



## Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

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

Bundestagsdrucksache 18/4095

vom 25.02.2015

anlässlich der öffentlichen Anhörung vor dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages

am 25.03.2015

## Abkürzungsverzeichnis

ASV	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BSG	Bundessozialgericht
BVA	Bundesversicherungsamt
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DMP	Disease Management Programm
eLA	erweiterte Landesausschüsse
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FQWG	GKV- Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz
GKV-SV	GKV-Spitzenverband
GKV-VSG	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz
GKV-VStG	GKV-Versorgungsstrukturgesetz
HZV	Hausarztzentrierte Versorgung
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IQTIG	Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Vorbemerkung .....</b>	<b>5</b>
<b>2. Grundsätzliche Anmerkungen zum Gesetzentwurf.....</b>	<b>5</b>
<b>3. vdek-Stellungnahme zum Gesetzentwurf.....</b>	<b>11</b>
• Nr. 9 § 39 (Krankenhausbehandlung) .....	11
• Nr. 13 § 44 Absatz 4 – neu (Krankengeld) .....	13
• Nr. 24 § 71 Absatz 4 bis 6 (Beitragssatzstabilität) .....	16
• Nr. 27 § 73b (Hausarztzentrierte Versorgung) .....	17
• Nr. 29 § 75 Absatz 1a und 1b (Inhalt und Umfang der Sicherstellung) .....	18
• Nr. 30 § 75a – neu (Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin) .....	20
• Nr. 34 § 87 (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte).....	21
• Nr. 35 § Absatz 87a Absatz 4a (Konvrgenzregelung).....	24
• Nr. 40 § 92a – neu (Innovationsfonds, Grundlagen der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss).....	26
• Nr. 40 § 92b (Durchführung der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss) .....	27
• Nr. 42 § 100 (Unterversorgung).....	29
• Nr. 44 § 103 (Zulassungsbeschränkungen).....	29
• Nr. 45 § 105 (Förderung der vertragsärztlichen Versorgung).....	30
• Nr. 52 § 116b (Ambulante spezialfachärztliche Versorgung) .....	31
• Nr. 53 § 117 (Hochschulambulanzen).....	33
• Nr. 61 § 134a (Versorgung mit Hebammenhilfe).....	34
• Nr. 64 § 137c (Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus) .....	35
• Nr. 65 § 137f (Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten) .....	38
• Nr. 66 § 137h – neu (Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklassen) .....	39

- Nr. 69 § 140a (Integrierte Versorgung).....40
- Nr. 82 § 279 (Begutachtung und Beratung).....42
- Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) § 24i Absatz 1 (Mutterschaftsgeld).....47
- Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) § 33a – neu (externe Gutachterdienste Hilfsmittel)/§ 284 (Sozialdaten bei den Krankenkassen)/ § 284a – neu (Beauftragung externer Hilfsmittelfachberater).....47
- § 116b (Ambulante spezialfachärztliche Versorgung) .....49

## 1. Vorbemerkung

Die Ersatzkassen begrüßen die Vorlage eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG). Die vorliegende Stellungnahme beschränkt sich auf die Regelungen im Gesetzentwurf, bei denen die Ersatzkassen noch Änderungs- beziehungsweise Korrekturbedarf sehen. Eine komplette – auch mit den Ersatzkassen abgestimmte – Kommentierung des Gesetzentwurfs liegt mit der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vor. Auf diese wird verwiesen, sofern im Rahmen der hier vorliegenden Stellungnahme des vdek keine gesonderte Kommentierung vorgenommen worden ist (siehe hierzu Abschnitt 3). Abschließend wird auf Abschnitt 4. Ergänzende Vorschläge hingewiesen. Dort finden sich Vorschläge, die über die Inhalte des Gesetzentwurfs zum GKV-VSG hinausgehen.

## 2. Grundsätzliche Anmerkungen zum Gesetzentwurf

Mit dem GKV-VSG setzt die Bundesregierung den in der vergangenen Wahlperiode eingeschlagenen Weg fort, die medizinischen Versorgungsstrukturen in Deutschland weiterzuentwickeln. Stand mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen – GKV-VStG primär die Überarbeitung der Bedarfsplanungsgrundlagen und die Sicherung der ärztlichen Versorgung insbesondere in strukturschwachen ländlichen Regionen im Vordergrund, präsentiert das GKV-VSG auch weitergehende qualitative Regelungen. Exemplarisch sind hier die geplanten Terminservicestellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen oder der Innovationsfonds zu nennen. Allerdings nimmt sich die amtierende Bundesregierung des bestehenden Problems der massiven Überversorgung nur halbherzig an. Zudem sollen Regelungen, die bislang bei drohenden Versorgungsproblemen zur Anwendung kamen, künftig flächendeckend ausgerollt werden. Hierdurch droht, dass sich Disparitäten verschärfen und die Versorgung unnötig verteuert wird.

### 2.1 Stärkung des Wettbewerbs

Das GKV-VSG ordnet den Selektivvertragsbereich neu: Strukturverträge (§ 73a SGB V) und Verträge zur besonderen ambulanten Versorgung (§ 73c SGB V) werden dem § 140a hinzugefügt, der auch inhaltlich Änderungen erfährt: So sollen Leistungen, die nicht zur Regelversorgung zählen, Gegenstand von Selektivverträgen sein können. Daneben werden auch reine Managementverträge mit Organisationsleistungen möglich. Zusätzlich können zukünftig auch Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) Verträge zur Integrierten Versorgung abschließen. Daneben entfällt die Vorlagepflicht für Selektivverträge und damit die präventive Vertragsprüfung. Die Krankenkassen erhalten so weitgehende Gestaltungsspielräume für den Vertragswettbewerb. Die Ersatzkassen begrüßen den Zugewinn an Vertragsfreiheiten ausdrücklich. Über den

Wegfall der Vorlagepflicht für Selektivverträge erhoffen sich die Ersatzkassen fairere Wettbewerbsbedingungen im Vergleich zu den unter Landesaufsicht stehenden Regionalkassen. Die Aufsichtsbehörde kann weiterhin im Wege der behördlichen Anordnung Maßnahmen ergreifen, wenn sie geltendes Recht wesentlich verletzt sieht. Vor dem Hintergrund der ebenfalls im Entwurf vorgesehenen verschärften Sanktionsbedingungen ist sicherzustellen, dass diese Sanktionsmaßnahmen tatsächlich auf Fälle wesentlicher Rechtsverletzungen beschränkt bleiben.

Faire Wettbewerbsbedingungen im Selektivvertragsbereich sind insbesondere auch mit Blick auf den neu einzurichtenden Innovationsfonds unerlässlich. Ab dem Jahr 2016 speisen die Krankenkassen beziehungsweise der Gesundheitsfonds diesen Innovationsfonds mit jährlich 300 Millionen Euro. Die Mittel werden als Sondervermögen vom Bundesversicherungsamt (BVA) erhoben und verwaltet. Mit dem Geld sollen sektorenübergreifende Versorgungsformen und neue Versorgungsformen, wie beispielsweise Telemedizin oder Modelle zur Delegation und Substitution von Leistungen gefördert werden. Die Beschränkung zunächst auf vier Jahre erscheint sachgemäß, da zu Beginn noch nicht beurteilt werden kann, welche Vorschläge kommen, welche Ideen sich als förderfähig erweisen und in welchem Umfang finanzielle Mittel benötigt werden. Hilfreich ist, dass bereits zum 31. März 2019 eine erste Zwischenbilanz gezogen werden soll.

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

## 2.2 Weiterentwicklung der Versorgung

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

verzichtet werden kann, wenn die Praxis innerhalb eines Planungsgebietes verlegt wird, um an anderer Stelle Versorgungsprobleme abzufangen. Dies kann helfen, eine ungleiche Arztsitzverteilung insbesondere in den Stadtstaaten langfristig zu korrigieren.

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

Weitreichende negative Folgewirkungen befürchten die Ersatzkassen durch die Regelungen zur Streichung des Krankenkassenregresses bei Behandlungsfehlern durch freiberuflich tätige Hebammen. Der Regressverzicht soll eine deutliche Verringerung der Berufshaftpflichtprämien bewirken und das Problem der stetig steigenden Haftpflichtprämien endgültig lösen. Die Ersatzkassen gehen nicht davon aus, dass es in Folge dieser Neuregelung zu einem spürbaren Sinken der Haftpflichtprämien kommt. Vielmehr ist damit zu rechnen, dass auch andere Leistungserbringergruppen ähnliche Forderungen aufstellen werden. Daneben werden die Krankenkassen weiterhin gezwungen, eine unwirtschaftliche Leistungserbringung in der Geburtshilfe zu finanzieren.

Ein Geschenk an die Ärzte ist die Implementierung einer Konvergenzregelung, mithilfe derer vermeintlich unbegründete Unterschiede in der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung mit Wirkung zum 1. Januar 2017 abgebaut werden sollen. Die Mittel sind zur Verbesserung der Versorgungsstruktur einzusetzen. Dazu ist in bestimmten Bezirken der KVen eine einmalige basiswirksame Erhöhung zu vereinbaren, die durch die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung je Versicherter im Durchschnitt aller KVen nach oben begrenzt wird. Ob eine unter dem Durchschnitt liegende Vergütung dabei als unbegründet zu niedrig anzusehen ist, soll von einer Vielzahl von regionalen Faktoren abhängen. Können sich die Vertragspartner nicht einig werden, erfolgt die Einigung über die Schiedsstelle. Die Regelung ist nicht mehr als ein Honorarzuschlag und verursacht im Zweifel Mehrkosten von bis zu 500 Millionen Euro pro Jahr. Sollte die Bundesregierung sich nicht zu einer Streichung dieser Regelung entschließen

können, sollten die finanziellen Zusatzmittel zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung dienen.

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

### 2.3 Verbesserung des Zugangs zu medizinischen Leistungen

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

Zur Reduzierung von Wartezeiten sind innerhalb von sechs Monaten nach Verkündung des Gesetzes Terminservicestellen bei den KVen einzurichten. Liegt eine Überweisung vor, wird ein Facharzttermin innerhalb einer vier-Wochen-Frist und einer zumutbaren Entfernung vom Wohnort des Versicherten vermittelt. Kann kein Facharzttermin in der ambulanten Versorgung vermittelt werden, ist ein Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten. Allerdings besteht die Notwendigkeit, deutlich klarzustellen, dass die Regelung auch die Kinderärzte, die der hausärztlichen Versorgung zuzuordnen sind, umfassen soll. Eine Erweiterung auf die Psychotherapeuten wäre ab dem Zeitpunkt sinnvoll, ab dem diese eine orientierende Sprechstunde anzubieten haben.

Die Ersatzkassen begrüßen die geplanten Regelungen zur Verordnungsmöglichkeit der Krankenhausärzte im Rahmen des Entlassmanagements. Allerdings sind noch einige ergänzende Festlegungen zum Datenschutz zu treffen, damit die Neuregelung in der Praxis unbürokratisch umgesetzt werden kann.

Die Ersatzkassen begrüßen auch, dass für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, bei denen Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse Verwendung finden, die Möglichkeit einer frühen Nutzenbewertung eingeführt werden soll. Der G-BA hat innerhalb von drei Monaten eine Entscheidung über Nutzen, Schaden und Potential zu treffen, bevor er die Erprobung der neuen Methode beschließt. Darüber hinaus will die Regierung klarstellen, dass bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der Verbotsvorbehalt in allen Fällen gilt und eine neue Methode solange durch die Krankenkassen zu bezahlen ist,



wie der G-BA keinen ablehnenden Beschluss herbeigeführt hat. An dieser Stelle muss ebenfalls deutlich gemacht werden, dass dies nicht als „Freifahrtschein“ missverstanden werden darf und den sozialrechtlichen Geboten von Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit weiterhin Geltung zu verschaffen ist.

## 2.4 Neue Leistungen

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

## 2.5 Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

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

Zukünftig sollen auch hauptamtliche Mitarbeiter von Krankenkassen von einer Tätigkeit in den MDK-Verwaltungsräten ausgeschlossen sein. Die Regelung ist durch die bundesweiten Ersatzkassen mangels einer hinreichenden Verfügbarkeit entsprechender Selbstverwaltungsvertreter nicht umsetzbar. Deshalb sollte der Gesetzgeber zumindest eine begrenzte Zahl an hauptamtlichen Vertretern der Kranken- und Pflegekassen in den MDK-Verwaltungsräten zulassen. Besser

wäre allerdings, wenn der Gesetzgeber die beabsichtigte Regelung wieder fallen und die Gestaltungsrechte der Selbstverwaltungspartner unberührt lässt. Im Übrigen macht der Ausschluss hauptamtlicher Mitarbeiter der Krankenkassen im MDK die Arbeit der Verwaltungsräte nicht – wie behauptet – unabhängiger. Im Ergebnis bleibt der in den Kassen vorhandene Fach- und Sachverstand, der bislang vom Gesetzgeber ausdrücklich gewünscht war, künftig ungenutzt. Dies fällt ausgerechnet in eine Zeit, in der die MDK-Gemeinschaft besonders durch die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die Einführung eines neuen Begutachtungsinstrumentariums besonders gefordert sein wird.

### 3. vdek-Stellungnahme zum Gesetzentwurf

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)  
Nr. 9  
§ 39 (Krankenhausbehandlung)

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Im Rahmen des Entlassmanagements erhalten Krankenhäuser ein eingeschränktes Ordnungsrecht (bei Arzneimitteln die jeweils kleinste Packungsgröße, häusliche Krankenpflege und Heilmittelversorgung max. 7 Tage). Sie können auch die Arbeitsunfähigkeit feststellen. Die Aufgaben des Entlassmanagements können auch auf einen weiterbehandelnden Vertragsarzt übertragen werden. Der Versicherte erhält zudem einen unterstützenden Rechtsanspruch gegenüber seiner Krankenkasse, dass sie gemeinsam mit dem Krankenhaus für die erforderliche Versorgung (ärztlich, Reha, Pflege) sorgt. GKV-SV, DKG und KBV schließen dazu die Rahmenvorgaben ab.

#### **Stellungnahme vdek**

Die geplanten Neuregelungen zum Entlassmanagement gehen in die richtige Richtung, weisen aber auch Hemmnisse auf. So ist immer noch eine Einwilligung des Versicherten erforderlich, damit das Entlassmanagement durchgeführt werden kann. Problematisch sind die Fälle, in denen der Versicherte nicht ansprechbar ist und Angehörige nicht ermittelbar sind bzw. keine Auskunft erteilen wollen. Auch die Bestellung eines gerichtlichen Betreuers nimmt einige Zeit in Anspruch, so dass dem Patienten durch die hohen Hürden des Datenschutzes die Vorteile eines frühen Entlassmanagements entgehen. Diese Einwilligung könnte künftig auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden; bis dahin sollte das Einwilligungserfordernis in das Entlassmanagement in den o. g. Fällen entfallen. In diesem Zusammenhang ist zu kritisieren, dass die Einwilligung oder der Widerruf der Einwilligung in Schriftform erfolgen muss. Dies führt in der Praxis zu Problemen, wenn der Patient nicht in der Lage ist, eine solche zu verfassen oder zu unterschreiben.

Die Gesetzesänderung sieht u. a. vor, dass das Krankenhaus die Aufgaben des Entlassmanagements auch auf den weiterbehandelnden Vertragsarzt übertragen kann. Die Weiterbehandlung durch einen niedergelassenen Arzt stellt keine neue Aufgabe im Rahmen des Entlassungsmanagements dar. Hier darf es nur um Koordinationsaufgaben gehen, die eine Anschlussbehandlung bzw. -versorgung ermöglichen sollen. Nicht jede Indikation erfordert ein Aktivwerden im Rahmen eines Entlassungsmanagements. Insbesondere chronische Erkrankungen stehen im Fokus. Hier sollten die Bereiche ins Auge gefasst werden, für die der Gemeinsame Bundesausschuss ein Qualitätssicherungsverfahren für das Entlassungsmanagement entwickelt. In diesem Zusammenhang sollte der Gesetzgeber auch klarstellen, dass es ausreichend ist, wenn der Versicherte nur einmal seine Einwilligung zur Nutzung seiner personenbezogenen Daten gibt. Dies sollte im Krankenhaus erfolgen, welches die jeweils zuständi-

ge Krankenkasse über die Erteilung der Einwilligung ihrer Versicherten zeitnah zu informieren hat.

Zu begrüßen ist, dass die Krankenhäuser Arzneimittel und Leistungen wie eine häusliche Krankenpflege für den Zeitraum von sieben Tagen verordnen dürfen. Es ist zu begrüßen, dass das Krankenhaus auch eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellen kann. Dies führt dazu, dass der Versicherte nicht unmittelbar beim Arzt vorstellig werden muss.

Abzulehnen ist der Vorschlag, dass das Nähere zum Entlassmanagement in einem dreiseitigen Vertrag zwischen DKG, KBV und GKV-SV vereinbart wird. Nachdem auf Landesebene kein zweiseitiger Vertrag zustande gekommen ist, kann nicht erwartet werden, dass ein dreiseitiger Vertrag auf Bundesebene geschlossen wird. Hier ist eine Schiedslösung vorgesehen. Es ist zu überlegen, ob nicht besser der G-BA beauftragt werden sollte, das Nähere in einer Richtlinie zu regeln. Er verfügt über hinreichende Strukturen, diese Aufgabe zu übernehmen. Hinzu kommt, dass das Thema direkt patientenrelevant ist und im G-BA die Patientenvertreter in die Beratungen einbezogen sind. Aufgrund der Stimmrechte der unparteiischen Mitglieder kann eine Patt-Situation vermieden werden. Dieser Vorschlag bringt allerdings auch Änderungsbedarf am § 92 SGB V mit sich, der noch ausgearbeitet werden muss.

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und die Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) im Hinblick auf das neue Entlassmanagement angepasst werden müssen. In der gegenwärtigen Fassung würde das neue Entlassmanagement nicht explizit den allgemeinen Krankenhausleistungen zugeordnet.

#### **Änderungsvorschlag vdek**

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

§ 39 Absatz 1a Satz 7 wird wie folgt geändert: *„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, regelt der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 31.12.2015 in einer Richtlinie nach § 92 Absatz 1 S. 2 Nr. 16 (neu) SGB V.“*

§ 39 Absatz 1a Satz 8 werden folgende Sätze 9 und 10 angehängt: *„Dies gilt nicht, wenn der Versicherte selbst aus medizinischen Gründen nicht in der Lage ist, eine Einwilligung zu erteilen und die Einwilligung auch nicht von berechtigten Dritten zeitnah erteilt werden kann. Die Einwilligung zum Entlassmanagement kann vom Versicherten oder berechtigten Dritten jederzeit widerrufen werden. Im Übrigen umfasst die durch das Krankenhaus eingeholte Einwilligung zur Nutzung der personenbezogenen Daten auch die ambulanten Versorgungsbereiche und gilt auch gegenüber der Krankenkasse. Die Krankenkasse*

*wird durch das Krankenhaus taggleich über die Einholung des Versicherten informiert.“*

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13

§ 44 Absatz 4 – neu (Krankengeld)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

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

### **Stellungnahme**

Die Klarstellung bzw. Begründung eines Anspruchs der Versicherten auf Beratungs- und Hilfeleistungen der Krankenkassen bei Arbeitsunfähigkeit ist zu begrüßen. Er sollte aber hinsichtlich seiner datennutzungsrechtlichen Aspekte modifiziert werden. Die Krankenkassen haben als Solidargemeinschaft unter anderem den gesetzlichen Auftrag, die Gesundheit der Versicherten wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern. Diese Aufgabe sollte als „Bringschuld“ der Krankenkassen begriffen werden. Der unten aufgeführte Vorschlag greift diesen Auftrag auf und definiert die individuelle Beratung und Hilfestellung als „Bringschuld“ der Krankenkassen. Das bewirkt, dass Krankenkassen verpflichtet sind, die Initiative zu ergreifen und auf arbeitsunfähige Versicherte zuzugehen, um ihnen aktiv ihre Unterstützung bei der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit anzubieten.

Die angesprochenen Versicherten können frei entscheiden, ob und ggf. wie lange sie das Angebot der Krankenkasse nutzen möchten. Den arbeitsunfähigen Versicherten, die das Angebot annehmen, bietet die vorgeschlagene Regelung einen schnellen und unbürokratischen Zugang zur Beratung und Hilfestellung. Sie müssen sich um nichts kümmern, um die Unterstützung zu erhalten. Gleichwohl bleiben die Versicherten „Herr“ des Verfahrens und ihrer besonderen personenbezogenen Daten. Mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer personenbezogenen Daten können sie sich jederzeit nicht (mehr) einverstanden erklären, Maßnahmen der individuellen Beratung und Hilfestellung können sie jederzeit ohne Begründung ablehnen bzw. abbrechen, ohne dass sich dies negativ auf den Krankengeldanspruch auswirkt.

Die vorgeschlagene Regelung vereinigt somit das Bedürfnis des Versicherten nach unbürokratischer Hilfe/Unterstützung und sein Recht auf Schutz seiner sensiblen Daten. Für die Krankenkassen bedeutet die Regelung sowohl eine Verpflichtung, als auch die Chance, Versicherte frühzeitig gezielt bei ihrer Genesung zu unterstützen.

## **Änderungsvorschlag**

Nr. 13 wird wie folgt gefasst:

Dem § 44 wird folgender Absatz 4 angefügt:

*„(4) <sup>1</sup> Die Krankenkassen leisten individuelle Beratung und Hilfestellung, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind. <sup>2</sup> Erklärt der Versicherte gegenüber der Krankenkasse, dass er mit Maßnahmen nach Satz 1 und der dazu erforderlichen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner personenbezogenen Daten nicht einverstanden ist, erfolgt keine bzw. keine weitere Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse. <sup>3</sup> Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach Satz 1 an die in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen übertragen.“*

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15

§ 46 (Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld)

## **Beabsichtigte Neuregelung**

Der Beginn des Krankengeldanspruchs wird vom Tag nach der ärztlichen Feststellung auf den Tag der ärztlichen Feststellung vorgezogen. Außerdem wird sichergestellt, dass der Krankengeldanspruch erhalten bleibt, wenn Versicherte unmittelbar nach dem Ende der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit die Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit ärztlich feststellen lassen.

## **Stellungnahme**

Gegen das Vorziehen des Beginns des Krankengeldanspruchs auf den Tag der ärztlichen Feststellung bestehen keine Bedenken.

Die Regelung zur Fortdauer des Krankengeldanspruchs wird ebenfalls begrüßt. Der Zusatz „wegen derselben Krankheit“ ist bedenklich, da die mit der Neuregelung beabsichtigte weitere soziale Absicherung ohne hinreichenden Grund entfallen würde, wenn bei gleichem zeitlichen Sachverhalt die Arbeitsunfähigkeit nur noch von einer hinzugetretenen Krankheit (z. B. Unfall) verursacht ist.

Problematisch ist die erwartete ärztliche Feststellung am nächsten Arbeitstag, der ein Werktag ist. Dies führt bei Personen, die an Samstagen arbeiten, bis Freitag arbeitsunfähig geschrieben und wider Erwarten weiter arbeitsunfähig sind, dazu, dass von ihnen eine ärztliche Feststellung der Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit spätestens am Samstag erwartet wird, was regelhaft nicht möglich ist.

## **Änderungsvorschlag**

Die Änderung zu Satz 2 (neu) sollte lauten:

*„Der Anspruch auf Krankengeld bleibt bestehen, wenn nach dem Ende der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit deren Fortdauer am nächsten Arbeitstag, der ein Werktag ist, ärztlich festgestellt wird. Samstage gelten nicht als Werktag im Sinne des Satz 2.“*

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16

§ 47a – neu (Beitragszahlungen der Krankenkassen an berufsständische Versorgungseinrichtungen)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Es ist vorgesehen, in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Pflichtmitglieder einer berufsständischen Versorgungseinrichtung, die von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung, für die eine Pflichtversicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung besteht, im Hinblick auf die Beitragszahlung aus dem Krankengeld gleichzustellen. Die Krankenkassen werden damit verpflichtet, Beiträge aus dem Krankengeld zur berufsständischen Versorgung zu zahlen. Gleichzeitig sind Regelungen für einen Datenaustausch zwischen den Krankenkassen und den berufsständischen Versorgungseinrichtungen wegen dieser Beitragsentrichtung erforderlich.

### **Bewertung**

Pflichtmitglieder einer berufsständischen Versorgungseinrichtung, die von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, mussten bislang die Beiträge zur berufsständischen Versorgungseinrichtung auch bei Krankengeldbezug in voller Höhe selbst zahlen; die Krankenversicherung beteiligte sich daran nicht. Künftig sollen die Krankenkassen auf Antrag des Mitglieds diejenigen Beiträge an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung, wie sie bei Eintritt von Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nummer 3 des Sechsten Buches an die gesetzliche Rentenversicherung zu entrichten wären.

Die Gleichstellung mit Beziehern von Krankengeld, für die eine Pflichtversicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung besteht, ist nicht sachgerecht. Die berufsständischen Versorgungseinrichtungen sind Institutionen außerhalb der Sozialversicherung. Es gibt keine Vorschrift, die diesen Zweig der Altersversorgung mit der gesetzlichen Rentenversicherung gleichstellt. Dies ergibt sich auch unmittelbar aus der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts, Urteil vom 22. November 1994 – 1 NB 1/93, SGB 1995, Seite 607. Danach ist eine berufsständische Versorgungsregelung nicht schon deswegen als Bestandteil der Sozialversicherung anzusehen, weil sie aufgrund von Beitragszahlungen Leistungen für den Fall der Invalidität und des Alters erbringt. Auch der Umstand, dass die Mitglieder der berufsständischen Versorgungseinrichtungen auf der Leistungsseite Ansprüche im Bereich der Rehabilitation haben, vermag im Hinblick auf die vorgenannte Rechtsprechung keine hinreichende Vergleichbarkeit mit der Rentenversicherung zu rechtfertigen. Vielmehr werden den Krankenkassen zusätzliche versicherungsfremde Leistungen und damit „jährliche Mehrausgaben in Höhe eines mittleren einstelligen Millionenbetrages“ (vgl. Seite 74 des Gesetzesentwurfs) aufgebürdet. Im Zusammenwirken mit den sonstigen ausgabenintensiven Maßnahmen des Gesetzesentwurfes sind auch ver-

meintlich mittlere einstellige Millionenbeträge ein nicht zu unterschätzender Kostenfaktor.

Unabhängig von dieser Betrachtungsweise ist anzumerken, dass im Übrigen ein solches Verfahren nicht am Tag nach der Verkündung des Gesetzes und damit möglicherweise untermonatlich in Kraft treten kann. Wenn, wäre auch eine Übergangsregelung erforderlich, nach der lediglich Leistungsfälle betroffen sein können, die nach dem 30. Juni 2015 eintreten.

### **Änderungsvorschlag**

Die Regelungen zu § 47a SGB V sind zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 24

§ 71 Absatz 4 bis 6 (Beitragssatzstabilität)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

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

### **Stellungnahme**

Der Wegfall der Vorlagepflicht nach Vertragsschluss für Selektivverträge wird begrüßt. Er entspricht einer ausdrücklichen Forderung des vdek.

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



Neuregelung des Absatzes 6 gewährleistet. Aus diesem Grund kann der Absatz 6 entfallen.

### **Änderungsvorschlag**

Absatz 6 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 27

§ 73b (Hausarztzentrierte Versorgung)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

a. Auf die Regelung der Einzelheiten zur Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung in der Satzung wird verzichtet.

b. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind zukünftig auch im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung zur Sicherstellung des Notfalldienstes verpflichtet.

c. Es wird klargestellt, dass auch Leistungen außerhalb der Regelversorgung in der HZV erbracht werden können. Dies gilt aber nicht für alle ausgeschlossenen Leistungen wie z. B. Lifestyle-Präparate oder vom G-BA bereits ablehnend bewertete neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Klargestellt wird auch, dass Managementverträge zulässig sind.

d. Auf Grundlage der Vorgaben des Bewertungsausschusses werden die Regelungen zur Bereinigung bundesweit vereinheitlicht.

e. Die Bereinigung bei der hausarztzentrierten Versorgung hat nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses zu erfolgen und zwar vor dem Startzeitpunkt. Bei Nichteinigung zwischen Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung können auch die Hausärzterverbände das Landesschiedsamt anrufen. Die Frist zur Übermittlung der Datenlieferungen wird von sechs bzw. acht auf drei Wochen reduziert. Die Krankenkasse darf auch unter bestimmten Bedingungen eine vorläufige Bereinigung durchführen. Für die KV-übergreifende Bereinigung kann die Krankenkasse von den betroffenen Kassenärztlichen Vereinigung die Anerkennung des Bereinigungsverfahrens der Vertrags-KV verlangen.

### **Stellungnahme**

a. Die Regelung dient der Verwaltungsbereinigung und ist zu begrüßen.

b. Die Neuregelung stellt die Versorgung im Notfalldienst auch für Teilnehmer an Hausarztverträgen sicher. Im Übrigen entspricht sie bereits der Versorgungsrealität, beseitigt jedoch Streitfälle in einzelnen Regionen.

c. Es handelt sich lediglich um eine rechtliche Klarstellung.

d. Die Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt für HZV-Verträge nach bereits etablierten Prozessen auf Grundlage des Bereinigungsbeschlusses und der Bereinigungsverträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen. Eine Verkürzung der Datenlieferfristen führt zu weitreichendem Anpassungsbedarf ohne Mehrwert und ist daher nicht erforderlich. Die Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ist jedoch allein zwischen Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung zu vereinbaren. Es ist ordnungspolitisch bedenklich, den Hausärzteverband als Dritten die Möglichkeit einzuräumen, das Landesschiedsamt anzurufen. Die Krankenkassen haben bereits heute aufgrund der Regelungen in HZV-Verträgen und Schiedssprüchen ein erhebliches Interesse, zügig eine Bereinigung mit der KV zu vereinbaren. Einer zusätzlichen Kompetenz bedarf es daher auch aus fachlichen Gründen nicht. Die vorgesehene Neuregelung zur KV-übergreifenden Bereinigung stellt für bundesweite Kassen keinerlei Vereinfachung dar. Da sich die Regelungen zur bereichseigenen Bereinigung zwischen den KVen bereits maßgeblich unterscheiden, würden im Ergebnis bei der KV-übergreifenden Bereinigung in einer KV-Region je nach zu bereinigendem HZV-Vertrag unterschiedliche Bereinigungsregeln gelten. Der damit verbundene Aufwand wäre für die Krankenkasse, aber auch die prüfenden Kassenärztlichen Vereinigungen nicht handhabbar. Es sollte an dem bisher bewährten Verfahren, zwischen KVen und Krankenkassen Verträge zur KV-übergreifenden Bereinigung abzuschließen, die zumindest die Durchführung dieser Bereinigung je KV-Region vereinheitlichen, festgehalten werden. Die verpflichtende Umsetzung der Vorgaben des Bewertungsausschusses in den regionalen Vereinbarungen führt zu einer erheblichen Vereinheitlichung und ist daher zu begrüßen. Zur weiteren Vereinfachung des Bereinigungsverfahrens sollten die Vorgaben des Bewertungsausschusses zur Bereinigung um Regelungen zur pauschalierten Rückführung von Bereinigungsbeiträgen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ergänzt werden, wenn die Teilnahme an Selektivverträgen endet (vgl. Änderungsvorschlag zu § 87a Absatz 5).

### **Änderungsvorschlag**

a., b., c. : Keiner.

d. Absatz 7 Sätze 4, 5 und 7 werden gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29

§ 75 Absatz 1a und 1b (Inhalt und Umfang der Sicherstellung)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Absatz 1a: Innerhalb von sechs Monaten nach Verkündung des Gesetzes sind Terminservicestellen bei den KVen einzurichten; ggf. in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen. Im Überweisungsfall wird innerhalb einer Woche ein Facharzttermin, der innerhalb einer vierwöchigen Frist und einer zumutbaren Entfernung vom Wohnort des Versicherten

liegt, vermittelt. Termine beim Augen-, Frauen- und Kinderarzt setzen keine Überweisung voraus. Kann kein Facharzttermin in der ambulanten Versorgung vermittelt werden, ist ein Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten. Dies gilt nicht bei Routineuntersuchungen, Bagatellerkrankungen sowie bei weiteren vergleichbaren Fällen. Ist die Behandlung aus medizinischen Gründen nicht erforderlich, hat die Terminservicestelle einen Termin bei einem Facharzt in angemessener Frist zu vermitteln. Im Bundesmantelvertrag ist das Nähere, insbesondere aber auch zu ggf. weiteren Ausnahmen von der Notwendigkeit einer Überweisung, zu regeln.

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

### **Bewertung**

Zu Absatz 1a: Die Verfügbarkeit zeitnaher Facharzttermine bei entsprechender Überweisung sollte für alle GKV-Versicherten sichergestellt sein. Die Einrichtung von Terminservicestellen wird daher begrüßt. Es ist davon auszugehen, dass z. T. bestehende Probleme bei der Vergabe von Facharztterminen durch die geplante Regelung in Verbindung mit der Vergütungsregelung nach § 120 Absatz 3a SGB V (neu) verringert werden. Da die Kassenärztlichen Vereinigungen für den Sicherstellungsauftrag verantwortlich sind, ist jedoch klarzustellen, dass auch sie die Kosten für Einrichtung und Betrieb der Terminservicestellen aus ihren Haushaltsmitteln tragen.

Außerdem besteht Klarstellungsbedarf für die Kinderärzte, die gem. § 73 Absatz 1a SGB V der hausärztlichen Versorgung zuzuordnen sind und daher von der Neuregelung aufgrund der Formulierung in Satz 1 nicht erfasst werden.

Im Bereich der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung bestehen aktuell Probleme mit den Wartezeiten vor Therapiebeginn. Aus diesem Grund enthält der Gesetzentwurf einen Auftrag an den G-BA zur Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinien bis zum 30. Juni 2016 (§ 92 Absatz 6a - neu). Diese sollen u. a. die Einrichtung einer psychotherapeutischen Sprechstunde vorsehen. Daher sollte der Sicherstellungsauftrag der KVen auch die Zurverfügungstellung von zeitnahen Terminen im psychotherapeutischen Bereich ab dem Zeitpunkt umfassen, ab dem die Frist zur Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinien endet.

Abschließend stellt sich die Frage, inwieweit die Terminservicestellen telefonisch die medizinische (Nicht-)Notwendigkeit einer Vermittlung eines Termins innerhalb der vier-Wochen-Frist beurteilen kann. Vermieden werden muss in der weiteren Ausgestaltung, dass hier ein „Schlupfloch“ entsteht, welches die Regelung aushöhlen könnte.

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

### **Änderungsvorschlag**

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

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

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

1b. Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 30

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

### **Beabsichtigte Neuregelung**

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

## **Stellungnahme**

Die Ersatzkassen begrüßen die Übertragung der bereits gelebten Fördervereinbarung in das Sozialgesetzbuch V sowie die grundsätzliche Ausgestaltung der Neuregelung. Eine finanzielle Beteiligung der Weiterbildungsstellen an der Vergütung des Weiterbildungsassistenten (vgl. Absatz 1 Satz 4) ist sachgerecht, da der Weiterbildungsassistent praxisunterstützend und arztentlastend wirkt.

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

## **Änderungsvorschlag**

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 34

§ 87 (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte)

## **Beabsichtigte Neuregelung**

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

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

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

dd. Die Delegation von Leistungen auf nichtärztliches Personal soll deutlich ausgeweitet werden. Die Beschränkung auf den hausärztlichen Bereich und die Häuslichkeit des Patienten wird aufgehoben. Aufgehoben wird auch die strikte Beschränkung auf Gebiete, die unterversorgt sind, von Unterversorgung be-

droht sind oder in denen ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf festgestellt worden ist.

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

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

f. Beseitigung eines redaktionellen Fehlers

g. Folgeänderung

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

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

### **Stellungnahme**

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **Änderungsvorschlag**

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

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

Im dritten einzufügenden Satz wird die Angabe „drei Monate“ durch die Angabe „sechs Monate“ ersetzt.

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Unterschiede in der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung werden mit Wirkung zum 1. Januar 2017 abgebaut. War der Aufsatzwert im Jahr 2014 unbegründet zu niedrig, ist eine einmalige basiswirksame Erhöhung des für das Jahr 2016 angepassten Aufsatzwertes zu vereinbaren. Die durch die vereinbarte Erhöhung des Aufsatzwertes, einschließlich der Bereinigungen sich ergebenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Versicherten mit Wohnort im KV-Bezirk in 2014, darf aber nicht höher sein als die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung je Versicherter aller KVen in 2013 im Durchschnitt. Die vereinbarte Erhöhung kann auch schrittweise über mehrere Jahre verteilt werden. Eine Konvergenzverhandlung kann nur dann erfolgen, wenn die durchschnittliche morbiditätsorientierte Gesamtvergütung je Versicherter mit Wohnort im Bezirk der KV die durchschnittliche morbiditätsorientierte Gesamtvergütung je Versicherten aller KVen unterschreitet (Berechnung durch das Institut des Bewertungsausschusses). Dass bzw. in welchem Umfang der Aufsatzwert im Jahr 2014 unbegründet zu niedrig war, ist von der KV unter Berücksichtigung der Inanspruchnahme im stationären Sektor nachzuweisen. Hierbei sind eine Vielzahl von Faktoren der regionalen Versorgungsstruktur zu berücksichtigen: Morbidität, Inanspruchnahme sowohl im vertragsärztlichen Sektor als auch in anderen Sektoren, überregionale Versorgungsstrukturen, Auszahlungsquote u. a. m. Die zusätzlichen Mittel sind zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen einzusetzen. Umverteilungen zulasten anderer KVen sind auszuschließen. Bei Nichteinigung auf dem Verhandlungswege erfolgt die Einigung über das Landesschiedsamt.

c. Der Bewertungsausschuss hat Vorgaben zur pauschalierten Bereinigung im Falle KV-übergreifender Inanspruchnahme sowie zur Rückbereinigung bei Beendigung der Selektivvertragsteilnahme von Versicherten zu beschließen.

### **Stellungnahme**

Die Konvergenzregelung des neuen § 87a Absatz 4a erscheint in der Fassung des Kabinettsentwurfs ergänzungsbedürftig, um dem ihr zugrundeliegenden Grundgedanken Geltung zu verschaffen. Sie sollte primär der Grundversorgung zugutekommen. Daneben braucht es konkrete Kriterien, wie die Inanspruchnahme im stationären Bereich zu berücksichtigen ist. Zudem sollte der Vollständigkeit halber auch die Inanspruchnahme weiterer ambulanter Versorgungsformen Berücksichtigung finden.

1. Der Kabinettsentwurf des GKV-VSG sieht vor, auch unter Berücksichtigung des stationären Sektors zu prüfen, ob Vergütungsunterschiede gerechtfertigt sind. Diese Klarstellung ist zu begrüßen. Darüber hinaus findet ein Teil der ambulanten Versorgung auch in Hochschulambulanzen, psychiatrischen Institutsambulanzen und sozialpädiatrischen Zentren sowie im Rahmen der ambulanten Versorgung im Krankenhaus gemäß § 116b Absatz 2 Satz 1 SGB V in der



bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung statt. Die Vergütung dieser Leistungen erfolgt außerhalb des vertragsärztlichen Vergütungssystems. Soweit hier eine überdurchschnittliche Leistungsanspruchnahme stattfindet, kann dies auch ein berechtigter Grund für einen zu niedrigen Aufsatzwert der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sein. Diese Bereiche sollten daher ebenfalls bei der Prüfung betrachtet werden.

2. Der Gesetzgeber verfolgt mit der Konvergenz das Ziel, unbegründete Vergütungsunterschiede zwischen einzelnen KV-Regionen zu beseitigen. Die Entscheidung, ob sie begründet oder unbegründet sind, ist berechtigterweise auf der Ebene der Gesamtvertragspartner zu treffen. Im Sinne der Einheitlichkeit bedarf es jedoch einheitlicher Kriterien, wie die Inanspruchnahme im stationären Bereich sowie bei anderen ambulanten Versorgungsformen (s. o.) zu berücksichtigen sind. Der Bewertungsausschuss sollte daher beauftragt werden, diese Kriterien zu entwickeln.

3. Die hausärztliche Versorgung bildet den Grundpfeiler einer flächendeckenden medizinischen Infrastruktur in Deutschland. In einigen Regionen bestehen hier bereits heute erste Versorgungsprobleme. Die Tatsache, dass nur zehn Prozent der Weiterbildungen im Bereich der Allgemeinmedizin stattfinden, lässt befürchten, dass sich die Probleme in der Zukunft weiter verschärfen werden. Im Gegensatz zum fachärztlichen Bereich bestehen bei Hausärzten aufgrund des stark pauschalierten Vergütungssystems nur geringe Anreize zur Mengenausweitung. Gleichwohl werden in den meisten der von der Konvergenz betroffenen Regionen hausärztliche Leistungen nicht voll vergütet. Sollte in einzelnen Regionen die Vergütung tatsächlich ungerechtfertigt zu niedrig sein, müssen zusätzliche Mittel daher zu allererst zugunsten der hausärztlichen Versorgung verwendet werden.

### **Änderungsvorschlag**

1. In Nr. 35 Buchstabe b) wird Satz 5 wie folgt gefasst: *„Ob und in welchem Umfang der Aufsatzwert im Jahr 2014 unbegründet zu niedrig war, ist von der Kassenärztlichen Vereinigung auch unter Berücksichtigung der Inanspruchnahme des stationären Sektors und ambulanten Leistungen in Einrichtungen nach §§ 117, 118 und 119 SGB V sowie der ambulanten Versorgung im Krankenhaus gemäß § 116b Abs. 2 S. 1 SGB V in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung nachzuweisen.“*

2. Es wird ein neuer Satz 6 eingefügt: *„Zur Berücksichtigung der Inanspruchnahme des stationären Sektors und ambulanten Leistungen in Einrichtungen nach §§ 117, 118 und 119 SGB V nach Satz 5 legt der Bewertungsausschuss bis zum 15. September 2016 Kriterien fest.“*  
Die Sätze 6 bis 10 werden zu den Sätzen 7 bis 11.

Zu 3. Satz 11 wird wie folgt gefasst: *„Die zusätzlichen Mittel sind zur Verbesserung der Versorgungsstruktur insbesondere im Bereich der hausärztlichen Grundversorgung einzusetzen.“*

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)  
Nr. 40

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

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Von 2016 bis 2019 fließen jährlich insgesamt 300 Millionen Euro in einen Innovationsfonds, davon haben die Krankenkassen 150 Millionen Euro aufzubringen und weitere 150 Millionen kommen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Die Mittel werden als Sondervermögen vom BVA per Umlage erhoben und verwaltet. Es sollen insbesondere sektorenübergreifende Versorgungsformen und neue Versorgungsformen, wie beispielsweise Telemedizin, Modelle mit Delegation und Substitution von Leistungen gefördert werden. Antragsberechtigt sind Krankenkassen und ihre Verbände, Vertragsärzte, zugelassene medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Landeskrankengesellschaften, Kassenärztliche Vereinigungen, pharmazeutische Unternehmen, Hersteller von Medizinprodukten im Sinne des Medizinproduktegesetzes und Patientenorganisationen nach § 140f. Bei der Antragstellung ist in der Regel eine Krankenkasse zu beteiligen. Außerdem soll Versorgungsforschung mit den Mitteln des Innovationsfonds gefördert werden. Antragsberechtigt sind hier zusätzlich universitäre und außeruniversitäre Forschungseinrichtungen. Zur fachlichen Begutachtung beruft das BMG einen Expertenbeirat, der durch den Innovationsausschuss bei der Entscheidungsfindung über die Förderfähigkeit eines Projektes einzubeziehen ist. Das BMG veranlasst eine wissenschaftliche Auswertung des Innovationsfonds, deren Zwischenbericht bis zum 31. März 2019 dem Deutschen Bundestag vorgelegt werden soll. Auf Basis des Zwischenberichts entscheidet der Bundestag über die Fortführung des Innovationsfonds über das Jahr 2019 hinaus. Die abschließenden Ergebnisse der Evaluation müssen dem Bundestag bis zum 31. März 2021 vorgelegt werden.

### **Stellungnahme**

Zu Absatz 1: Um die geförderten Projekt regelhaft in der Versorgungsrealität zu erproben, sind die Krankenkassen zwingend an allen Anträgen zu beteiligen. Insbesondere durch die Vielzahl der antragsberechtigten Institutionen ist es von großer Bedeutung, dass diese immer eine oder mehrere Kassen als Partner bei der Bewerbung beteiligen. Nur so kann auch sichergestellt werden, dass die Beitragsgelder weiterhin der Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehen. Die Konkretisierung der Förderkriterien im Gesetzestext wird begrüßt.

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

Zu Absatz 3: Die Summe von 300 Millionen Euro pro Jahr ist aufgrund der Erfahrungen der bisherigen Versorgung überdimensioniert. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass nur solche Leistungen förderfähig sind, die nicht bzw. nicht in ausreichendem Maße Bestandteil der Regelversorgung sind (zum Vergleich: die GKV-weiten Gesamtausgaben im Jahr 2013 für Leistungen nach § 73c SGB V, Modellvorhaben und Integrierter Versorgung, betragen ca. 1,69 Milliarden Euro und umfassten auch Leistungsausgaben der Regelversorgung, die in den Selektivverträgen abgebildet wurden). Aus diesem Grund ist die Beschränkung des Innovationsfonds auf zunächst vier Jahre sachgemäß. Der Rückfluss der nicht verausgabten Mittel am Jahresende wird ausdrücklich begrüßt.

Zu Absatz 5: Generell ist der Innovationsfonds mit 300 Millionen Euro jährlich mit sehr hohen Finanzmitteln ausgestattet. Daher ist richtig, dass schon im Jahr 2019 erste Zwischenergebnisse der Evaluation im Bundestag berichtet werden und im Jahr 2021 ein Abschlussbericht erstellt wird. Die Abhängigkeit der Fortführung des Innovationsfonds von einem positiven Beschluss des Bundestags unter Berücksichtigung der Evaluationsergebnisse im Jahr 2019 ist zwingend erforderlich und wird ausdrücklich begrüßt.

### **Änderungsvorschlag**

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

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

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 40

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

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Beim G-BA wird ein Innovationsausschuss eingerichtet. Dieser besteht aus dem unparteiischen Vorsitzenden des G-BA, drei vom GKV-SV benannten Mitgliedern des Beschlussgremiums nach § 91 Absatz 2, jeweils einem von der KBV, der KZBV und der DKG benannten Mitglied des Beschlussgremiums nach § 91 Absatz 2 sowie zwei Vertretern des BMG und einem Vertreter des BMBF. Der Innovationsausschuss erlässt Förderbekanntmachungen und entscheidet über die Anträge. Die Entscheidungen des Innovationsausschusses müssen mit einer Mehrheit von sieben Stimmen getroffen werden (Zweidrittelmehrheit). Eine ei-

gens beim G-BA einzurichtende Geschäftsstelle ist für die Vorbereitung und Umsetzung der Entscheidungen des Ausschusses zuständig.

### **Stellungnahme des vdek**

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

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

Zu Absatz 3: Die Einrichtung einer eigenen Geschäftsstelle beim G-BA macht deutlich, dass der Verwaltungsaufwand des Fonds erheblich sein wird. Diese gehen zulasten des Innovationsfonds und verringern die für die Versorgungsprojekte zur Verfügung stehenden Mittel.

Zu Absatz 5: Die Berufung eines Expertenbeirats ist sinnvoll, um die notwendige Expertise bei der Beurteilung der Projektanträge sicherzustellen. An dieser Stelle ist frühzeitig darauf hinzuweisen, dass in diesem Expertenbeirat insbesondere das Votum von Versorgungspraktikern der Krankenkassen und ihrer Wettbewerbsverbände notwendig ist. Nur diese können in den letzten Jahren gesammelte Erfahrung bei der Umsetzung von Versorgungsstrukturinnovationen einbringen. Die Bewertung der Umsetzbarkeit und der Ausrichtung an der Versorgungsrealität ist daher nur mit der Berücksichtigung der Vertreter der Krankenkassen möglich. Eine mangelnde Berücksichtigung der Praxisperspektive erhöht unnötigerweise die Gefahr des Scheiterns der Förderprojekte und somit letztlich des Innovationsfonds.

### **Änderungsvorschlag**

In Absatz 1 Satz 2 wird *„sowie zwei Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit und ein Vertreter des Bundesministeriums für Bildung und Forschung“* gestrichen.

In Satz 3 werden nach den Worten *„maßgeblichen Personen“* die Worte *„Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Bildung und Forschung“* eingefügt.

In Absatz 2 Satz 4 wird die Zahl *„sieben“* durch die Zahl *„vier“* ersetzt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)  
Nr. 42  
§ 100 (Unterversorgung)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

- a. Versorgungsbestandteile, die über Ermächtigungen erbracht werden, sollen im Verfahren zur Feststellung einer Unterversorgung nicht berücksichtigt werden.
- b. Klarstellung, dass die Regelung des § 100 Absatz 2 (Zulassungsbeschränkungen durch Landesausschüsse bei nicht beseitigter Unterversorgung) auch in Fällen der drohenden Unterversorgung gilt.

### **Stellungnahme**

- a. Versorgungsbestandteile, die über Ermächtigungen erbracht werden, sollen bei der Feststellung von Unterversorgung keine Berücksichtigung mehr finden. Damit wird Unterversorgung künftig früher festgestellt als heute und ein Versorgungsmangel attestiert, der real im Einzelfall nicht gegeben ist. Eine bedarfsgerechte Versorgungs- und Bedarfsplanung muss jedoch identische Versorgungsbeiträge gleich behandeln. Eine Anrechnung hat folglich unbedingt stattzufinden.
- b. Die Klarstellung ist richtig, da auf diese Weise in den zuständigen Ausschüssen frühzeitig Maßnahmen gegen den Zuwachs von Unterversorgungssituationen ergriffen werden können.

### **Änderungsvorschlag**

- a. Nummer 42 a) ist zu streichen.
- b. Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)  
Nr. 44  
§ 103 (Zulassungsbeschränkungen)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

- a. Versorgungsbestandteile, die über Ermächtigungen erbracht werden, sind bei der Feststellung von Überversorgung nicht zu berücksichtigen.
- b. Die bisherige Kann-Regelung zur Ablehnung der Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens bei Überversorgung wird in eine Soll-Regelung überführt. Die diesbezügliche Ausnahmeregelung für Partner einer Berufsausübungsgemeinschaft und angestellte Ärzte wird verschärft und gilt – für Neufälle nach erster Lesung des Gesetzes – nur, wenn das Anstellungsverhältnis bzw. der gemeinschaftliche Betrieb bereits mindestens drei Jahre andauert. Eine weitere Ausnahme gilt in dem Fall, dass die Praxis in einen Teil des Pla-

nungsbereiches verlegt, in dem weiterhin Versorgungsbedarf besteht.

c. Ein ergänzendes Kriterium für die Auswahl bei der Nachbesetzung wird sein, ob der Nachfolger Maßnahmen zum Abbau von Barrieren ergreifen will. Bewirbt sich ein MVZ, soll dessen Versorgungsangebot ebenfalls entscheidungsrelevant sein.

### **Bewertung**

a. Eine bedarfsgerechte Versorgungs- und Bedarfsplanung sollte identische Versorgungsbeiträge gleich behandeln, und zwar unabhängig vom Versorgungsstatus. Die hier vorgesehene Regelung führt dazu, dass in Einzelfällen Überversorgungssituationen nicht als solche ausgewiesen werden, obwohl sie faktisch vorhanden sind.

b. Die Neuregelung soll dem Abbau von Überversorgung dienen. Kritisch zu sehen ist jedoch die Einschränkung, dass vor der Lesung des Gesetzes begründete Gemeinschaftspraxen und Anstellungsverhältnisse von der Drei-Jahres-Regelung ausgenommen werden sollen. Dies könnte zu kurzfristigen Aktivitäten führen, die die Regelung in der Anfangsphase untergraben. Gut ist die Absicht, bei Praxisverlegungen innerhalb eines Planungsbereichs auf einen Praxisaufkauf zu verzichten, wenn auf diesem Wege Versorgungsprobleme innerhalb des Planungsbereichs abgemildert oder beseitigt werden können. Wesentlich aber ist, dass das Instrument des Praxisaufkaufs nur wirken kann, wenn auch bei der Abstimmung über den Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens die üblichen Regelungen der Zulassungsausschüsse bei Stimmengleichheit gemäß § 96 Abs. 2 S. 6 SGB V gelten. Die bisherige Regelung, dass bei Stimmengleichheit ein Antrag auf Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens als angenommen gilt, verhindert dagegen einen Abbau von Versorgungsdisparitäten und muss gestrichen werden.

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

### **Änderungsvorschlag**

a. Nummer 44 a) wird gestrichen.

b. § 103 Absatz 3a Satz 4 zweiter Halbsatz (alte Fassung) wird gestrichen. Satz 5 wird gestrichen

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 45

§ 105 (Förderung der vertragsärztlichen Versorgung)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Bildung von Strukturfonds zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung soll künftig überall möglich sein und nicht nur in unterversorgten, von

Unterversorgung bedrohten oder in Gebieten, in denen ein besonderer lokaler Versorgungsbedarf festgestellt worden ist. Die geltenden Regelungen zur Finanzierung bleiben unverändert. Entschließt sich eine KV zur Auflegung eines Strukturfonds in bestimmter Höhe, haben die Kassen auf Landesebene einen gleichhohen Betrag zuzuschießen.

### **Stellungnahme**

Strukturfonds nach § 105 Absatz 1a gibt es aktuell in neun von 17 KV-Bezirken, weil diese in einzelnen Planungsgebieten unterversorgt sind, von Unterversorgung bedroht sind oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf aufweisen. Die betreffenden KVen erhalten in diesen Fällen von den Krankenkassen zusätzliche Mittel bis zu einer Grenze von 0,1 Prozent der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und beschließen konkrete Fördermaßnahmen wie Zuschüsse für Praxisgründungen oder Zweigpraxen, für die Beschäftigung von angestellten Ärzten oder hausärztlichen Versorgungsassistentinnen, zur Ausbildungsfinanzierung und Studienbeihilfe und anderes mehr. Der Einsatz von Instrumenten zur Förderung der ärztlichen Versorgung in Regionen mit Regel- oder Überversorgung läuft dem Ziel des Gesetzgebers zuwider, Versorgungsdisparitäten zwischen unter- und überversorgten Regionen abzubauen. Da, wo Versorgungsprobleme bestehen, haben die Strukturfonds eine Existenzberechtigung. Fließen diese Zusatzmittel aber in Gebieten, in denen es keine Versorgungsprobleme gibt bzw. Überversorgung herrscht, wird Überversorgung weiter gefördert. Mit dem Ergebnis, dass sich in den strukturschwachen Regionen die Suche nach ärztlichem Personal noch schwieriger gestaltet wird als ohnehin schon. Dies konterkariert die Bemühungen um die dauerhafte Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in strukturschwachen Gebieten. Deshalb ist die vorgesehene Regelung zu streichen.

### **Änderungsvorschlag**

Nr. 45 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 52

§ 116b (Ambulante spezialfachärztliche Versorgung)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

a. Klarstellung zur Unterbrechung der Antragsfrist im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung.

b. Der G-BA muss die Ergebnisse des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) bei der Regelung der sächlichen und personellen und sonstigen Qualitätsanforderungen an die spezialfachärztlichen Leistungserbringer mit einbeziehen.

c. Für Krankenhäuser, die an der ambulanten Behandlung nach § 116b in der bis 31. Dezember 2011 geltenden Fassung teilnehmen, wird ein dauerhafter

Bestandsschutz eingeführt. Eine Aufhebung der Alt-Bestimmung ist nur möglich, wenn das Krankenhaus nicht mehr zur ambulanten Behandlung geeignet ist.

### **Bewertung**

a. Die Regelung zur Unterbrechung der Antragsfrist ist abzulehnen. Das Vorgehen, die Prüffrist anzuhalten und nach Eingang der angeforderten Unterlagen etc. die verbleibende Frist weiterlaufen zu lassen, stellt einen zusätzlichen Verwaltungsaufwand für die erweiterten Landesausschüsse (eLA) dar. Die Sitzungen der eLA werden in einer bestimmten Frequenz (z. B. monatlich) stattfinden. „Restlaufzeiten“ aufgrund von Unterbrechungen würden zur Folge haben, dass kurzfristig zusätzliche Sitzungen anzuberaumen wären. Dies erscheint bei der großen Besetzung eines eLA kaum möglich. Für einen Neubeginn der Frist spricht zudem, dass der eLA einerseits seine Prüfung mit der gebotenen Sorgfalt abschließen kann und dass die Folge des Neubeginns mit der sich daraus für den Leistungserbringer ergebenden Verzögerung den Anreiz schafft, von vornherein vollständige Unterlagen vorzulegen und dadurch Verzögerungen zu vermeiden.

b. Die Regelung zur Berücksichtigung der Ergebnisse des IQTiG ist zu begrüßen. Der G-BA erhielt durch das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) den gesetzlichen Auftrag, ein fachlich unabhängiges wissenschaftliches Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen zu gründen. Der Aufbau des IQTiG erfolgt im Jahr 2015; ab 2016 soll es mit der Arbeit beginnen. Vor dem Hintergrund, dass in der ASV Patienten mit seltenen Erkrankungen und schweren Erkrankungsverläufen behandelt werden, ist es folgerichtig, dass auch in diesem Leistungsbe- reich die Qualität der Versorgung transparent gemacht und gesichert werden soll.

c. Die Bestandsschutzregelung ist abzulehnen. Die ASV hat insbesondere zum Ziel, die Versorgungsqualität durch sektorenübergreifende Kooperationen zu verbessern. Zudem gehen die Voraussetzungen und Qualitätsanforderungen für die ASV über die bisherigen Regelungen der ambulanten Behandlung am Krankenhaus hinaus. Ein dauerhafter Bestandsschutz für Kliniken mit Alt-Bestimmungen würde diese Ziele und Anforderungen ad absurdum führen. In der Konsequenz können Krankenhäuser parallel nach beiden Regelungen Leistungen erbringen und abrechnen. Sofern eine Berechtigung nach neuem Recht besteht, sollte die Alt-Bestimmung daher unverzüglich aufgehoben werden.

### **Änderungsvorschlag**

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

b. Keiner.



c. Absatz 8 wird wie folgt geändert:

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

Der bisherige Satz 3 wird zu Satz 4.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 53

§ 117 (Hochschulambulanzen)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

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

### **Bewertung**

Die Regelung ist abzulehnen. Eine Ermächtigung kraft Gesetzes für Hochschulambulanzen würde den bisherigen Bemühungen entgegenstehen, mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen ermächtigter Einrichtungen zu schaffen und damit die Angebote und Leistungen der Sektoren besser zu koordinieren. Hochschulambulanzen nehmen regelhaft Versorgungsaufträge wahr, die Patientengruppen betreffen, die in der vertragsärztlichen Versorgung nicht angemessen bzw. umfassend betreut werden können. Die Versorgung dient dabei vorrangig dem Zweck von Forschung und Lehre und nicht der Versorgung im Sinne des Sicherstellungsauftrags der regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen. Zusätzlich können Krankenhausärzte und Institutionen auf Antrag Leistungen der vertragsärztlichen Regelversorgung erbringen, wenn dies notwendig ist, um eine bestehende Unterversorgung abzuwenden (vgl. § 116a SGB V). Diese Ermächtigung erfolgt bedarfsabhängig durch den Zulassungsausschuss nach § 96 SGB V und wird erteilt, wenn die Sicherstellung nicht bereits durch niedergelassene Ärzte in ausreichendem Maße gewährleistet ist. Es müssen daher Versorgungslücken bestehen und auch festgestellt sein, die nur durch die entsprechende Ermächtigung zu schließen sind.

Ärzte und Institutionen, die aufgrund einer Ermächtigung an der vertragsärztlichen Regelversorgung teilnehmen, sind auch in der ambulanten Bedarfsplanung sachgerecht abzubilden. Diese gesetzliche Vorgabe ist aufgrund der bisher hohen Intransparenz des Leistungsgeschehens ermächtigter Institutionen

jedoch nur schwer umsetzbar. Ziel muss es daher sein, ermächtigte Einrichtungen zur standardisierten Leistungsstatistik zu verpflichten. Dies würde es auch ermöglichen, Sicherstellungs- und Versorgungsaufträge von Institutionen stärker zu definieren und eine Ermächtigung nur bei tatsächlichem Bedarf zu erteilen.

Wie die gesamte Neuregelung wird die Beschleunigung des beabsichtigten Verfahrens auf Bundesebene abgelehnt. Abgelehnt wird auch, dass die Landesebene in der Zwischenzeit unterschiedliche Regelungen treffen kann. Dies führt zu einem Flickenteppich unterschiedlicher Regelungen. Darüber hinaus ist nicht nachvollziehbar, warum bei einer Vereinbarung auf Landesebene von dem Vereinbarungskonstrukt einer dreiseitigen Vereinbarung zulasten der Krankenkassen abgewichen werden sollte.

### **Änderungsvorschlag**

Streichung der Neuregelung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 61

§ 134a (Versorgung mit Hebammenhilfe)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung wird der Kassenregress bei Behandlungsfehlern durch freiberuflich tätige Hebammen ausgeschlossen. Die so erfolgende Begrenzung der Haftungsansprüche soll zu niedrigeren Berufshaftpflichtprämien führen. Im Falle einer gesamtschuldnerischen Haftung ist der Verschuldensanteil der über diese Regelung vom Kassenregress ausgeschlossenen freiberuflich tätigen Hebamme nicht den übrigen Gesamtschuldnern anzulasten.

### **Bewertung**

Die Regelung widerspricht dem Prinzip der Verantwortlichkeit des Schadensverursachens und setzt insofern auch ein Präjudiz für weitere gesellschaftlich gewünschte aber schadensgeneigte Tätigkeiten, wie z. B. Geburtshilfe durch Ärzte. Neben den nicht unerheblichen Mehrkosten für die GKV kommt es somit zu einer ordnungspolitisch bedenklichen Erosion des Verursacherprinzips. Außerdem werden zwei Berufsgruppen – die freiberuflich und geburtshilflich tätigen Hebammen und die Entbindungspfleger – in Bezug auf die Haftung privilegiert. Die Regelung ist daher abzulehnen.

Der Gesetzgeber hat zudem seine Behauptung, dass die Prämien der Hebammen und Entbindungspfleger aufgrund der Regresse der Kranken- und Pflegekasse zu 25 bis 30 Prozent belastet sind, nicht begründet oder belegt. Er differenziert seine Aussage nicht dahingehend, ob die Regressforderungen der Kranken- und Pflegekassen möglicherweise auf einer schlechten Qualität,

mangelnden Erfahrung oder Fortbildung der Hebammen und Entbindungspfleger beruhen.

Die Klarstellung zum Gesamtschuldverhältnis schafft keine neuen Sachverhalte, geht aber – wie die ihr zugrunde liegende Regelung zum „Hebammenregress“ – zulasten der Krankenkassen. Daneben werden in der Folge auch die Pflegekassen Einnahmeverluste zu verzeichnen haben.

### **Änderungsvorschlag**

Die Regelung ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 64

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

### **Beabsichtigte Neuregelung**

a. Der G-BA muss spätestens nach 3 Monaten über einen Antrag auf Bewertung einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode in der ärztlichen oder zahnärztlichen Versorgung zu beschließen. Das Methodenbewertungsverfahren ist i. d. R. spätestens nach drei Jahren abzuschließen. Das Gleiche gilt für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus.

b. Der Gesetzgeber beabsichtigt zunächst eine Klarstellung. Das in der Krankenhausversorgung geltende Prinzip der Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt soll weiterhin gelten. Außerdem soll sichergestellt sein, dass einerseits der Ausschluss einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode aus der Krankenhausversorgung durch den G-BA und andererseits die Ablehnung eines Leistungsanspruches durch eine Krankenkasse im Einzelfall nach einem einheitlichen Bewertungsmaßstab erfolgt. Diese Klarstellung sei aufgrund einer geänderten Rechtsprechung des BSG (Urt. v. 21.03.2013 – B 3 KR 2/12 R) erforderlich. Während der G-BA eine neue Methode, die jedenfalls das Potenzial einer Behandlungsalternative bietet, nicht ohne vorherige Erprobung ausschließen dürfe, könne eine Krankenkasse die Leistung trotz vorhandenen Potenzials einer Behandlungsalternative ausschließen, wenn es gegen das in §§ 2 Absatz 1, 12 Absatz 1 und 28 Absatz 1 normierte Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot verstoße. Hierin liege ein Wertungswiderspruch, der aufzulösen sei. Auch eine Krankenkasse dürfe eine Methode mit dem Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative nicht ausschließen.

### **Bewertung**

Zu a. Aufgrund der Fristsetzungen wird der G-BA die Beratungen fristgerecht durchführen müssen. Dies ist insbesondere durch höhere Taktung der fachbezogenen AG-Sitzungen im G-BA möglich. Auf Seite des G-BA wird dafür voraussichtlich mehr Personal notwendig sein. Insbesondere da schon bisher ei-

nige Methodenberatungen wegen fehlenden Personals nicht durchgeführt werden konnten. Auch beim IQWiG und bei den Trägern des G-BA (GKV-SV, KBV und DKG) wird ggf. mehr Personal notwendig sein.

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

Darüber hinaus steht die vorgesehene Änderung nicht im Einklang mit der begrüßenswerten Einführung einer frühen Nutzenbewertung von neuen Methoden unter Einsatz von Hochrisiko-Medizinprodukten (Nr. 66). Es ist hochproblematisch, dass der Versicherte zukünftig bei Einsatz von Hochrisiko-Medizinprodukten darauf vertrauen kann, dass bei Anwendung eine Bewertung erfolgt ist und das Medizinprodukt nur unter gesicherten Bedingungen eingesetzt wird, aber bei allen anderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der Experimentierfreude des Krankenhauses ausgesetzt ist. Es ist ebenfalls problematisch, dass weder aus dem Gesetz noch aus der Gesetzesbegründung deutlich wird, wer in diesen Fällen das Potential einer Methode definiert. Zudem ist die Beschreibung „Regeln der ärztlichen Kunst“ nicht definiert und schlecht abgrenzbar.

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

Seit einigen Jahren wird Patienten mit therapieresistenter Hypertonie die sogenannte „sympathische renale Denervation“ als Behandlungsmöglichkeit im Krankenhaus angeboten. Im Laufe der letzten Jahre wurden Kathetersysteme von mehreren Herstellern in den europäischen Markt eingeführt. Zum Zeitpunkt der Markteinführung lagen die Ergebnisse von einigen Fallserien sowie von ei-

ner kleinen randomisierten und kontrollierten Studie (Symplicity HTN-2) vor, in denen Patienten mit einer renalen Denervation behandelt wurden. Diese ersten Studienergebnisse gaben Anhaltspunkte dafür, dass sich durch die Methode der systolische Blutdruck verringern lässt. Im April 2014 wurde eine verblindete, randomisiert-kontrollierte Studie zur Beurteilung der Wirksamkeit und Sicherheit der renalen Denervierung mit dem Symplicity-System (SYMPPLICITY HTN-3) publiziert. Laut dieser hochwertigen Studie konnte im Vergleich zu einer Sham-Intervention (= Schein-Eingriff, bei der lediglich ein Katheter geschoben wurde, nicht aber eine Verödung erfolgte) der Blutdruck nicht signifikant gesenkt werden. Das heißt, dass die Wirksamkeit des Verfahrens im Rahmen der Studie nicht erwiesen werden konnte. Letztlich sind weitere hochwertige Studien nötig, um die Methode der renalen Denervierung abschließend zu bewerten. Die Ersatzkassen haben sich im Frühjahr 2014 entschieden, dass die Leistung „Renale Denervation“ mit Verweis auf den fehlenden Wirksamkeitsnachweis nicht mehr vereinbart und bezahlt werden soll.

Bei der Methode zur Behandlung von intrakraniellen arteriellen Stenosen mit Stents handelt es sich um die Versorgung von stark verengten Gehirnarterien mit der Einlage eines Stents. Die Behandlung hat zum Ziel, einen ausreichenden Blutfluss zur Versorgung des Gehirns wiederherzustellen und/oder aufrechtzuerhalten. Im September 2011 sind die Ergebnisse der sogenannten SAMMPRIS-Studie veröffentlicht worden, die Hinweise auf ein erhebliches Schadenspotential des Einsatzes des sogenannten „Wingspan-Stents“ im Vergleich zu einer intensiven medikamentösen Therapie gaben. Die Studie wurde aufgrund einer geplanten Zwischenanalyse aus Sicherheitsgründen abgebrochen. Mittlerweile wurden auch die Daten der einjährigen Nachbeobachtung veröffentlicht, welche die Bedenken bezüglich des Schadenspotentials der Intervention untermauern. Die Leistung wird im stationären Sektor weiterhin erbracht und von der GKV bezahlt. Zwar sind dies Beispiele, die im Hinblick auf die Einführung einer frühen Nutzenbewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden unter Einsatz von Hochrisiko-Medizinprodukten so nicht mehr passieren würden. Allerdings zeigen sie die Notwendigkeit auf, eine eindeutige rechtliche Klarstellung herbeizuführen, wonach Qualität und Wirtschaftlichkeit über einer Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt stehen.

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

### **Änderungsvorschlag**

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

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 65

§ 137f (Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

a. Bis zum 31. Dezember 2016 hat der G-BA strukturierte Behandlungsprogramme für weitere chronische Krankheiten zu entwickeln.

b. Gesetzliche Vorgabe dabei: Rückenleiden, Depressionen.

### **Bewertung**

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

Zu b. Die gesetzliche Vorgabe, für Rückenleiden und Depressionen Anforderungen an ein entsprechendes DMP zu erlassen, widerspricht der erst durch das GKV-VStG an den G-BA übertragenen Regelungskompetenz zur Festlegung geeigneter DMP-Diagnosen und greift hier erheblich in einen originären Bereich der Selbstverwaltung ein. Nach § 137f Abs. 1 Satz 1 SGB V legt der G-BA geeignete chronische Krankheiten fest, für die DMP entwickelt werden sollen. Dieser Aufgabe ist der G-BA nachgekommen, indem er am 20. Februar 2014 die Durchführung eines strukturierten Priorisierungsverfahrens zur Festlegung geeigneter chronischer Erkrankungen beschlossen hat. Im Rahmen dieses Verfahrens wurden 33 Vorschläge eingereicht, welche u. a. auch die Indikationen Chronisches Rückenleiden und Depression umfassten. Anhand der Kriterien des § 137f Abs. 1 Satz 2 (u. a. Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs und Möglichkeiten der Versorgungsverbesserung durch ein DMP) wurden sämtliche Indikationen auf die Eignung als DMP geprüft. Durch Beschluss vom 21. August 2014 wurden die Indikationen Chronische Herzinsuffizienz, Rheumatoide Arthritis, Osteoporose und Chronischer Rückenschmerz festgelegt, für die nun Beratungen im G-BA aufgenommen werden sollen. Die angedachte gesetzliche Vorgabe widerspricht diesem Beschluss. Insbesondere die Depressionen wurden im Rahmen des Priorisierungsverfahrens als nur bedingt als DMP umsetzbar eingestuft (u. a. weil keine gesicherten Diagnosen für eine rechtssichere Einschreibung vorliegen, die Diagnosestellung selbst oft problematisch ist und das DMP zeitlich danach greift). Im Übrigen ist zu erwähnen, dass die vom Gesetzgeber benannte Nationale Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ aufgrund ihrer abgelaufenen Gültigkeit nicht in die Beratungen aufgenommen wurde.

Weiter ist die Frist, bis zum 31. Dezember 2016 Anforderungen an die Behandlung von Rückenleiden und Depression zu erlassen, unrealistisch. Für die Erarbeitung von Anforderungen ist laut Verfahrensordnung des G-BA zunächst eine Leitlinienrecherche des IQWiG zu beauftragen, welche einen Bearbeitungszeitraum von ca. 12 bis 18 Monaten umfasst. Anschließend beginnen die Beratungen in den Facharbeitsgruppen. Unter Beachtung von Qualitätssicherungsaspekten ist auch hier von einem Zeitraum von 12 bis 18 Monaten auszugehen.

Danach erfolgen die Beratungen im Unterausschuss DMP, das anschließende Stellungnahmeverfahren sowie die Beschlussfassung im Plenum. Des Weiteren ist die zweimonatige Beanstandungsfrist des BMG zu berücksichtigen. Die Darstellung zeigt, dass ein Erlass von Anforderungen an die Behandlung bei Rückenleiden und Depression bis zum 31. Dezember 2016 unrealistisch ist.

### **Änderungsvorschlag**

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)  
Nr. 66

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

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Für Methoden, bei denen Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse Verwendung finden, wird die Möglichkeit einer frühen Nutzenbewertung eingeführt. Es wird klargestellt, dass ausschließlich invasive Medizinprodukte durch die Neuregelung angesprochen sind. Der Begriff "neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept" wird im Gesetz definiert und in einer Rechtsverordnung des BMG im Benehmen mit dem BMBF weiter konkretisiert. In Monatsfrist werden die Krankenhäuser um die zur Verfügung stehenden Informationen gebeten. Der G-BA hat innerhalb von drei Monaten eine Entscheidung über Nutzen, Schaden und Potenzial zu treffen, bevor er die Erprobung der neuen Methode beschließt. Die Frist für die Erprobung wird von drei auf zwei Jahre verkürzt. Nach Abschluss der Erprobung entscheidet er auf Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse innerhalb von drei Monaten über eine Richtlinie nach § 137c. Der G-BA berät die Hersteller und Krankenhäuser im Vorfeld über das Verfahren.

### **Bewertung**

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

Die Straffung des Verhandlungszeitraums für die Vereinbarung nach § 6 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes bzw. nach § 6 Absatz 2 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung auf drei Monate in Verbindung mit der Anrufung der Schiedsstelle wird abgelehnt.

Eine Beratung von Herstellern und Krankenhäusern im Vorfeld zur Methodenbewertung über die Voraussetzungen und Anforderungen an die konkrete Methode wird für die Durchführung des weiteren Verfahrens als sinnvoll angesehen.

### **Änderungsvorschlag**

Siehe Änderungsvorschlag GKV-Spitzenverband.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 69

§ 140a (Integrierte Versorgung)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

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

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

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

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

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

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

### **Bewertung**

Die Neufassung des § 140a „Besondere Versorgung“ begrüßen die Ersatzkassen ausdrücklich. Die umfassende Neuordnung der Rechtsgrundlage für Selektivverträge stellt eine zwingend notwendige Beseitigung von Umsetzungshindernissen dar. Die durch unklare Rechtsbegriffe und Auslegung des Bundessozialgerichts entstandenen Hürden für die Krankenkassen werden zugunsten einer neuen, flexiblen Vertragsgrundlage abgebaut. Starre Rechtsbegriffe, wie sekto-



renübergreifender, regelversorgungsersetzender oder besonderer Versorgungsauftrag, entfallen oder werden an die Versorgungswirklichkeit angepasst. Die Krankenkassen erhalten durch die Norm mehr Vertragsfreiheit.

1. Die Zusammenfassung der bestehenden Rechtsformen der Selektivverträge zur Neufassung des § 140a beseitigt bestehenden Umsetzungshürden für Selektivverträge und wird daher ausdrücklich begrüßt.
2. Die Konkretisierung des Leistungsumfangs der Verträge wird begrüßt. Dies gilt auch für die Aufnahme reiner Management-Verträge in die Neufassung des § 140a. Positiv ist auch die Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsnachweises, bei dem die Wirtschaftlichkeit grundsätzlich nachweisbar sein muss, die Darlegung jedoch nur im Einzelfall gegenüber der Aufsicht zu führen ist.
3. Die Erweiterung des Kreises der abschlussberechtigten Leistungserbringer auf Kassenärztliche Vereinigungen ist sinnvoll. In der Versorgungspraxis übernehmen Leistungserbringer oftmals im Rahmen von Verträgen zur Integrierten Versorgung auch Managementaufgaben. Es sollte sichergestellt werden, dass Leistungserbringer auch zugleich Managementtätigkeiten übernehmen sowie Managementgesellschaften auch zugleich Leistungen anbieten können. Die Regelung über den Austausch der Zulassungsstatus entspricht dem bisherigen § 140b Absatz 4 Satz 3. Bei der bisherigen Regelung war jedoch streitig, ob ein Krankenhaus eine ambulante Leistung einer bestimmten Fachrichtung erbringen kann, wenn kein ambulanter zugelassener Leistungserbringer derselben Fachrichtung beteiligt ist. Hierzu sollte eine Klarstellung erfolgen. Die in Absatz 3 Satz 2 genannte Abweichung vom Zulassungs-, Ermächtigungs- oder Berechtigungsstatus sollte für alle Verträge der besonderen Versorgung gelten, um eine umfassende Versorgung der Versicherten zu ermöglichen. Aus diesem Grund sollte das Wort „integrierte“ durch „besondere“ ersetzt werden.
4. Der Verzicht auf die Regelung in der Satzung stellt einen erheblichen Abbau bürokratischer Hürden dar und wird somit grundsätzlich begrüßt. Im Gegensatz zu der bisherigen Regelung in § 73c ist in § 140a Absatz 4 aber keine ausdrückliche Verpflichtung der Versicherten vorgesehen, dass sie für die Erfüllung des Versorgungsauftrags während der Dauer der besonderen Versorgung nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und andere Leistungserbringer nur auf Überweisung in Anspruch nehmen können. Bei den bisherigen Regelungen, also insbesondere bei der integrierten Versorgung ist aber streitig, ob eine solche Verpflichtung oder sonstige Verpflichtungen der Versicherten allein durch die Teilnahmeerklärung auferlegt werden können. Um sowohl für die Versicherten als auch für die Krankenkassen Klarheit zu erreichen, sollte hier eine gesetzliche Klarstellung erfolgen.
5. Die Regelungsvorgabe in § 140a Abs. 4 Satz 1 SGB V, wonach die Versicherten immer ihre Teilnahme schriftlich gegenüber ihrer Krankenkasse zu erklären haben, konterkariert das bekundete Ziel der Entbürokratisierung. Denn schriftliche Teilnahmeerklärungen mit einer 14-tägigen Widerrufsfrist sind regelhaft dann nicht erforderlich, wenn keine Einschränkung der Wahlfreiheit oder keine

fortdauernde Bindung der Versicherten an bestimmte Leistungserbringer oder Behandlungsabläufe erfolgt. Dies ist auch z. B. bei Verträgen gegeben, die zusätzliche Versorgungsleistungen als Erweiterung/Ergänzung des regelhaften Leistungsangebotes oder lediglich einmalige, kleinteilige Zusatzleistungen oder besondere Organisations- bzw. Vergütungsstrukturen zum Inhalt haben.

6. Die Regelungen zur Bereinigung sind sachgemäß und werden begrüßt.

### **Änderungsvorschlag**

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

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

Nach Satz 2 werden folgende Sätze angefügt: *„Die in Satz 1 unter 1. und 2. Genannten können gleichzeitig Leistungen erbringen und Managementaufgaben übernehmen. Jeder Leistungserbringer kann Leistungen der besonderen Versorgung aufgrund des Zulassungs-, Ermächtigungs- und Berechtigungsstatus zur ambulanten oder stationären Leistungserbringung der anderen Leistungserbringer durchführen, solange er die Grenzen des Weiterbildungsrechts beachtet und die Vertragspartner sich für die Durchführung der integrierten Versorgung darauf verständigen.“*

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 82

§ 279 (Begutachtung und Beratung)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

zu a) aa) Neben Vertretern der Versicherten und Arbeitgeber soll der Verwaltungsrat eines MDK zukünftig zu einem Drittel aus stimmberechtigten Vertretern der Pflegebedürftigen beziehungsweise Angehörigen und Vertretern der Pflegeberufe bestehen. Diese werden von den zuständigen obersten Landesbehörden auf Vorschlag der Organisationen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie den maßgeblichen Verbänden der Pflegeberufe bestimmt.  
bb) Zukünftig sind hauptamtliche Mitarbeiter von Krankenkassen von einer Tätigkeit in den MDK-Verwaltungsräten ausgeschlossen.

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

c) Um sicherzugehen, dass innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes in allen MDK-Verwaltungsräten die Neuregelung greift, sieht das Ge-

setz aber eine Übergangsregelung vor: Für die Verwaltungsräte, in denen die reguläre Amtsdauer des Verwaltungsrates noch mehr als drei Jahre beträgt, werden von der zuständigen Landesbehörde zusätzlich zu den oben bestimmten Mitgliedern weitere Vertreter bestimmt. Dabei darf ihr Anteil ein Drittel nicht überschreiten. Für diesen Fall kann die Höchstzahl von 18 Mitgliedern im MDK überschritten werden.

### **Stellungnahme**

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

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

Die Arbeit in den MDK-Verwaltungsräten bezieht sich sowohl auf die Tätigkeiten des MDK für die soziale Pflegeversicherung als auch für die gesetzliche Krankenversicherung. Deshalb ist unverständlich, warum Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie der Pflegeberufe durch eine stimmberechtigte Einbindung in die Verwaltungsräte der MDK einseitig bevorteilt werden sollen. Die Interessen der Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen als auch die Vertreter der Pflegeberufe werden bereits heute intensiv bei der Erarbeitung der Pflegerichtlinien – und damit selbstverständlich auch der Pflegebegutachtungsrichtlinien – eingebunden. Dies ist an dieser Stelle auch angemessen und sinnvoll.

Aus den vorgenannten Gründen lehnen die Ersatzkassen die Einbeziehung und ein Stimmrecht von Vertretern der Pflegebedürftigen in den Verwaltungsräten der MDK ab. In Bezug auf die Vertreter der Pflegeberufe kommt erschwerend hinzu, dass diese generell einem Interessenkonflikt unterliegen. Zwischen dem Prüf- und Qualitätssicherungsauftrag des MDK und dem unternehmerischen Interesse der Leistungserbringer in der Pflege besteht naturgemäß ein Zielkonflikt. Es hieße, einer Partikulargruppe und ihren berufsständischen Interessen

einen einseitigen Vorteil zu gewähren, wenn sie mit Stimm- oder Antragsrechten ausgestattet in den Entscheidungsgremien des MDK Einzug hielten.

Im Weiteren weist der vdek darauf hin, dass die Selbstverwaltungsorgane der Ersatzkassen nur zum Teil paritätisch durch Arbeitgeber- und Versichertenvertreter besetzt. Erst im Zuge kassenartenübergreifender Fusionen haben auch Arbeitgebervertreter Einzug in die Selbstverwaltungsparlamente gehalten; davon sind bisher allerdings nur einige Ersatzkassen betroffen. Nach wie vor finden sich in den Selbstverwaltungsparlamenten von BARMER GEK und HEK ausschließlich Versichertenvertreter. Bei der DAK-Gesundheit setzt sich der Verwaltungsrat aus 28 Versicherten- und 2 Arbeitgebervertretern zusammen. TK, KKH und hkk sind paritätisch besetzt. Diese Besonderheit ist auch bei der Bildung des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes nachvollzogen worden. In den Verwaltungsräten der MDK wird dies berücksichtigt. Im Zusammenhang mit der im Entwurf zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz beabsichtigten Neuordnung der Verwaltungsräte der MDK muss diesem Umstand weiterhin Rechnung getragen werden. Der reine Gesetzestext in Nr. 82 ist auch entsprechend verfasst. Zur Klarstellung, dass der Gesetzgeber nicht die Absicht hat, eine strenge Drittelparität aus Vertretern der Arbeitgeber, Vertretern der Versicherten und den durch die Landesbehörde bestimmten Vertretern aus der Pflege (Betroffene, Angehörige, Pflegeberufe) in den Verwaltungsräten zu etablieren, sollte deshalb in der Begründung zu Nummer 66 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) der Satz „Jeder Gruppe wird ein Anteil von einem Drittel der Mitglieder im Verwaltungsrat zugeordnet.“ gestrichen werden. Dieser weist in eine vom Gesetzgeber offenbar nicht gewollte Richtung, könnte aber in der Rechtsauslegung Probleme aufwerfen, die die Besetzung der MDK-Verwaltungsräte erschwert bis verhindert bzw. eine gerichtliche Klärung erfordert.

bb. Das Hauptamt leistet jedoch einen wichtigen fachlichen Beitrag für die Arbeit der Verwaltungsräte. Dies hat auch der Gesetzgeber 1989 festgestellt, als er den Vertrauensärztlichen Dienst in den MDK überführte: „Um den Verwaltungsrat mit fachkundigen und mit den Aufgaben eines medizinischen Beratungsdienstes vertrauten Personen besetzen zu können“ (Begründung des Gesundheitsreform-Gesetzes, S. 233), entschied der Gesetzgeber damals bewusst, die Wählbarkeit nicht einzuschränken. Die Arbeit in den MDK-Verwaltungsräten setzt große Fach- und Systemkenntnis voraus, die Hauptamtliche durch ihre berufliche Tätigkeit mitbringen. Die Pflege steht kurz vor der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Dabei soll der MDK auf Wunsch des Gesetzgebers eine tragende Rolle spielen. Dafür erscheint der Sachverstand, der durch das Hauptamt in die Verwaltungsräte eingebracht wird, unverzichtbar. Die Intention dieser Neuregelung ist, dass die Prüftätigkeit des MDK, von den Krankenkassen – die aus dieser Perspektive durch die Hauptamtlichen vertreten werden – unbeeinflusst sein soll. Dieser Auffassung liegt jedoch ein Irrtum zugrunde. Die Verwaltungsräte treffen grundlegende Haushalts- und Organisationentscheidungen für den MDK auf Grundlage gesetzlich vorgegebener Aufgaben und sichern damit die Rahmenbedingungen für die Funktionsfähigkeit des Dienstes. Sie beschließen beispielsweise über die Aufstellung der Satzung, die Feststellung des Haushaltsplanes, die Prüfung der

Betriebs- und Rechnungsführung, wählen und entlasten den Geschäftsführer und dessen Stellvertreter. Mit diesen Entscheidungen schaffen die Kranken- und Pflegekassen die organisatorische Grundlage für die Arbeit des MDK. Diese grundlegenden Entscheidungen beziehen sich stets auf die Gesamtleistung des MDK und betreffen nicht das operative Begutachtungsgeschehen. Einen unmittelbaren Einfluss auf die originären Aufgaben der Begutachtung im Einzelfall und Beratung sowie der Prüfung von medizinischen Einrichtungen hat der Verwaltungsrat nicht. Das kommt nicht zuletzt auch dadurch zum Ausdruck, dass die Finanzierung der Ausgaben des MDK für die Wahrnehmung seiner Aufgaben durch die Krankenkasse über eine Umlage und nicht einzelfallbezogen erfolgt.

Bei einem Marktanteil von ca. 37,5 Prozent müssten die Ersatzkassen im Schnitt 4 von 12 Sitzen in einem MDK-Verwaltungsrat besetzen. Hinzu kommen jeweils ein erster und ein zweiter Stellvertreter. In der Summe müssen die Ersatzkassen in 15 MDKs insgesamt 180 Sitze besetzen. Die Verwaltungsräte der Ersatzkassen weisen aber insgesamt nur 159 Vertreter auf. Ihr Anteil variiert aus strukturellen Gründen zwischen den Kassenarten. So haben bundesunmittelbare Kassen wie die Ersatzkassen zwangsläufig einen höheren Anteil an hauptamtlichen Vertretern als beispielsweise die AOKen. Hinzukommt, dass § 51 Absatz 1 Nr. 4 SGB IV bestimmt, dass die zu wählende Person eine Wohnung im Bezirk des MDK oder in einem nicht weiter als 100 km von dessen Grenze entfernten Ort im Geltungsbereich des SGB V innehaben muss oder sich gewöhnlich dort aufhält, beschäftigt oder tätig ist. Andernfalls würde die Wahrnehmung dieser ehrenamtlichen Aufgabe eine zu große Zumutung werden. Sie wäre außerdem mit höheren Verwaltungs- und Reisekosten verbunden. Die Ersatzkassen können über die Sozialwahl nicht steuern, dass eine ausreichende Anzahl qualifizierter Ehrenamtler „vor Ort“ verfügbar ist. Deshalb ist es hilfreich, in solchen Fällen auf hauptamtliche Vertreter zurückgreifen zu können. Ehrenamt beruht auf Freiwilligkeit. Angesichts der begrenzten Zahl an Personen in der Selbstverwaltung der Ersatzkassen kann nicht mehr auf Freiwilligkeit gesetzt werden, wenn es gilt, alle Sitze in den MDKs zu besetzen. Die ehrenamtliche Tätigkeit in einem MDK darf zudem nicht unterschätzt werden, weder vom Aufwand noch von der notwendigen Sachkunde her. Zusätzlich zu den vier regulären Sitzungen des Verwaltungsrates sind Mitglieder in den Verwaltungsräten auch Ausschüssen zugeordnet, etwa dem Haushalts-, Grundsatz oder Personalausschuss.

Die Ersatzkassen schlagen daher vor, dass das Verbot für Hauptamtliche in MDK-Verwaltungsräten im VSG abgeschwächt wird. Sie schlagen hierzu vor, dass zukünftig maximal ein Drittel der von den Verwaltungsräten der Kassen gewählten MDK-Verwaltungsratsmitglieder Hauptamtliche sein dürfen. Das wären von künftig i. d. R. zwölf gewählten Vertretern je MDK-Verwaltungsrat vier. Dies dürfte ausreichend sein, um die notwendigen Spielräume zur Besetzung der Sitze zu erhalten und Umsetzungsprobleme zu verhindern.

cc. Wie oben aufgeführt, lehnen die Ersatzkassen eine stimmberechtigte Beteiligung der Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen als auch die

Vertreter der Pflegeberufe in den Verwaltungsräten der MDK ab. Sollte es dennoch zu einer Beteiligung kommen, weisen wir auf einen Irrtum des Gesetzgebers hin. Mit seinem Vorschlag zur Besetzung der Verwaltungsräte der MDK kann keine Drittelparität geschaffen werden, weil die Besonderheiten des Ersatzkassensystems außer Acht gelassen werden. Die Gremien der Ersatzkassen sind aus historischen Gründen nicht paritätisch mit Arbeitgeber- und Versichertenvertretern besetzt. An dieser Stelle ist auf entsprechende Regelungen im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes zu verweisen. Im Übrigen sind die Verwaltungsräte der MDK auch heute schon nicht paritätisch besetzt.

### **Änderungsvorschlag**

Die Neuregelungen sollten gestrichen werden.

Alternativ wird für Buchstabe a) bb) folgendes vorgeschlagen:

Nach § 279 Absatz 2 Satz 2 SGB V i. d. n. F. wird der folgende neue Satz 3 eingefügt: *„§ 51 Absatz 6 Nummer 5 Buchstabe a und Nummer 6 Buchstabe b SGB IV gelten, wenn der Anteil der gewählten Mitglieder des Verwaltungsrates, die die Merkmale nach § 51 Absatz 6 Nummer 5 Buchstabe a und Nummer 6 Buchstabe b SGB IV erfüllen, ein Drittel überschreitet.“*

Satz 3 (alt) wird zu Satz 4.

Änderung Gesetzesbegründung:

Zu Nr. 82 Buchstabe a, Doppelbuchstabe aa:

Satz 5 (*„Jeder Gruppe wird ein Anteil von einem Drittel der Mitglieder im Verwaltungsrat zugeordnet.“*) wird gestrichen.

Doppelbuchstabe bb:

In Satz 2 werden die Worte *„nicht mehr“* durch die Worte *„nur noch eingeschränkt“* ersetzt.

## 4. Ergänzende Vorschläge

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)  
§ 24i Absatz 1 (Mutterschaftsgeld)

### **Änderungsvorschlag**

In § 24i Absatz 4 Satz 1 wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Arbeitseinkommen“ die Wörter „oder Urlaubsabgeltung“ eingefügt.

Es wird folgender Satz 3 – neu – angefügt: *„Dies gilt auch für die Zeiten, in denen der Anspruch auf Arbeitslosengeld wegen einer Sperrzeit nach dem Dritten Buch ruht“.*

### **Begründung**

Heute ruht der Anspruch auf Mutterschaftsgeld, soweit und solange das Mitglied beitragspflichtiges Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erhält. Dies gilt nicht für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt. Es erscheint sozial gerechtfertigt, Frauen grundsätzlich einen Anspruch auf Mutterschaftsgeld einzuräumen, wenn zu Beginn der Schutzfristen der Anspruch auf Arbeitslosengeld wegen Urlaubsabgeltung oder Sperrzeit ruht. Im Hinblick auf die Entgeltersatzfunktion des Mutterschaftsgeldes sollte dieses, wie auch das Krankengeld, bei Verhängung einer Sperrzeit durch die Arbeitsagentur ruhen (vgl. § 49 Abs. 1 Nr. 3a SGB V). Sollte nach dem Ende der Sperrzeit die Schutzfrist noch andauern, lebt der Anspruch auf Mutterschaftsgeld wieder auf. Deshalb sollte der Absatz 4 wie folgt ergänzt werden. *„Dies gilt auch für die Zeiten, in denen der Anspruch auf Arbeitslosengeld wegen einer Sperrzeit nach dem Dritten Buch ruht“.*

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)  
§ 33a – neu (externe Gutachterdienste Hilfsmittel)/ § 284 (Sozialdaten bei den Krankenkassen)/ § 284a – neu (Beauftragung externer Hilfsmittelfachberater)

### **Änderungsvorschlag**

Es wird ein neuer § 33a eingefügt:

§ 33a (Externe Gutachterdienste im Hilfsmittelbereich)

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

teln, soweit dies für die Erfüllung ihres Auftrags erforderlich ist und im wohlverstandenen Interesse des Versicherten liegt.

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

(3) In den Richtlinien nach Absatz 2 werden insbesondere

1. die Anforderungen an die Qualifikation, die Neutralität und die Objektivität externer Hilfsmittelfachberatungen einschließlich der Verfahren zum Nachweis und zur Überprüfung der Anforderungen
2. die Aufgaben der externen Hilfsmittelfachberatungen und
3. die Sicherstellung der Dienstleistungsorientierung im Beratungsverfahren geregelt.

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

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

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

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

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

Es wird folgender § 284a neu eingefügt:

§ 284a (Beauftragung externer Hilfsmittelfachberater)

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

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

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

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



## **Begründung**

Die Beauftragung externer Hilfsmittelgutachter durch Krankenkassen soll gesetzlich geregelt werden. Nach § 275 Absatz 3 Nr. 1 SGB V können die Krankenkassen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) überprüfen lassen, ob das Hilfsmittel (§ 33 SGB V) aus sozialmedizinischer Sicht erforderlich ist. Um eine zweckmäßige, erforderliche und wirtschaftliche Hilfsmittelversorgung zu gewährleisten, sind in verschiedenen Fällen neben der sozialmedizinischen Stellungnahme des MDK weitere Informationen erforderlich. Handelt es sich bei dem Hilfsmittel um eine komplexe orthopädie-, reha- und medizintechnische Versorgung (z. B. Rollstuhl), sind die konkreten Anforderungen an die Zweckmäßigkeit und ob diese im häuslichen Umfeld des Versicherten bedarfsgerecht einsetzbar/umsetzbar sind bzw. ob kostengünstigere Versorgungsalternativen aus technischer Sicht das gleiche Ergebnis erzielen (Wirtschaftlichkeit), von sog. externen Hilfsmittelgutachtern zu betrachten und zu bewerten. Für diese Fachexpertise bedarf es daher einer einschlägigen Ausbildung sowie mehrjährige Berufserfahrung. Darüber hinaus werden zusätzliche Anforderungen hinsichtlich ihres Fachwissens, ihrer Zusatzqualifikationen und ihrer weiteren Kenntnisse gestellt. Die Prüfungen durch externe Hilfsmittelgutachter enden mit einer Empfehlung an die Krankenkasse. Die Krankenkassen orientieren sich bei der Beauftragung nach wie vor an einem Arbeitspapier „Beauftragung privater Gutachterdienste durch die gesetzlichen Krankenkassen im Bereich der Hilfsmittelversorgung“ der Aufsichtsbehörden von August 2011.

Von Leistungserbringergruppierungen wird immer wieder beanstandet, dass diese Art der Beauftragung unzulässig ist, wenngleich das o. g. Arbeitspapier weiterhin Bestand hat und § 275 Absatz 4 Satz 1 neben dem MDK auch „andere Gutachterdienste“ berücksichtigt. Angesichts der Vielfalt an Versorgungsmöglichkeiten mit Hilfsmitteln ist es für die Krankenkassen unwirtschaftlich, für jeden spezifischen Hilfsmittelbereich geeignetes Fachpersonal für technische Fragestellungen vorzuhalten.

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)  
§ 116b (Ambulante spezialfachärztliche Versorgung)

### **Änderungsvorschlag 1**

§ 116b Absatz 1 Satz 3 wird gestrichen.

Hilfsweise:

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

### **Begründung**

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

In der vertragsärztlichen Regelversorgung statuiert § 135 SGB V ein sogenanntes „Verbot mit Erlaubnisvorbehalt“. Dies bedeutet, dass – bevor eine Methode erbracht werden kann – der G-BA zu beschließen hat, dass diese Methode einen diagnostischen und therapeutischen Nutzen besitzt, medizinisch notwendig und auch wirtschaftlich ist. Nur nach positivem Beschluss („Erlaubnis“) des G-BA kann die Methode zulasten der Krankenkassen abgerechnet werden. Im Unterschied dazu dürfen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Rahmen von stationären Krankenhausbehandlungen grundsätzlich zulasten der GKV erbracht werden, solange sie nicht explizit vom G-BA nach § 137c SGB V ausgeschlossen wurden („Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt“). Die Ausweitung dieser grundsätzlichen Erlaubnis auf die ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen führt dazu, dass neben Krankenhäusern nun auch zur ASV berechnete Vertragsärzte im Rahmen ihrer ambulanten spezialfachärztlichen Leistungserbringung ungeprüfte Methoden erbringen können; was ihnen parallel im Rahmen der vertragsärztlichen Regelversorgung weiterhin nicht gestattet ist. Es ist unverständlich, dass in einem Versorgungsbereich, der insbesondere hochspezialisierte Leistungen für schwerstkranke Patienten erbringt, ungeprüft Methoden zur Anwendung kommen können und damit die Anforderungen hinter den Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung zurückstehen. Dies ist insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Patientensicherheit nicht nachvollziehbar.

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

## Änderungsvorschlag 2

§ 116b Absatz 2 SGB V wird wie folgt geändert:

In Satz 1 werden die Worte „sind berechtigt“ gestrichen und durch die Worte „können auf Antrag“ ersetzt; das Wort „zu“ wird gestrichen. Hinter dem Wort „soweit“ werden die Worte „und solange“ eingefügt.

§ 116b Absatz 3 wird wie folgt geändert:

Der Halbsatz „und dies gegenüber dem nach Maßgabe des Absatzes 3 Satz 1 erweiterten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 Absatz 1 unter Beifügung entsprechender Belege anzeigen“ wird gestrichen und durch den Halbsatz: *„und unter Berücksichtigung der Versorgungssituation durch den nach Maßgabe des Absatzes 3 Satz 1 erweiterten Zulassungsausschuss nach § 96 berechtigt worden sind“* ersetzt.

Nach Satz 1 ist folgender Satz 2 neu einzufügen: *„Die Berechtigungen nach Satz 1 sind befristet zu vergeben.“* Die Sätze 3 und 4 werden gestrichen. Satz 2 wird Satz 3. Satz 5 wird Satz 4. Im Satz 5 (n. F.) wird „Satz 4“ durch „Satz 1“ ersetzt. In Satz 6 (n. F.) wird „und 2“ gestrichen, das Wort „Landesausschuss“ wird durch das Wort „Zulassungsausschuss“ ersetzt und „Satz 6“ durch „Satz 3“ ersetzt. Die Sätze 7 und 8 werden gestrichen.

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

### Begründung

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

Eine fehlende Mengensteuerung und Bedarfsplanung steht den bisherigen Bemühungen entgegen, Angebote und Leistungen der Sektoren besser zu koordinieren. Zur Vermeidung von Überversorgung und einer unkontrollierten Leistungsausweitung, sind die Berechtigungen durch den Zulassungsausschuss nach § 96 SGB V, erweitert um die Mitglieder der Krankenhausseite („G-BA-Parität“) befristet zu vergeben. Die Berechtigungen sollten den Zeitraum von zehn Jahren nicht übersteigen. Die Angebotskapazitäten sind über eine Bedarfsplanung zu regeln. Um in unkontrollierte Leistungsausweitungen steuernd eingreifen zu können, sollte sich die Bedarfsplanung in ein „Angebotsmonitoring“ durch die Länder entwickeln. Eine Anzeige der Leistungserbringer bei dem zuständigen erweiterten Landesausschuss (Status quo) reicht als alleinige Zugangsvoraussetzung nicht aus und widerspricht dem Grundgedanken eines hochspezialisierten Versorgungsbereichs. Alle Konkretisierungen des G-BA zu einzelnen Leistungsbereichen weisen umfangreiche sachliche und personelle Anforderungen an den ambulanten spezialfachärztlichen Leistungserbringer aus. Um sicherzustellen, dass diese Anforderungen, sowohl zum Zeitpunkt des Zugangs als auch bei einer Wiederholungsprüfung eingehalten werden, ist eine Überprüfungsmöglichkeit aus Qualitätssicherungsgründen zwingend erforder-

lich. Der mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) geregelte einfache Zugang zur spezialärztlichen Versorgung wird bei bestimmten Leistungsbereichen zu einer starken Anreizwirkung auf die Leistungserbringer führen. Den erweiterten Landesausschüssen bleiben jedoch lediglich zwei Monate zur Antragsprüfung. Liegt innerhalb dieser Zeitspanne keine gegenteilige Mitteilung vor, darf der Leistungserbringer an der spezialärztlichen Versorgung teilnehmen. Im Hinblick auf diese kurze Widerspruchsfrist ist zu befürchten, dass insbesondere der Überprüfung der Qualitätsanforderungen nicht in der Tiefe und Einzelheit erfolgen kann, wie es der Gesetzgeber sowie die Richtlinie des G-BA zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV-Richtlinie) verlangt. In der Konsequenz könnten Leistungserbringer an der spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmen, die die Voraussetzungen nicht erfüllen.

### **Änderungsvorschlag 3**

§ 116b Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

*„Für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 2 wird der Zulassungsausschuss für Ärzte nach § 96 Absatz 1 um Vertreter der Krankenhäuser in der gleichen Zahl erweitert, wie sie nach § 96 Absatz 2 jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und die Vertreter der Ärzte vorgesehen ist (erweiterter Zulassungsausschuss). Die Vertreter der Krankenhäuser werden von der Landeskrankenhausgesellschaft bestellt. Den Vorsitz des erweiterten Zulassungsausschusses führt abwechselnd ein Vertreter der Ärzte, der Krankenhäuser und der Krankenkassen. Die erweiterten Zulassungsausschüsse beschließen mit einfacher Stimmenmehrheit; bei der Gewichtung der Stimmen zählen die Stimmen der Vertreter der Krankenkassen doppelt; bei Stimmengleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt. Die Geschäfte der Zulassungsausschüsse werden bei den Kassenärztlichen Vereinigungen geführt. Die Kosten der erweiterten Zulassungsausschüsse werden, soweit sie nicht durch Gebühren gedeckt sind, zur Hälfte von den Verbänden Krankenkassen und Ersatzkassen sowie zu je einem Viertel von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landeskrankenhausgesellschaften getragen. Gegen die Entscheidungen der Zulassungsausschüsse können die am Verfahren beteiligten Ärzte und Einrichtungen, die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landeskrankenhausgesellschaften und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen, den Berufungsausschuss anrufen. Die Anrufung hat aufschiebende Wirkung.“*

### **Begründung**

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

Im Vertragsarztrecht hat der Zulassungsausschuss sowohl über die Zulassung von Vertragsärzten zu entscheiden als auch über die Ermächtigung von (Krankenhaus-)Ärzten bzw. Institutionen. Darüber hinaus ist er befähigt, Zulassungen zu widerrufen bzw. zu entziehen. Bei seinen Entscheidungen hat der Zulassungsausschuss die Bedarfsplanung und die Regelungen für unter- und übertensorgte Regionen zu beachten. Mit dem GKV-VStG wurde die Bedarfsplanung reformiert. Der G-BA hat ein Versorgungsmodell etabliert, das die unterschiedlichen Ebenen von der Grundversorgung bis zur hochspezialisierten Versorgung abbildet. Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung ist von der

Bedarfsplanung bislang nicht erfasst, da der Zugang einzig und allein über eine Anzeige gegenüber dem erweiterten Landesausschuss erfolgt. D. h., eine Bedarfsprüfung durch den Zulassungsausschuss findet nicht statt. Die Leistungserbringung nach § 116b ist mit der vertragsärztlichen Versorgung vergleichbar; selbst die Vergütung erfolgt bis auf Weiteres auf der Grundlage der vom Bewertungsausschuss gemäß § 87 Absatz 5a bestimmten Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen mit dem Preis der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung. Um der Forderung des Gesetzgebers gerecht zu werden, Ärzte und Einrichtungen bei der Bedarfsplanung zu berücksichtigen, die (vergleichbare) vertragsärztliche Leistungen erbringen, ist auch für die ASV eine regelhafte Bedarfsprüfung durch den Zulassungsausschuss unumgänglich. Darüber hinaus wird die Transparenz des Leistungsgeschehens erhöht. Zur Zulassung von Leistungserbringern zu ASV ist der Zulassungsausschuss nach § 96 um Vertreter der Krankenhäuser zu erweitern.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Askanischer Platz 1

10963 Berlin

Tel.: 030/2 69 31 – 0

Fax: 030/2 69 31 – 2900

info@vdek.com