung der ursprünglichen Regelung. Streichung der Änderungen in § 279 a – c.
- ab) § 279 wird wie folgt geändert:
Änderung der Überschrift: § 279 Verwaltungsrat, Geschäftsführer und Beirat
- ac) Es wird ein neuer Absatz 5 eingefügt. Der bisherige Absatz 5 wird zu Absatz 7, der bisherige Absatz 6 wird zu Absatz 8:

„In den Medizinischen Diensten erhalten die für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden Angehörigen maßgeblichen Organisationen auf Landesebene ein Mitberatungsrecht (Pflegerbeirat); die Organisationen benennen hierzu sachkundige Personen. Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes bestimmt die Voraussetzungen der Anerkennung der maßgeblichen Organisationen und Verbände nach Satz 1, insbesondere zu den Erfordernissen an die Organisationsform und der Offenlegung der Finanzierung. Gleichzeitig legt sie Einzelheiten für das Verfahren der Übermittlung und der Bearbeitung der Benennungen fest. Die von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes benannten Personen bilden einen Beirat. Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. Die Zahl der sachkundigen Personen im Beirat soll höchstens einem Drittel der Verwaltungsratsmitglieder entsprechen. Die sachkundigen Personen erhalten Reisekosten nach den Vorschriften des Landes über Reisekostenvergütung, Ersatz des Verdienstausfalls in entsprechender Anwendung des § 41 Abs.2 des Vierten Buches sowie einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünftelstels der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 des Vierten Buches) für jeden Kalendertag einer Sitzung. Der Anspruch richtet sich gegen den Medizinischen Dienst, in denen sie als sachkundige Personen mitberatend tätig sind.“

Es wird eine neuer Absatz 6 eingefügt:

„Der Beirat ist bei der Aufstellung der Richtlinien nach § 280 Absatz 1 Nummer 4 für die Erfüllung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes unter Berücksichtigung der Richtlinien und Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 282 Absatz 2, sofern Fragen der Pflegebedürftigkeit betroffen sind, zu beteiligen. Der Beirat ist insbesondere für die Erarbeitung einer für die Allgemeinheit verständlichen Kommunikationsstrategie und transparenter Informationen für Pflegebedürftige sowie ihrer Angehörigen zuständig. Er kann hierzu Vorschläge erarbeiten. Der Verwaltungsrat hat über die Vorschläge in der nächsten Sitzung zu beraten.“

b) Begründung

- ba) Die Erweiterung des Verwaltungsrates der MDK um Vertreter der Pflegeberufe sowie der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen ist aus fachlichen Erwägungen

gen heraus abzulehnen. Entsprechend der Regelungen des § 118 SGB XI sind die Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen bereits heute umfassend an der Erarbeitung der Richtlinien auf Bundesebene beteiligt. Die Richtlinien zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 17 SGB XI) und zur Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität (§ 114a Absatz 7 SGB XI) werden unter Beteiligung von Vertretern der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie von Vertretern der Pflegeberufe erarbeitet und sind für die MDK verbindlich. Damit haben sowohl die Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen als auch die Vertreter der Pflegeberufe bereits heute ausreichend Gelegenheit, ihre spezifischen Erfahrungen und Sichtweisen bei der Erarbeitung der Pflegerichtlinien für MDK-Prüfungen einzubringen. Auch die Einbeziehung von Vertretern der Pflegeberufe auf Landesebene ist nicht nachvollziehbar. Sie sind bereits auf Bundesebene ausreichend bei der Richtlinienarbeit eingebunden. Die Fachexpertise auf Landesebene wird durch die Angestellten der MDK sichergestellt. An der Begutachtung sowie an den Beratungen der MDK auf Landesebene sind sowohl Ärzte als auch Pflegekräfte beteiligt. Die Einbindung von Vertretern der Pflegeberufe in die Verwaltungsräte der MDK, wie von der Politik gefordert, ist folglich abzulehnen. Sie gefährdet die Statik eines sozialmedizinischen Dienstes als Gegengewicht zu den Leistungserbringern. Würden Leistungserbringer eingebunden, bestünde zudem die Gefahr, dass die Einbindung auf die anderen Leistungserbringer, insbesondere die Ärzte, ausgeweitet wird.

Der Referentenentwurf sieht eine stimmberechtigte Einbeziehung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen in die Verwaltungsräte der MDK vor. Diese Einbeziehung ist nicht begründbar. Der Verwaltungsrat trifft Beschlüsse von administrativer Bedeutung (Haushalts- und Organisationsfragen) für den jeweiligen MDK und ist fachlich an die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes gebunden. Eine Einbeziehung in die Verwaltungsräte der MDK wird dem Anliegen der Mitsprache und Einbeziehung der Betroffenenperspektive nicht gerecht. Die Kritik der Intransparenz und fehlender Nachvollziehbarkeit von Entscheidungen von Versicherten kann durch ein Mitspracherecht im Verwaltungsrat nicht aufgelöst werden. Eine Einbindung dieser Personengruppe sollte lösungsorientiert erfolgen (siehe hierzu Begründung bc).

Der Ausschluss von hauptamtlichen Krankenkassenmitarbeitern aus den Verwaltungsräten der MDK ist nicht nachvollziehbar und stärkt nicht per se die Unabhängigkeit der MDK. Ein Abweichen von der Struktur der Verwaltungsräte ist folglich abzulehnen. Die MDK selbst fällen Gutachten auf Grundlage der derzeitigen sozialrechtlichen Grundlagen, nach den verbindlichen Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes und nach berufsrechtlichen Anforderungen. Die Krankenkassenmitarbeiter können in ihrer Funktion als Verwaltungsräte der MDK die Begutachtungstätigkeit nicht beeinflussen. Die MDK haben darüber hinaus kein wirtschaftliches Eigeninteresse, weil diese umlagefinanziert werden und nicht von der einzelnen Inanspruchnahme abhängig sind. Die Letztentscheidungskompetenz liegt bei der Pflegekasse. Insoweit sind die Gutachten aus ihrer Systematik heraus

bereits unabhängig. Ein Ausschluss, um damit die Unabhängigkeit sicherzustellen, ist demnach nicht zielführend. Die Krankenkassen nutzen die Fachexpertise und den medizinischen Sachverstand der MDK. In den MDK werden nicht nur Pflegegutachten erstellt, sondern eine Vielzahl weiterer Themengebiete bearbeitet, die keinen unmittelbaren Einfluss auf die Versicherten haben. Gleichwohl haben diese Themen eine herausragende Bedeutung für die Krankenkassen und ein direkter Austausch mit der Geschäftsführung der MDK und Austausch untereinander ist dringend geboten. Hauptamtliche Krankenkassenmitarbeiter sind auf Grund ihrer Nähe zum täglichen Prüfgeschäft der Krankenkassen direkt einbezogen und kennen die aktuelle Situation in den Krankenkassen. Hiervon profitieren der MDK und die Versichertengemeinschaft gleichermaßen.

bb) Dies stellt eine Folgeänderung zu ac) dar.

bc) Der vom Gesetzgeber vorgesehene Einbezug von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen in die MDK-Strukturen ist zu begrüßen. Eine sinnvolle Verankerung ist jedoch nicht durch die Erweiterung der Verwaltungsräte der MDK, sondern durch die Schaffung eines Beirates, sinnvoll umsetzbar. Der Beirat sollte unabhängig von den Organen der MDK handeln und die Geschäftsführung sowie den Verwaltungsrat beratend unterstützen. Dieser neu einzurichtende Beirat bestünde aus Vertretern der Pflegebedürftigen und behinderten Menschen und würde den Leistungsbereich Pflege abdecken können. Mit der Einbeziehung derjenigen Organisationen, die für die Wahrnehmung der Interessen der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden Angehörigen zuständig sind, wären sachkundigen Personen direkt in die Beratungen eingebunden. Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen erhalten ein Mitberatungsrecht zu relevanten Themen, kein Stimmrecht. Das Mitberatungsrecht, anstelle eines Stimmrechts, schützt letztlich die entsandten Personen vor Inanspruchnahme durch Dritte, sie können sich hierdurch exkulpieren.

Dieser Beirat sollte die Selbstverwaltung sowie den Geschäftsführer der MDK in strategischen und operativen Fragestellungen beraten und unterstützen. Die Zuständigkeit des Beirates könnte insbesondere die Erstellung patientenfreundlicher bzw. laienverständlicher Kommunikationsstrategien sowie die Erstellung transparenter und nachvollziehbarer Informationen sein. Auch im Hinblick auf eine Verbesserung der Transparenz zu Begutachtungsprozessen und ihrer Optimierung ist eine Errichtung eines Beirates sinnvoll. Somit können Themen von übergeordneter aber auch konkret erlebbarer Bedeutung transparent und unter Mitwirkung von „Betroffenen“ aufgegriffen und umgesetzt werden.

Nr. 69

§ 295 (Abrechnung ärztlicher Leistungen)

In § 295 Absatz 1b Satz 1 und in Absatz 2a Satz 1 werden jeweils das Wort „integrierten“ durch das Wort „besonderen“ ersetzt und die Wörter „oder § 73c“ gestrichen.

a) Gewünschte Änderung

In § 295 Absatz 3 wird ein neuer Satz 2 mit folgendem Wortlaut angefügt:

„Die Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbaren bis zum 31. Dezember 2015 Richtlinien für die Vergabe und Dokumentation der Schlüssel nach Absatz 1 Satz 5 für die Abrechnung und Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen (Kodierrichtlinien); § 87 Abs. 6 gilt entsprechend.“

b) Begründung

Zur Bestimmung der Morbidität der Versicherten im Rahmen der Vergütung der Vertragsärzte nutzt der Bewertungsausschuss ein Patientenklassifikationssystem auf der Grundlage der ambulanten Behandlungsdiagnosen. Wie im DRG-System ("Diagnosis Related Groups") bedarf es auch im ambulanten Bereich Richtlinien zur Dokumentation von Diagnosen. Deshalb wird die Vereinbarung von Kodierrichtlinien durch die Bundesmantelvertragspartner bis spätestens 31.12.2015 gesetzlich vorgegeben. Die Neufassung des Satzes 2 erster Halbsatz stellt dies klar.

Nr. 71 (§299 Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung)

§ 299 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Abweichend von Satz 4 Nummer 1 können die Richtlinien, Beschlüsse und Vereinbarungen

- 1. auch eine Vollerhebung der Daten aller betroffenen Patienten vorsehen, sofern dies aus gewichtigen medizinisch fachlichen oder gewichtigen methodischen Gründen, die als Bestandteil der Richtlinien, Beschlüsse und Vereinbarungen dargelegt werden müssen, erforderlich ist,*
- 2. auch vorsehen, dass von einer Pseudonymisierung der versichertenbezogenen Daten abgesehen werden kann, wenn für die Qualitätssicherung die Überprüfung der ärztlichen Behandlungsdokumentation fachlich oder methodisch erforderlich ist und die technische Beschaffenheit des die versichertenbezogenen Daten speichernden Datenträgers eine Pseudonymisierung nicht zulässt oder eine Pseudonymisierung nur mit einem bezogen auf das Ziel der jeweiligen Qualitätssicherung unverhältnismäßig hohen Aufwand vorgenommen werden kann; die Gründe sind in den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen darzulegen.“*

bb) In Satz 7 wird der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt: „dies gilt nicht für die Kassenärztlichen Vereinigungen in Bezug auf die für die Durchführung der Qualitätsprüfung nach § 136 Absatz 2 erforderlichen Daten.“

a) Gewünschte Änderung

In Absatz 1 Satz 5 Nummer 2 wird das „und“ gestrichen und stattdessen eine Komma eingefügt:

„2. auch vorsehen, dass von einer Pseudonymisierung der versichertenbezogenen Daten abgesehen werden kann, wenn für die Qualitätssicherung die Überprüfung der ärztlichen Behandlungsdokumentation fachlich oder methodisch erforderlich ist, ~~und~~ die technische Beschaffenheit des die versichertenbezogenen Daten speichernden Datenträgers eine Pseudonymisierung nicht zulässt oder eine Pseudonymisierung nur mit einem bezogen auf das Ziel der jeweiligen Qualitätssicherung unverhältnismäßig hohen Aufwand vorgenommen werden kann; die Gründe sind in den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen darzulegen.“

b) Begründung

Die Regelungen in § 299 SGB V sind insgesamt ausdrücklich zu begrüßen. Die Qualitätssicherung im ambulanten Bereich scheiterte bisher an der nicht durchführbaren Qualitätsprüfung im ambulanten Bereich mangels entsprechender gesetzlicher Regelungen. Einzig die Verbindung mit einem „und“ normiert zusätzliche Anforderungen an ein Absehen von Pseudonymisierungen. Dies ist nicht begründbar. Bereits das Erfordernis der fachlichen und methodischen Notwendigkeit regelt eine Voraussetzung. Diese Voraussetzung sollte nicht durch weitere Kriterien verschärft werden, sondern als fakultative Voraussetzung normiert sein.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 2 werden folgende Sätze eingefügt:

„Das Verfahren zur Pseudonymisierung der Daten kann in den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen auch auf eine von den Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen oder deren jeweiligen Verbänden räumlich, organisatorisch und personell getrennte Stelle übertragen werden, wenn das Verfahren für die in Satz 1 genannten Leistungserbringer einen unverhältnismäßig hohen Aufwand bedeuten würde; für Verfahren zur Qualitätsprüfung nach § 136 Absatz 2 kann dies auch eine gesonderte Stelle bei den Kassenärztlichen Vereinigungen sein. Die Gründe für die Übertragung sind in den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen darzulegen.“

bb) Im neuen Satz 5 werden die Wörter „Abweichend von Satz 1 hat die Pseudonymisierung bei einer Vollerhebung nach Absatz 1 Satz 2“ durch die Wörter „Bei einer Vollerhebung nach Absatz 1 Satz 5 hat die Pseudonymisierung“ ersetzt.

a) Gewünschte Änderung

In Absatz 2 Satz 2 wird ein Halbsatz eingefügt:

„Das Verfahren der Pseudonymisierung der Daten kann in den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen auch auf eine von den Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen oder deren jeweiligen Verbänden räumlich, organisatorisch und personell getrennte Stelle übertragen werden, wenn das Verfahren für die in Satz 1 genannten Leistungserbringer einen unverhältnismäßig hohen Aufwand bedeuten würde oder es aus gewichtigen methodische Gründen erforderlich ist; für Verfahren nach §136 Abs. 2 kann dies auch eine gesonderte Stelle bei den Kassenärztlichen Vereinigungen sein. Die Gründe für die Übertragung sind in den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen darzulegen.“

b) Begründung

Hierdurch wird sichergestellt, dass eine Rückverfolgbarkeit ermöglicht wird. Ansonsten bestünde die Gefahr, dass die seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen angeforderten Behandlungsunterlagen beim Arzt unter gleichzeitiger Pseudonymisierung durch den Arzt selbst, nicht auf Vollständigkeit und Vollzähligkeit überprüft werden könnten. Eine Validierung wäre in solchen Fällen ausgeschlossen.

Artikel 2 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 2

„§ 106 (Wirtschaftlichkeitsprüfung)

(1) Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen überwachen die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch Beratungen und Prüfungen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich und die Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbaren Inhalt und Durchführung der Beratungen und Prüfungen nach Absatz 2 sowie die Voraussetzungen für Einzelfallprüfungen.

(2) Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung wird von der Prüfungsstelle nach § 106c geprüft durch
1. arztbezogene Prüfungen ärztlicher Leistungen nach § 106a,
2. arztbezogene Prüfungen ärztlich verordneter Leistungen nach § 106b.

Die Prüfungen werden auf der Grundlage der Daten durchgeführt, die der Prüfungsstelle nach § 106c gemäß § 296 Abs. 1, 2 und 4 sowie § 297 Abs. 1 bis 3 übermittelt werden. Hat die Prüfungsstelle Zweifel an der Richtigkeit der übermittelten Daten, ermittelt sie die Datengrundlagen für die Prüfung aus einer Stichprobe der abgerechneten Behandlungsfälle des Arztes und rechnet die so ermittelten Teildaten nach einem statistisch zulässigen Verfahren auf die Grundgesamtheit der Arztpraxis hoch.

(3) Die Prüfungsstelle nach § 106c bereitet die für die Prüfungen nach Absatz 2 erforderlichen Daten und sonstigen Unterlagen auf, trifft Feststellungen zu den für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit wesentlichen Sachverhalten und entscheidet unter Beachtung der Vereinbarungen nach § 106a und § 106b, ob der Vertragsarzt, der ermächtigte Arzt oder die ermächtigte Einrichtung gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat und welche Maßnahmen zu treffen sind. Eine Maßnahme kann insbesondere auch die Festsetzung einer Rückzahlung sein. Gezielte Beratungen sollen weiteren Maßnahmen in der Regel vorangehen. Die Prüfungsstelle berät die Vertragsärzte auf der Grundlage von Übersichten über die von ihnen im Zeitraum eines Jahres oder in einem kürzeren Zeitraum erbrachten, verordneten oder veranlassten Leistungen über Fragen der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung.

(4) Werden Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht in dem vorgesehenen Umfang oder nicht entsprechend den für ihre Durchführung geltenden Vorgaben durchgeführt, haften die zuständigen Vorstandsmitglieder der Krankenkassenverbände und Kassenärztlichen Vereinigungen für eine ordnungsgemäße Umsetzung. Können Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht in dem vorgesehenen Umfang oder nicht entsprechend den für ihre Durchführung geltenden Vorgaben durchgeführt werden, weil die erforderlichen Daten nach den §§ 296 und 297 nicht oder nicht im vorgesehenen Umfang oder nicht fristgerecht übermittelt worden sind, haften die zuständigen Vorstandsmitglieder der Krankenkassen oder der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die zuständige Aufsichtsbehörde hat nach Anhörung der Vorstandsmitglieder und der jeweils entsandten Vertreter im Ausschuss den Verwaltungsrat oder die Vertreterversammlung zu veranlassen, das Vorstandsmitglied auf Ersatz des aus der Pflichtverletzung entstandenen Schadens in Anspruch

zu nehmen, falls der Verwaltungsrat oder die Vertreterversammlung das Regressverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten auch für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen und belegärztlichen Leistungen; § 106d gilt entsprechend.“

a) Gewünschte Änderung

Abs. 3 Satz 2 sollte umformuliert werden in: „Eine Maßnahme ist insbesondere auch die Festsetzung einer Rückzahlung.“

b) Begründung

Durch die Neufassung von § 106 zum 1.1.2017 (Artikel 2 Nr. 2) wird die Richtgrößenprüfung entfallen und durch neue regionale Prüfungen ersetzt. Der alte § 106 wird auf mehrere Paragraphen aufgeteilt.

Dieses ist zu begrüßen.

Entsprechend des Änderungsvorschlags zu § 106b sollte auch im Rahmen des § 106 die Rückzahlung als verpflichtende Maßnahme vorgesehen werden.

Nr. 3

§ 106a (Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen)

„(1) Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung wird geprüft durch die arztbezogene Prüfung ärztlicher Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben, die mindestens 2 vom Hundert der Ärzte je Quartal umfassen (Zufälligkeitsprüfung). Die Höhe der Stichprobe ist nach Arztgruppen gesondert zu bestimmen. Die Zufälligkeitsprüfung umfasst neben dem zur Abrechnung vorgelegten Leistungsvolumen auch Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit sowie sonstige veranlasste Leistungen, insbesondere aufwändige medizinisch-technische Leistungen; honorarwirksame Begrenzungsregelungen haben keinen Einfluss auf die Prüfungen. Der einer Zufälligkeitsprüfung zu Grunde zu legende Zeitraum beträgt mindestens ein Jahr.

(2) Gegenstand der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit in den Zufälligkeitsprüfungen sind, soweit dafür Veranlassung besteht,

- 1. die medizinische Notwendigkeit der Leistungen (Indikation),*
- 2. die Eignung der Leistungen zur Erreichung des therapeutischen oder diagnostischen Ziels (Effektivität),*
- 3. die Übereinstimmung der Leistungen mit den anerkannten Kriterien für ihre fachgerechte Erbringung (Qualität), insbesondere mit den in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthaltenen Vorgaben,*
- 4. die Angemessenheit der durch die Leistungen verursachten Kosten im Hinblick auf das Behandlungsziel,*
- 5. bei Leistungen des Zahnersatzes und der Kieferorthopädie auch die Vereinbarkeit der Leistungen mit dem Heil- und Kostenplan.*

(3) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Zufälligkeitsprüfungen, insbesondere zu den Beurteilungsgegenständen nach Absatz 2, zur Bestimmung und zum Umfang der Stichproben sowie zur Auswahl von Leistungsmerkmalen. Die Richtlinien sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Es kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Kommen die Richtlinien nicht zu Stande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb einer von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Richtlinien erlassen.

(4) Die Richtlinien nach Absatz 3 sind Inhalt der Vereinbarungen nach § 106 Absatz 1 Satz 2. In den Vereinbarungen nach § 106 Absatz 2 Satz 2 ist insbesondere das Verfahren der Bestimmung der Stichproben für die Zufälligkeitsprüfungen festzulegen; dabei kann die Bildung von Stichprobengruppen abweichend von den Fachgebieten nach ausgewählten Leistungsmerkmalen vorgesehen werden. Die in § 106a Absatz 1 Satz 2 genannten Vertragspartner können über die Zufälligkeitsprüfung hinaus Prüfungen ärztlicher Leistungen nach Durchschnittswerten oder andere arztbezogene Prüfungsarten vereinbaren; dabei dürfen versichertenbezogene Daten nur nach den Vorschriften des Zehnten Kapitels erhoben, verarbeitet oder genutzt werden.

(5) Ergeben die Prüfungen nach Absatz 1 sowie nach Absatz 4 Satz 3 und nach § 275 Absatz 1 Nummer 3b, § 275 Absatz 1a und Absatz 1b, dass ein Arzt Arbeitsunfähigkeit festgestellt hat, obwohl die medizinischen Voraussetzungen dafür nicht vorlagen, kann der Arbeitgeber, der zu Unrecht Arbeitsentgelt gezahlt hat, und die Krankenkasse, die zu Unrecht Krankengeld gezahlt hat, von dem Arzt Schadensersatz verlangen, wenn die Arbeitsunfähigkeit grob fahrlässig oder vorsätzlich festgestellt worden ist, obwohl die Voraussetzungen dafür nicht vorgelegen hatten.“

a) Gewünschte Änderung

Im Abs. 1 Satz 3 ist „auch Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit sowie sonstige veranlasste Leistungen, insbesondere aufwändige medizinisch-technische Leistungen“ zu streichen.

Der neue Satz 3 lautet dann: „Die Zufälligkeitprüfung umfasst das zur Abrechnung vorgelegte Leistungsvolumen; honorarwirksame Begrenzungsregelungen haben keinen Einfluss auf die Prüfungen.“

b) Begründung

§ 106a regelt die Prüfungsarten bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlicher Leistungen. Abs. 1 Satz 3 regelt, dass die Zufälligkeitprüfung neben dem zur Abrechnung vorgelegten Leistungsvolumen auch Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit sowie sonstige veranlasste Leistungen, insbesondere aufwändige medizinisch-technische Leistungen umfasst. Dieser Passus wurde dem alten § 106 Abs. 2 entnommen. Dieser hat allerdings die Wirtschaftlichkeitsprüfung der vertragsärztlichen Versorgung in Gänze umfasst. Im neuen § 106a wird dagegen nur die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen geregelt. Neben ärztlichen Leistungen werden jedoch auch nicht ärztliche Leistungen genannt, wie z. B. Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und die Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit sowie sonstige veranlasste Leistungen. Diese sind zu streichen.

Nr. 4

§ 106c (Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen)

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen bilden jeweils eine gemeinsame Prüfungsstelle und einen gemeinsamen Beschwerdeausschuss. Der Beschwerdeausschuss besteht aus Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden. Die Amtsdauer beträgt zwei Jahre. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. Über den Vorsitzenden, dessen Stellvertreter sowie den Sitz des Beschwerdeausschusses sollen sich die Vertragspartner nach Satz 1 einigen. Kommt eine Einigung nicht zu Stande, beruft die Aufsichtsbehörde nach Absatz 5 im Benehmen mit den Vertragspartnern nach Satz 1 den Vorsitzenden und dessen Stellvertreter und entscheidet über den Sitz des Beschwerdeausschusses.

(2) Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss nehmen ihre Aufgaben jeweils eigenverantwortlich wahr; der Beschwerdeausschuss wird bei der Erfüllung seiner laufenden Geschäfte von der Prüfungsstelle organisatorisch unterstützt. Die Prüfungsstelle wird bei der Kassenärztlichen Vereinigung, einem Landesverband der Krankenkassen oder bei einer bereits bestehenden Arbeitsgemeinschaft im Land errichtet. Über die Errichtung, den Sitz und den Leiter der Prüfungsstelle einigen sich die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1; sie einigen sich auf Vorschlag des Leiters jährlich bis zum 30. November über die personelle, sachliche sowie finanzielle Ausstattung der Prüfungsstelle für das folgende Kalenderjahr. Der Leiter führt die laufenden Verwaltungsgeschäfte der Prüfungsstelle und gestaltet die innere Organisation so, dass sie den besonderen Anforderungen des Datenschutzes nach § 78a des Zehnten Buches gerecht wird. Kommt eine Einigung nach Satz 2 und 3 nicht zustande, entscheidet die Aufsichtsbehörde nach Absatz 5. Die Kosten der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses tragen die Kassenärztliche Vereinigung und die beteiligten Krankenkassen je zur Hälfte. Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere zur Geschäftsführung der Prüfungsstellen und der Beschwerdeausschüsse einschließlich der Entschädigung der Vorsitzenden der Ausschüsse und zu den Pflichten der von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartnern entsandten Vertreter. Die Rechtsverordnung kann auch die Voraussetzungen und das Verfahren zur Verhängung von Maßnahmen gegen Mitglieder der Ausschüsse bestimmen, die ihre Pflichten nach diesem Gesetzbuch nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllen.

(3) Gegen die Entscheidungen der Prüfungsstelle können die betroffenen Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen, die Krankenkasse, die betroffenen Landesverbände der Krankenkassen sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen die Beschwerdeausschüsse anrufen. Die Anrufung hat aufschiebende Wirkung. Für das Verfahren sind § 84 Abs. 1 und § 85 Abs. 3 des Sozialgerichtsgesetzes anzuwenden. Das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss gilt als Vorverfahren (§ 78 des Sozialgerichtsgesetzes). Die Klage gegen eine vom Beschwerdeausschuss festge-

setzte Honorarkürzung hat keine aufschiebende Wirkung. Abweichend von Satz 3 findet in Fällen der Festsetzung einer Ausgleichspflicht für den Mehraufwand bei Leistungen, die durch das Gesetz oder durch die Richtlinien nach § 92 ausgeschlossen sind, ein Vorverfahren nicht statt.

(4) Die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 können mit Zustimmung der für sie zuständigen Aufsichtsbehörde die gemeinsame Bildung einer Prüfungsstelle und eines Beschwerdeausschusses über den Bereich eines Landes oder einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung hinaus vereinbaren. Die Aufsicht über eine für den Bereich mehrerer Länder tätige Prüfungsstelle und einen für den Bereich mehrerer Länder tätigen Beschwerdeausschuss führt die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes, in dem der Ausschuss oder die Stelle ihren Sitz hat. Die Aufsicht ist im Benehmen mit den zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der beteiligten Länder wahrzunehmen.

(5) Die Aufsicht über die Prüfungsstellen und Beschwerdeausschüsse führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Die Prüfungsstellen und die Beschwerdeausschüsse erstellen einmal jährlich eine Übersicht über die Zahl der durchgeführten Beratungen und Prüfungen sowie die von ihnen festgesetzten Maßnahmen. Die Übersicht ist der Aufsichtsbehörde vorzulegen.“

a) Gewünschte Änderung

Abs. 3 Satz 5 sollte umformuliert werden in: „Die Klage gegen eine vom Beschwerdeausschuss festgesetzte Maßnahme hat keine aufschiebende Wirkung.“

b) Begründung

In § 106c wird die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen geregelt.

Dieses wird begrüßt.

In Absatz 3 Satz 5 heißt es „Die Klage gegen eine vom Beschwerdeausschuss festgesetzte Honorarkürzung hat keine aufschiebende Wirkung.“ Diese Formulierung findet sich im derzeitigen § 106 Abs. 5 Satz 7 und wurde in den neuen § 106c Abs. 3 Satz 5 übernommen. Im § 106 Abs. 5a Satz 11 ist jedoch auch geregelt, dass Klagen gegen Entscheidungen des Beschwerdeausschuss grundsätzlich keine aufschiebende Wirkung haben. Durch die Streichung der Richtgrößenprüfungen wurde der Abs. 5a ebenfalls gestrichen. Da jedoch neue Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 und 106b Rückzahlungen aufgrund eines unwirtschaftlichen Ordnungsverhalten vorge-sehen sein sollten, wäre der Abs. 3 Satz 5 zu korrigieren.

Nr. 15

§ 296 (Auffälligkeitsprüfung)

„a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „§ 106 Abs. 4a“ durch die Angabe „§ 106c“ ersetzt.

bb) Satz 2 wird aufgehoben.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) Die Angabe „§ 106 Abs. 4a“ wird durch die Angabe „§ 106c“ ersetzt.

bbb) In Nummer 3 werden die Wörter „in der nach § 84 Abs. 6 Satz 2 bestimmten Gliederung“ gestrichen.

bb) Satz 2 wird aufgehoben.

c) Absatz 4 wird aufgehoben.“

a) Gewünschte Änderung

Änderung des Titels „§ 296 Auffälligkeitsprüfung“ in „§ 296 Datenübermittlung für die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106, 106a und § 106b“.

Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Soweit für die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106, § 106a und § 106b erforderlich, sind die Daten nach Satz 1 Nr. 3 jeweils unter Angabe der nach § 295 Abs. 1 Satz 2 verschlüsselten Diagnose zu übermitteln.“

Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Soweit zur Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106, § 106a und § 106b erforderlich, sind der Prüfungsstelle auf Anforderung auch die Versichertennummern arztbezogen zu übermitteln.“

Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„Soweit für die Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106, § 106a und § 106 b erforderlich, sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sowie die in § 106 Absatz 5 genannten Einrichtungen verpflichtet und befugt, auf Verlangen der Prüfungsstelle nach § 106c die für die Prüfung erforderlichen Befunde vorzulegen.“

b) Begründung

Für die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 und § 106b ist die Beibehaltung einer einheitlichen, bundesweiten Datenlieferung auch nach der Umstrukturierung der Regelungen erforderlich. Anderenfalls wären je Kassenärztlicher Vereinigung unter-

schiedliche Datenformate abzustimmen und zu liefern. Dadurch würden die Prüfverfahren regional erheblich erschwert. Durch die Änderung der Überschrift wird der korrekte Bezug zu den betroffenen Paragraphen hergestellt.

Die Streichung von § 296 Absatz 1 Satz 2, Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4 ist abzulehnen. Dies steht im Widerspruch zu der in Artikel 1 Nr. 36 zum Ausdruck gebrachten Intention des Gesetzgebers, dass die Vertragspartner auf Landesebene bei der Ausgestaltung der Prüfungen grundsätzlich frei sein sollen. Im Kern bezieht sich diese Regelungsfreiheit auf die zu wählenden Prüfungsarten. Diese Freiheit wird jedoch erheblich eingeschränkt, wenn die für die Wirtschaftlichkeitsprüfung erforderlichen Datengrundlagen nicht in hinreichendem Maße zur Verfügung gestellt werden. Die Regelungen des § 296 Absatz 1 Satz 2, Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4 sind deshalb unter redaktioneller Anpassung an die neue Verortung der Vorschriften zur Wirtschaftlichkeitsprüfung beizubehalten.

Die beabsichtigte Streichung des Absatz 4 steht im Übrigen im Widerspruch § 106 Absatz 2 Satz 2 (neu), in dem auf § 296 Absatz 4 nach wie vor ausdrücklich Bezug genommen wird. Die Begründung zu § 106 Absatz 3 sieht insoweit vor, dass die Regelung des bisherigen § 106 Absatz 2c inhaltlich übernommen werden soll. Dem ist zuzustimmen.

Nr. 16

§ 297 (Zufälligkeitsprüfungen)

„a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Die Angabe „§ 106 Abs. 4a“ wird durch die Angabe „§ 106c“ ersetzt.

bb) Die Angabe „§ 106 Abs. 3“ wird durch die Angabe „§ 106a Absatz 4“ ersetzt.

cc) Die Angabe „§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2“ wird durch die Angabe „§ 106a“ ersetzt.

b) In Absatz 2 wird die Angabe „§ 106 Abs. 4a“ durch die Angabe „§ 106c“ ersetzt.

c) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Die Angabe „§ 106 Abs. 4a“ durch die Angabe „§ 106c“ ersetzt.

bb) Die Angabe „§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2“ wird durch die Angabe „§ 106a“ ersetzt.

d) In Absatz 4 wird die Angabe „§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2“ durch die Angabe „§ 106a“ ersetzt.

a) Gewünschte Änderung

Änderung des Titels „§ 297 Zufälligkeitsprüfung“ in „§ 297 Datenübermittlung für die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 und § 106a“.

b) Begründung

Für die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 und § 106a ist die Beibehaltung einer einheitlichen, bundesweiten Datenlieferung auch nach der Umstrukturierung der Regelungen erforderlich. Anderenfalls wären je Kassenärztlicher Vereinigung unterschiedliche Datenformate abzustimmen und zu liefern. Dadurch würden die Prüfverfahren regional erheblich erschwert. Durch die Änderung der Überschrift wird der korrekte Bezug zu den betroffenen Paragraphen hergestellt.

Artikel 9 – Änderung des Krankenpflegegesetzes

§ 4 des Krankenpflegegesetzes vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442), der zuletzt durch Artikel durch Artikel 15 Nummer 3 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

Nr. 1 (Dauer und Struktur der Ausbildung)

Absatz 7 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 4 werden nach dem Wort „Ausbildung“ die Wörter „, die zum Erwerb der erweiterten Kompetenzen führt,“ eingefügt.
- b) In Satz 7 wird nach den Wörtern „auch auf die mit der“ das Wort „zusätzlichen“ eingefügt.
- c) Es werden folgende Sätze angefügt:

„Abweichend von Satz 5 kann der Gemeinsame Bundesausschuss für die Tätigkeiten, die er in der Richtlinie nach § 63 Absatz 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegt hat, standardisierte Module für die zusätzliche Ausbildung entwickeln, die vom Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ohne ein vereinbartes Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genehmigt werden können. Die Genehmigung der standardisierten Module nach Satz 8 erfolgt einmalig; Änderungen bedürfen einer erneuten Genehmigung.“

a) Gewünschte Änderung

keine

b) Begründung

Die Inhalte beziehen sich insgesamt auf die zeitlich befristeten Erprobung von Ausbildungsangeboten, die der Weiterentwicklung der nach diesem Gesetz geregelten Berufe im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V dienen. Zweck ist die Erprobung der Übertragung bestimmter ärztlicher Tätigkeiten (Substitution).

zu a und b) Es ist zu begrüßen, dass mit der vorgenommenen Änderung in Satz 4 konkretisiert wird, dass eine Ausbildung nach dem Krankenpflegegesetz, welche dem Erwerb zusätzlicher Kompetenzen dient, welche zur Durchführung heilkundlicher Aufgaben berechtigt, auch an Hochschulen abgeleistet werden kann

Gleiches gilt für die Konkretisierung in Satz 7, mit der sich entsprechend die staatliche Prüfung auch auf die erweiterten Kompetenzen bezieht.

zu c) Zu begrüßen ist, dass der G-BA für die modellhaft übertragbaren ärztlichen Tätigkeiten, welche mit der Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V festgelegt wurden, zusätzliche standardisierte Ausbildungsmodulare entwickeln kann.

Nr. 2 (Dauer und Struktur der Ausbildung)

Nach Absatz 7 wird folgender Absatz 8 angefügt:

„(8) Absatz 7 gilt entsprechend für Personen, die bereits zur Führung der Berufsbezeichnung nach § 1 Absatz 1 Satz 1 dieses Gesetzes berechtigt sind.“

a) Gewünschte Änderung

keine

b) Begründung

Es ist zu begrüßen, dass mit dem neuen Absatz 8 Personen in das Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V einbezogen werden können, die bereits über eine abgeschlossene Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege oder der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege verfügen.

Artikel 12 – Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

§ 44 Aufzubringende Mittel der Krankenkassen für den Innovationsfonds

„(1) Das Bundesversicherungsamt ermittelt jährlich für jede Krankenkasse den von dieser zu tragenden Anteil zur Finanzierung des Innovationsfonds, indem es den sich aus § 92a Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Krankenkassen insgesamt ergebenden Betrag durch die Summe der nach § 30 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 von den Krankenkassen übermittelten Versicherungszeiten aller Krankenkassen teilt und danach das Ergebnis mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse vervielfacht.“

„(2) Das Bundesversicherungsamt hat für jede Krankenkasse das Ergebnis nach Absatz 1 von der Zuweisung der Krankenkasse nach § 37 Absatz 4 abzusetzen und ihn danach dem Innovationsfonds zuzuführen. §§39 und 41 gelten entsprechend.“

a) Gewünschte Änderung

Verzicht auf die Einführung des § 44 RSAV.

b) Begründung

Der BKK Dachverband lehnt die im vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehene Form der Verwaltung des Innovationsfonds, insbesondere die Regelungen zu den Mittelzu- und -abflüssen, grundsätzlich ab (siehe Anmerkungen zu Artikel 2 Nr. 29 des Referententwurfs). Würde die Mittelverwaltung nicht beim BVA sondern beim GKV-SV in der vorgeschlagenen Form durchgeführt werden, so wäre eine entsprechende Ergänzung der RSAV nicht erforderlich.

Sollte die Verwaltung des Innovationsfonds durch das BVA aber tatsächlich umgesetzt werden, müsste aus sich des BKK Dachverbands aber zumindest sichergestellt werden, dass die Finanzierung der 150 Mio. € durch die Krankenkassen auch über die Zahl der Mitglieder in der GKV und den Einzelkassen erfolgt. Dies ist sachgerecht, weil der Finanzierungsanteil der Krankenkassen nicht über die Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds gedeckt ist und somit grundsätzlich über den kassenindividuellen Zusatzbeitragsatz ab 2015 mitfinanziert werden muss. Dieser wird je Mitglied und nicht je Versicherten erhoben.

Für den Fall, dass doch eine Finanzierung je Versicherten erfolgen soll, damit gewährleistet ist, dass die einzelnen Krankenkassen entsprechend der bei Ihnen versicherten Personen an der Finanzierung beteiligt werden, muss eine Gewichtung des Finanzierungsbetrags je Versicherten mit dem kassenindividuellen Risikofaktor des Morbi-RSA erfolgen, damit auch die entsprechende Struktur der Versicherten im Zusammenhang mit den Zuweisungen des Gesundheitsfonds Berücksichtigung findet.

Die Finanzierung sollte zudem über eine viertel- oder halbjährliche Sonderumlage entsprechend des Bedarfs durch konkret genehmigte Projekte erfolgen. Auch sollte die Umlage von den Krankenkassen erst dann erhoben werden, wenn die 150 Mio. Euro

aus der Liquiditätsreserve aufgebraucht sind, um die Liquiditätssituation der Krankenkassen nicht unnötig zu belasten. In diesem Zusammenhang sei ebenfalls auf die Anmerkungen zu Artikel 2 Nr. 29 verwiesen.

Artikel 13

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 4a des Gesetzes vom 20. Februar 2013 (BGBl. I S. 277) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 24 Absatz 7 wird folgender Satz angefügt:

„Entsprechendes gilt für die Verlegung einer genehmigten Anstellung.“

2. Dem § 32b werden folgende Absätze 6 und 7 angefügt:

„(6) Die Beschäftigung eines Vertreters für einen angestellten Arzt ist zulässig; § 32 Absatz 1 und 4 gilt entsprechend. Die Beschäftigung eines Vertreters für einen angestellten Arzt ist für die Dauer von sechs Monaten zulässig, wenn das Anstellungsverhältnis durch Tod, Kündigung oder andere Gründe beendet ist.

(7) § 26 gilt entsprechend.“

3. Dem § 46 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 werden in Verfahren, die eine Tätigkeit in Gebieten betreffen, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 100 Absatz 1 und 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch getroffen hat, keine Gebühren erhoben. Dies gilt nicht für Anträge nach Absatz 1 Buchstabe a. Der Zulassungsausschuss kann von der Erhebung von Gebühren auch absehen oder diese reduzieren, wenn dies aus Versorgungsgründen angezeigt ist. Bei der Nachbesetzung einer genehmigten Anstellung sind die Gebühren nach Absatz 1 und 2 zu 50 Prozent zu reduzieren.“

a) Gewünschte Änderung

keine

b) Begründung

Die Vorschrift, dass Anträge auf Verlegung des Praxissitzes nur zu genehmigen sind, wenn Versorgungsgesichtspunkte dem nicht entgegenstehen, wird nun auch auf die Verlegung genehmigter Anstellungen bezogen. Damit erhalten medizinische Versorgungszentren (MVZ) die Möglichkeit, Anstellungsgenehmigungen in ein anderes MVZ (in gleicher Trägerschaft) zu verlagern. Dies wird begrüßt.

Weitere Flexibilisierungen im Rahmen der Zulassungsverordnung betreffen Anstellungsverhältnisse, für die nun ebenfalls Vertretungs- und Ruhensregelungen ange-

wandt werden können. Auch dies ist im Sinne einer Gleichstellung von MVZ zu begrüßen.

Weiterer Änderungsbedarf

1. Änderungsbedarf

§ 256 SGB V (Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen)

a) Gewünschte Änderung

Streichung § 256 Absatz 4 SGB V: „Zahlstellen, die regelmäßig an weniger als 30 beitragspflichtige Mitglieder Versorgungsbezüge auszahlen, können bei der zuständigen Krankenkasse beantragen, dass das Mitglied die Beiträge selbst zahlt.“

b) Begründung

Nach § 256 Abs. 4 SGB V können Zahlstellen, die regelmäßig an weniger als 30 beitragspflichtigen Mitglieder Versorgungsbezüge auszahlen, bei der zuständigen Krankenkasse beantragen, dass das Mitglied die Beiträge selbst zahlt. Der Antrag ist bei jeder beteiligten Krankenkasse zu stellen.

Diese Regelung ist nicht mehr zeitgemäß. Bei dem heutigen technischen Standard kann jeder Zahlstelle die Teilnahme am Zahlstellenverfahren zugemutet werden, so dass die Aufrechterhaltung dieses Sonderweges nichtmehr gerechtfertigt ist. Die Aufhebung dieser Sonderregelung würde bei den Krankenkassen zu spürbaren Erleichterungen führen, da der mit der Selbstzahlung der Versorgungsbezüge durch die jeweiligen Mitglieder verbundene Verwaltungsaufwand entfielen.

Hierbei handelt es sich um einen GKV-weit konsentierten Vorschlag, der auch vom GKV-SV mitgetragen wird.

2. Änderungsbedarf

Änderung Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)

a) Gewünschte Änderung

§ 17 c wird wie folgt geändert:

Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 7 wird das Wort „entscheidet“ durch „schlichtet“ ersetzt.
- b) Die Sätze 10 und 11 werden gestrichen.

Absatz 4b wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden die Wörter „und der Schlichtungsausschüsse nach Absatz 4“ gestrichen.
- b) Folgender Satz wird angefügt: „ Der Sozialrechtsweg ist nach Durchführung des Schlichtungsverfahrens nach Absatz 4 Satz 1 gegeben, die Klage richtet sich gegen die jeweils andere Vertragspartei nach Absatz 4 Satz 2.“

Begründung:

Die im Rahmen des Beitragsschuldengesetzes getroffenen Neuregelungen sehen u.a. die Errichtung von Landesschlichtungsausschüssen vor. Diese sollen zur Überprüfung der Ergebnisse der Einzelfallprüfung nach § 275 Abs. 1c SGB V angerufen werden können. Bereits in der Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum FQWG wurde auf die erheblichen Umsetzungsschwierigkeiten hingewiesen. Im weiteren Verlauf begannen die Länder Vereinbarungen zur Errichtung der Landesschlichtungsausschüsse zu schließen oder haben Unterschriftenverfahren eingeleitet. Ein Urteil des Bundessozialgerichtes (AZ: B 3 KR 7/14 R) vom 08.Oktober 2014 stuft im Terminbericht vom 09.Oktober 2014 (Nr. 44/14) die Entscheidungen der Landesschlichtungsausschüsse als Verwaltungsakte und den Schlichtungsausschuss selbst als Behörde ein. Die Vereinfachung des Verfahrens und die Reduktion von Verfahrenskosten, wie vom Gesetzgeber gewollt, werden hierdurch verhindert. Ein sich anschließendes Klageverfahren wäre gegen den Schlichtungsausschuss selbst zu richten und nicht gegen die Parteien des Verfahrens. Das Schlichtungsverfahren soll jedoch einen „letzten“ Versuch zur Einigung vor Anrufung der Gerichte darstellen und ist als solches geprägt von der Suche nach Kompromisslösungen. Eine gesondert zu beklagende Entscheidung in verwaltungsverfahrensrechtlichem Sinne soll der Schlichtungsausschuss insoweit nicht treffen. Vielmehr kann das Ziel, die Sozialgerichte zu entlasten, nur dann nachhaltig erreicht werden, wenn eine Einigung vor der Anrufung der Gerichte auf Basis einer ausgleichenden Schlichtungsempfehlung durch die Parteien selbst erfolgt und nicht als Entscheidung von einer dritten Instanz vorgegeben wird.

Aufgrund des o.g. veröffentlichten Terminberichts stagniert der Abschluss der Vereinbarungen. Um den Abschluss der Vereinbarungen auf Landesebene nicht zu gefährden

und um schnellstmögliche Arbeitsfähigkeit der Landesschlichtungsausschüsse zu gewährleisten, ist die Änderung in § 17 c KHG notwendig.

Zudem sind in § 17c Abs. 4 KHG die Sätze 10 und 11 zu streichen. Die Schiedsstelle ist sowohl personell als auch fachlich nicht in der Lage, die Aufgaben der Landesschlichtungsausschüsse zu übernehmen. Die bisherige Regelung ist folglich nicht umsetzbar.

3. Änderungsbedarf

§ 284 SGB V (Sozialdaten bei den Krankenkassen)

Nach § 284 Absatz 4 SGB V wird ein neuer Absatz 5 eingefügt:

a) Gewünschte Änderung

„(5) Die Krankenkassen, ihre Verbände sowie die Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen und ihrer Verbände dürfen die für die Weiterentwicklung des Risikostruktur- ausgleichs aufgrund der von § 266 Abs. 7 SGB V erlassenen Rechtsverordnung erhobe- nen Daten über die Regelungen dieser Rechtsverordnung hinaus verarbeiten und nut- zen, soweit dies für die Erfüllung der Auskunftspflichten nach § 172 Absatz 2 Satz 1 erforderlich ist.“

b) Begründung

Gestützt auf § 172 Absatz 2 Satz 1 haben die Betriebskrankenkassen ein gemeinsames Verfahren zum Finanzcontrolling und zur Haftungsprävention eingeführt. Dieses Ver- fahren wurde mit Zustimmung der Landesaufsichten in gleichlautenden Satzungsrege- lungen aller BKK Landesverbände niedergelegt. Damit ist bereits seit mehreren Jahren ein bundesweit einheitliches Vorgehen auf Basis valider Informationen gewährleistet.

Ziel dieses Verfahrens ist es, finanzielle Risiken der Mitgliedskassen der BKK Landes- verbände frühzeitig zu erkennen, finanzielle Belastungen aus der Schließung, Auflösung oder Insolvenz von Betriebskrankenkassen zu vermeiden und damit Schäden vom Haf- tungsverbund abzuwenden.

Zur Durchführung des Finanzcontrollings sehen die einschlägigen Satzungsregelungen der BKK Landesverbände unter anderem die Heranziehung der RSA-Satzarten vor. Die- se sind für die im Rahmen der Haftungsprävention notwendigen Finanzprognosen und die in die Zukunft gerichtete Beurteilung der dauerhaften Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse unabdingbar.

Mit Schreiben vom 12.08.2013 hat das BVA die seiner Aufsicht unterstehenden Be- tribskrankenkassen aufgefordert, die regelhafte Übermittlung der RSA-Satzarten an die Landesverbände einzustellen, weil die Nutzung der RSA-Satzarten für das Finanz- controlling und die Haftungsprävention nach seiner Einschätzung nicht zulässig sei. Damit greift die aus § 172 Absatz 2 Satz 1 resultierende Verpflichtung zur Durchfüh- rung eines Finanzcontrollings, die mit den entsprechenden Satzungsregelungen der BKK Landesverbände konkretisiert wurde, nicht mehr.

Um zu gewährleisten, dass die bewährten Verfahren zum Finanzcontrolling und zur Haftungsprävention innerhalb des BKK Systems rechtssicher fortgesetzt werden können, ist deshalb die gewünschte Änderung erforderlich.

4. Änderungsbedarf

RSAV

Zu § 3 Abs. 7 Satz 3 RSAV

„Zu einer längeren Aufbewahrung ist eine Krankenkasse nur verpflichtet und berechtigt, wenn das Bundesversicherungsamt im Einzelfall feststellt, dass die weitere Aufbewahrung zur Durchführung von Korrekturen der gemeldeten Daten erforderlich ist; in diesem Fall sind die Daten nach zwölf Jahren zu löschen.“

und

zu § 30 Abs. 2 Satz 6 RSAV

„Die Krankenkassen sind verpflichtet, alle im Rahmen der Durchführung des Risikostrukturausgleichs maschinell erzeugten Datengrundlagen sowie die gesamte Dokumentation aller Korrekturmeldungen für die Datenmeldungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 6 sowie Nummer 8,9 und 11 in Verbindung mit Absatz 4 sowie die diesen Meldungen zugrunde liegenden, bei den Krankenkassen rechtmäßig gespeicherten Daten sechs Jahre lang revisionssicher und nachprüfbar zu speichern und aufzubewahren; § 3 Absatz 7 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.“

a) Gewünschte Änderungen

§ 3 Abs. 7 Satz 3 RSAV wird gestrichen. In § 30 Abs. 2 Satz 6 RSAV werden nach „...§ 3 Absatz 7 Satz 2“ die Worte „und 3“ gestrichen.

b) Begründung

Die Regelung ist veraltet, denn sie stammt noch aus dem Alt-RSA und war gedacht für etwaige Korrekturen von Satzarten der Versicherungszeiten und später auch des Risikopools. Beide Satzarten sind heute nicht mehr existent und wurden von den Meldungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs abgelöst. Aus der Begründung der 5. RSAV-Änderungsverordnung vom 4. Dezember 2002, wonach diese Regelung eingeführt wurde, ist folgendes angeführt:

„Diese Vorschrift stellt klar, dass die in Satz 1 genannte Aufbewahrungsfrist von der Krankenkasse grundsätzlich weder über- noch unterschritten werden darf. Zu einer Verlängerung der Aufbewahrungsfrist kann es nur in vom Bundesversicherungsamt jeweils festzustellenden Ausnahmefällen kommen. Diese Feststellung kann durch das Bundesversicherungsamt jedoch nur getroffen werden, wenn es hierfür sachliche Gründe, wie z.B. Unplausibilitäten in dem zuletzt erhobenen Korrekturjahr, gibt, die eine Korrektur der gemeldeten Daten erforderlich machen. Durch die Änderung wird eine Vereinfachung und Vereinheitlichung des Verfahrens erreicht.“

Parallel zu der damaligen Einführung wurde auch das Korrekturverfahren der Versicherungszeiten erweitert. Die Korrekturen wurden auf das erste und das fünfte vor dem Berichtsjahr liegende Jahr ausgedehnt. In Ausnahmefällen wurde sogar eine Korrektur

für Ausgleichsjahre, die vor den fünf Jahren gelten, mit der 5. RSAV-Änderungsverordnung ermöglicht. Dadurch war es theoretisch denkbar, dass etwaige Meldungen und die dazugehörigen Daten der Versicherungszeiten durch die damals geltenden neun Jahre nicht abgedeckt waren. Die Korrekturen des Alt-RSA und damit auch die Prüfung nach §15a RSAV wurde mit der 24. RSAV-Änderungsverordnung entsprechend zeitlich begrenzt.

„(2) Für Prüfungen bis zum Ausgleichsjahr 2008 ist § 15a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung anzuwenden. Korrekturen der Berichtsjahre bis einschließlich 2008 und die damit verbundenen Datenerhebungen sind ab dem 1. Januar 2012 nicht mehr durchzuführen.“

Eine Anpassung im Rahmen des nun geltenden morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches fand bei der 24. RSAV-ÄnderV statt. In der Begründung zur Änderung des §30 Absatz 2 RSAV wird dazu wurde folgendes aufgeführt:

„Weiterhin ist zu beachten, dass sich an die Durchführung eines Jahresausgleichs durch das Bundesversicherungsamt Klageverfahren anschließen können, für deren Ausgang es wesentlich sein kann, dass Originaldaten noch vorliegen. Der Jahresausgleich 2009, dem die Morbiditätsinformationen des Jahres 2008 zugrunde liegen, wurde Ende 2011 korrigiert. Die Aufbewahrung für darüber hinausgehende drei Jahre erscheint angemessen, da früher nicht mit einem Abschluss etwaiger Klageverfahren zu rechnen ist. Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, die zum Teil kürzeren gesetzlichen Aufbewahrungszeiten insbesondere für die Abrechnungsunterlagen für die Zwecke des Risikostrukturausgleichs auf sechs Jahre zu verlängern.“

Der Verweis auf § 3 Absatz 7 Satz 2 (Beginn der Frist) und Satz 3 konterkariert die oben genannten Ausführungen.

Zudem ist die eigentliche Prüfung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs nach § 42 RSAV an strikte Fristen gebunden. Nur zu diesem Zweck werden die entsprechenden Originalunterlagen von den Kassen aufbewahrt. Eine Ausweitung dieser Aufbewahrungsfrist der entsprechenden Abrechnungsunterlagen und der Original Datengrundlagen über den zu erwartenden Prüfungszeitraum hinaus ist nicht nachvollziehbar. Insofern ist der Passus redaktionell anzupassen, da eine unnötige Verlängerung der Aufbewahrungsfrist unwirtschaftlich ist.

5. Änderungsbedarf

RSAV

Zu § 39 Abs. 3 RSAV

„Das Bundesversicherungsamt berechnet für das jeweilige Ausgleichsjahr für alle Krankenkassen jeweils

a) bis zum 15. April des Ausgleichsjahres,

b) bis zum 15. Oktober des Ausgleichsjahres sowie

c) bis zum 15. April des auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahres die vorläufige Höhe der Zuweisungen nach Absatz 2 neu unter Berücksichtigung der aktuellen Datenmeldung nach § 32 und teilt diese den Krankenkassen mit; im Fall von Buchstabe c ermittelt das Bundesversicherungsamt außerdem auf der Grundlage der aktuellen Vierteljahresrechnungen nach § 10 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung die zu erwartenden Daten nach § 41 Absatz 1 Satz 1 und den zu erwartenden Betrag nach § 41 Absatz 2 vorläufig neu.“

a) Gewünschte Änderungen

Hinter „...die zu erwartenden Daten nach § 41 Absatz 1 Satz 1 ...“ wird „und 3“ ergänzt. Am Satzende würde vor den Punkt die Formulierung „;im Fall von Buchstabe a ermittelt das Bundesversicherungsamt auf der Grundlage der letzten Jahresrechnung nach § 9 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung die zu erwartenden Krankengeldzuweisungen nach § 41 Absatz 1 Satz 3 und im Fall von Buchstabe b die zu erwartenden Krankengeldzuweisungen nach § 41 Absatz 1 Satz 3 auf der Grundlage der letzten Vierteljahresrechnungen nach § 10 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung neu“ angefügt.

b) Begründung

Durch die gewünschte Änderung wird sichergestellt, dass die Übergangsregelung für die Zuweisung für Krankengeld aus dem Gesundheitsfonds auch im Abschlagsverfahren Anwendung findet. Eine entsprechende Regelung ist erforderlich, da es aufgrund der im GKV-FQWG rückwirkend ab 2013 eingeführten Übergangsregelung Krankengeld im Abschlagsverfahren derzeit noch zu Diskrepanzen zum Schlussausgleich kommt. Die Veränderung im Bereich des Übergangsverfahrens Krankengeld wirkt aktuell nämlich erst zum Schlussausgleich, was eine Verzerrung der Liquiditätssituation bei den Krankenkassen zur Folge hat. Gleichwohl sind die Kassen verpflichtet, etwaige finanzielle Beträge im Rahmen der KV45 beziehungsweise KJ1 zu bilanzieren. Die vorgeschlagene Regelung führt nach Auswertungen des GKV-Spitzenverbandes zu einer deutlich verbesserten Zielgenauigkeit des Abschlagsverfahrens im Gesundheitsfonds.