

Stellungnahme

des Bundesrates

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

Der Bundesrat hat in seiner 930. Sitzung am 6. Februar 2015 zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung genommen:

1. Zur Eingangsformel

Die Eingangsformel ist wie folgt zu fassen:

"Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:"

Begründung:

Die Eingangsformel zum GKV-VSG lautet bisher "Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen" und bringt damit zum Ausdruck, dass es sich um ein bloßes Einspruchsgesetz nach Artikel 77 Absatz 3 Grundgesetz handelt. Dies ist verfassungsrechtlich nicht zutreffend. Das Gesetz ist vielmehr nach Artikel 104a Absatz 4 Grundgesetz zustimmungsbedürftig. Es verpflichtet Einrichtungen der Länder (insbesondere die Hochschulambulanzen) zur Erbringung von geldwerten Dienstleistungen gegenüber Dritten im Bereich der Krankenversorgung und wird von den Ländern gemäß Artikel 83, 84 Grundgesetz als eigene Angelegenheit ausgeführt. Dass aus der Ausführung des Gesetzes Ausgaben entstehen können, die die Länder zu tragen hätten, ist nach derzeitiger Prognose durchaus nicht unwahrscheinlich. Somit sind die Voraussetzungen des im Lichte des Grundsatzes der Bundestreue länderfreundlich weit auszulegenden Artikels 104a Absatz 4 Grundgesetz für eine Zustimmungsbedürftigkeit hier erfüllt.

2. Zu Artikel 1 Nummer 6 (§ 27 Absatz 1 Satz 2
Nummer 4a - neu -),
Nummer 8a - neu - (§ 38a - neu -),
Nummer 21 (§ 60 Überschrift,
Absatz 1 Satz 1, Satz 3, Satz 4 - neu-,
Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und 3, Satz 2,
Absatz 3 Nummer 3),
Nummer 25 (§ 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7) und
Nummer 60a - neu - (§ 133 Überschrift und
Absatz 3 SGB V)

Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

a) Nummer 6 ist wie folgt zu fassen:

'6. § 27 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 wird nach Nummer 4 folgende Nummer 4a eingefügt:

"4a. Leistungen des Rettungsdienstes,"

b) Absatz 1a wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

< weiter wie Gesetzentwurf > ...

bb) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

< weiter wie Gesetzentwurf > ...

cc) Nach Satz 4 werden folgende Sätze angefügt:

< weiter wie Gesetzentwurf > ...'

b) Nach Nummer 8 ist folgende Nummer 8a einzufügen:

'8a. Nach § 38 wird folgender § 38a eingefügt:

"§ 38a

Leistungen des Rettungsdienstes

(1) Versicherte haben Anspruch auf Leistungen des Rettungsdienstes. Diese umfassen Notfallrettung, ärztlich begleiteten Patiententransport und Krankentransport nach Maßgabe landesrechtlicher Bestimmungen.

(2) Notfallrettung umfasst die medizinische Notfallversorgung sowie den sich gegebenenfalls anschließenden Notfalltransport.

(3) Der ärztlich begleitete Patiententransport umfasst Beförderungen, bei denen der Patient aus zwingenden medizinischen Gründen der ärztlichen Betreuung oder Überwachung bedarf.'

(4) Krankentransport umfasst die Beförderung von Patienten, die im Zusammenhang mit der Beförderung einer Betreuung durch medizinisches Fachpersonal oder der besonderen Einrichtung eines Rettungsmittels bedürfen oder bei denen dies aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist.

(5) Der Anspruch auf ärztlich begleiteten Patiententransport und Krankentransport besteht nur, wenn diese im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Bei Leistungen, die stationär erbracht werden, gilt dies bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist, oder bei einer mit Einwilligung der Krankenkasse erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus.

(6) Für Leistungen nach Absatz 1 trägt die Krankenkasse die Kosten nach Maßgabe landesrechtlicher Bestimmungen und § 133. Dies gilt auch für notärztliche Leistungen, soweit diese nicht aufgrund landesrechtlicher Regelungen Teil der vertragsärztlichen Versorgung sind. Die Kosten der Ausbildung nach dem Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters vom 22. Mai 2013 (BGBl. I S. 1348) trägt die Krankenkasse im Rahmen der Leistungen nach Satz 1. § 61 Satz 1 findet für die Leistungen des Rettungsdienstes entsprechende Anwendung; die Krankenkasse zieht die Zuzahlung von den Versicherten ein.

(7) § 60 Absatz 4 und 5 gilt entsprechend." '

c) Artikel 1 Nummer 21 ist wie folgt zu fassen:

'21. § 60 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

"§ 60

Kosten der Krankenfahrten"

- b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

"Die Krankenkasse übernimmt für Fahrten, die nicht unter § 38a fallen (Krankenfahrten), nach den Absätzen 2 und 3 die Kosten, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind."

- bb) In Satz 3 werden die Wörter "nur nach vorheriger Genehmigung" gestrichen.

- cc) Folgender Satz wird angefügt:

"Die Übernahme von Fahrtkosten nach Satz 3 und nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 für Fahrten zur ambulanten Behandlung erfolgt nur nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse."

- c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) Nummer 2 und 3 werden aufgehoben.

bbb) Nummer 4 wird Nummer 2.

bb) Satz 2 wird aufgehoben.

d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 3 wird aufgehoben.

bb) Nummer 4 wird Nummer 3. '

d) In Nummer 25 ist Doppelbuchstabe aa folgender Buchstabe Oaa voranzustellen:

'Oaa) In Nummer 7 werden nach dem Wort "Krankentransporten" die Wörter "und Krankenfahrten" eingefügt.'

e) Nach Nummer 60 ist folgende Nummer 60a einzufügen:

'60a. § 133 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

"§ 133

Leistungen des Rettungsdienstes und Krankenfahrten"

b) In Absatz 3 werden die Wörter "Leistungen des Rettungsdienstes und andere Krankentransporte" durch das Wort "Krankenfahrten" ersetzt.'

Begründung:

Der Rettungsdienst hat sich zu einem eigenständigen medizinischen - vorklinischen - Leistungsbereich entwickelt. Ihn weiterhin unter dem Bereich "Fahrtkosten" des § 60 SGB V zu subsumieren hieße, die seit Jahren fortgeschrittene Entwicklung der vorklinischen Versorgungsleistung und insbesondere der Notfallmedizin zu ignorieren. Und auch mit dem 2014 neu eingeführten qualifizierten Beruf des "Notfallsanitäters" wird dieser Entwicklung auf Bundesebene Rechnung getragen. Die immer wieder strittige Finanzierung dieser Ausbildung kann ebenfalls durch diese Änderung abschließend geklärt werden. Es wird klargestellt, dass im Rahmen der in § 38a SGB V genannten Rettungsdienstleistungen die damit verbundenen sächlichen und personellen Gesamtkosten des Rettungsdienstes, wie sie insbesondere durch Aufgabenumfang, notwendige Vorhaltung, Anzahl der Einsätze und Qualität der Standards begründet werden, umfasst sind.

Die Entwicklung der Notfallmedizin ermöglicht in der präklinischen Versorgung invasive und intensiv-medizinische Maßnahmen, die für das Überleben der Notfallpatienten von entscheidender Bedeutung sind, also unmittelbaren Einfluss sowohl auf eine nachfolgende stationäre Behandlung wie auch auf eine gegebenenfalls notwendige anschließende Rehabilitation haben.

Heute kommt es ganz wesentlich auf die Schnittstelle zwischen dem Rettungsdienst und dem Krankenhaus an: hier ist eine gute und schnelle Kommunikation zwischen den beiden Bereichen wichtig. Die Patientin oder der Patient muss schnell in die geeignete Klinik eingeliefert werden. Das Krankenhaus muss rechtzeitig über das Krankheitsbild des Patienten informiert werden und das Krankenhauspersonal muss sich frühzeitig auf die Ankunft des Patienten vorbereiten können. All dies benötigt medizinisch qualifiziertes Personal.

Das Hessische Ministerium für Soziales und Integration hatte im Jahr 2009 ein Gutachten zur "Medizinischen und volkswirtschaftlichen Effektivität und Effizienz des Rettungsdienstes in Hessen" in Auftrag gegeben. Dieses Gutachten kommt zu dem Ergebnis, dass die Anreizstrukturen aus den Vorgaben des SGB V zu ändern seien.

Die bisherige Verknüpfung der Kostenübernahme in § 60 Absatz 1 SGB V mit einer weiteren Leistung der Krankenkassen (Transport) führt bei sogenannten "Fehlinsätzen" zu einer Rechtsunsicherheit. So ist davon auszugehen, dass für eine sichere Kostenabrechnung der Leistungserbringer gegenüber den Krankenkassen nicht selten ein Transport der Patienten ins Krankenhaus durchgeführt wird, ohne dass hierfür eine medizinische Notwendigkeit gegeben ist. Dadurch entstehen erhebliche zusätzliche und vermeidbare Kosten. Hier soll die eigenständige Regelung im SGB V zu mehr Rechtssicherheit führen

und damit unnötige "Transportfahrten" vermeiden. Im Ergebnis bedeutet dies, dass Kosten im Gesundheitswesen eingespart werden.

3. Zu Artikel 1 Nummer 7 (§ 27b Absatz 1 und Absatz 2 Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 7 ist § 27b wie folgt zu ändern:

a) Absatz 1 ist wie folgt zu fassen:

"(1) Versicherte haben Anspruch darauf, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung bei einem Arzt oder einer Einrichtung nach Absatz 3 einzuholen, wenn bei ihnen die Indikation zu einem planbaren Eingriff oder einer anderen schwerwiegenden Behandlung gestellt wird, insbesondere, wenn im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen oder ein besonderes Risiko gegeben ist. Die Zweitmeinung kann nicht bei einem Arzt oder einer Einrichtung eingeholt werden, durch den oder durch die der Eingriff durchgeführt werden soll. Die Teilnahme am Zweitmeinungsverfahren nach Satz 1 ist für die Versicherten freiwillig."

b) In Absatz 2 Satz 1 sind nach dem Wort "Eingriffe" die Wörter "und schwerwiegende Behandlungen" einzufügen.

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Der Anspruch auf ein Zweitmeinungsverfahren soll nicht auf planbare (operative) Eingriffe beschränkt werden, sondern auf andere nicht-operative oder risikobehaftete planbare Behandlungen erweitert werden.

Durch die Regelung zur Freiwilligkeit der Teilnahme am Zweitmeinungsverfahren soll klargestellt werden, dass Versicherte auch bei mengenanfälligen Leistungen nicht zur Einholung einer Zweitmeinung gedrängt werden dürfen.

Zu Buchstabe b:

Dabei handelt es sich um eine Folge der Änderung in Buchstabe a.

4. Zu Artikel 1 Nummer 7 (§ 27b Absatz 2 Satz 2a - neu -, Absatz 4 und Absatz 5 Satz 3 und 4 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 7 ist § 27b wie folgt zu ändern:

- a) In Absatz 2 ist nach Satz 2 der folgende Satz einzufügen:

"Dabei sind insbesondere Vorgaben an die Qualifikation der Leistungserbringer festzulegen; hierzu zählen beispielsweise Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung und auf dem Gebiet der Patientenkommunikation sowie die notwendige Erfahrung aus einer Mindestanzahl von vergleichbaren Eingriffen."

- b) In Absatz 4 sind nach dem Wort "Vereinigungen" die Wörter ", die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen" einzufügen.
- c) In Absatz 5 Satz 3 und 4 sind jeweils nach dem Wort "Aufklärung" die Wörter "und die Übergabe der Befundunterlagen an den Patienten" einzufügen.

Begründung:Zu Buchstabe a:

Um eine qualitativ hochwertige Erbringung der Zweitmeinung zu unterstützen, soll der Gemeinsame Bundesausschuss - soweit er es für erforderlich hält - Anforderungen an die Abgabe einer Zweitmeinung und an die Leistungserbringer festlegen. Durch die vorgesehene Ergänzung wird klargestellt, welche Vorgaben an die Kenntnisse und Erfahrungen der potenziellen Leistungserbringer im Sinne einer Qualitätssicherung in besonderem Maße regelungsbedürftig sind.

Zu Buchstabe b:

In die Verpflichtung zur Information der Versicherten über die zur Zweitmeinung berechtigten Leistungserbringer sind die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen neben den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landeskrankenhausgesellschaften einzubeziehen.

Zu Buchstabe c:

Neben der rechtzeitigen Aufklärung über das Recht zur Einholung einer unabhängigen Zweitmeinung ist auch die zeitnahe Weitergabe der erforderlichen medizinischen Befunde durch den erstuntersuchenden Arzt für ein effektives Verfahren zu gewährleisten, auch um zum Beispiel radiologische Untersuchungen nicht unnötig zu wiederholen.

5. Zu Artikel 1 Nummer 7a - neu - (§ 28 Absatz 3 Satz 1a - neu - SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 7 folgende Nummer 7a einzufügen:

'7a. In § 28 Absatz 3 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

"Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend; das Nähere hierzu regeln die Partner der Bundesmantelverträge." '

Begründung:

Nach § 28 Absatz 1 Satz 2 SGB V gehört zur ärztlichen Behandlung auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist. Dies gilt auch für die zahnärztliche Behandlung (§ 28 Absatz 2 Satz 10 SGB V). Mit einem entsprechenden Verweis in § 28 Absatz 3 Satz 1 - neu - SGB V soll klargestellt werden, dass für die psychotherapeutische Behandlung die gleichen Grundsätze gelten, die in den Bundesmantelverträgen zu konkretisieren sind.

Die Bundesmantelverträge Ärzte und Ärzte Ersatzkassen (BMV-Ä/EKV) enthalten bereits generelle Regelungen zur persönlichen Leistungserbringung und Delegation ärztlicher Hilfeleistungen auf qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die für Psychotherapeuten entsprechend gelten (§§ 1 und 14 f. BMV-Ä/EKV). Ergänzend bestimmt der Einheitliche Bewertungsmaßstab als Bestandteil der Bundesmantelverträge in einigen Leistungslegenden, welche psychotherapeutischen Gebührenpositionen grundsätzlich delegierbar sind (zum Beispiel die Anwendung und Auswertung standardisierter und psychometrischer Testverfahren). Auch nach der Musterberufsordnung können diagnostische Teilaufgaben sowie behandlungsergänzende Maßnahmen an Dritte delegiert werden, sofern diese über eine dafür geeignete Qualifikation verfügen und zudem die Patientin oder der Patient wirksam eingewilligt hat (§ 18 Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer).

Die Änderung dient also lediglich der Klarstellung und Anregung, auch die Grundsätze zur Delegation psychotherapeutischer Hilfeleistungen in den Bundesmantelverträgen weiter zu konkretisieren.

6. Zu Artikel 1 Nummer 8a - neu - (§ 35a Absatz 6 SGB V) und
Artikel 13a - neu - (§ 6 Absatz 1 AM-NutzenV)

Der Gesetzentwurf ist wie folgt zu ändern:

- a) In Artikel 1 ist nach Nummer 8 folgende Nummer 8a einzufügen:

'8a. § 35a Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

"Die Bestimmung der zweckmäßigen Vergleichstherapie erfolgt im Einvernehmen von Gemeinsamem Bundesausschuss und dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte oder dem Paul-Ehrlich-Institut." '

b) Nach Artikel 13 ist folgender Artikel 13a einzufügen:

'Artikel 13a

Änderung der Verordnung über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln nach § 35a Absatz 1 SGB V für Erstattungsvereinbarungen nach § 130b SGB V

§ 6 Absatz 1 der Verordnung über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln nach § 35a Absatz 1 SGB V für Erstattungsvereinbarungen nach § 130b SGB V (Arzneimittel-Nutzenbewertungsverordnung) vom 28. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2324), die zuletzt durch ... geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

"(1) Die im Einvernehmen von Gemeinsamem Bundesausschuss und Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte oder Paul-Ehrlich-Institut festzulegende zweckmäßige Vergleichstherapie ist regelhaft nach Maßstäben zu bestimmen, die sich aus den internationalen Standards der evidenzbasierten Medizin ergeben." '

Begründung:

Der Auswahl der zweckmäßigen Vergleichstherapie kommt für die Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen entscheidende Bedeutung zu.

Im Rahmen des Verfahrens haben pharmazeutische Unternehmer den Zusatznutzen neuer Wirkstoffe gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie nachzuweisen. Die zweckmäßige Vergleichstherapie wird bisher vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bestimmt. Weichen pharmazeutische Unternehmer im Nutzendossier davon ab, hat dies in der Regel dazu geführt, dass ein Zusatznutzen aus formalen Gründen nicht anerkannt wurde.

Der Nutzenbewertungsbeschluss des G-BA wiederum ist die Grundlage für die Vereinbarung des Erstattungsbetrages mit dem GKV-Spitzenverband.

Pharmazeutische Unternehmer hatten in den bisherigen Nutzenbewertungsverfahren in vielen Fällen erhebliche Probleme mit der festgelegten zweckmäßigen Vergleichstherapie (ZVT). Häufig wurde als ZVT vom G-BA nicht der Komparator herangezogen, der zuvor von der Zulassungsbehörde gewünscht wurde und dementsprechend in den für die arzneimittelrechtliche Zulassung erforderlichen klinischen Studien verwendet wurde. Diese Zulassungsstudien konnten daher im späteren Nutzenbewertungsverfahren kaum berücksichtigt werden. Andererseits wurden indirekte Vergleiche vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) aus methodischen Gründen in der Regel nicht akzeptiert. Somit konnten pharmazeutische Unternehmer die vom G-BA gewünschte Nachweise aufgrund der Zulassungsstudienlage und des Methodengerüsts des IQWiG häufig nicht erbringen.

Mit dem Dritten Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften wurde bei der Auswahl der ZVT nachjustiert. Für den Fall, dass mehrere Alternativen zur Verfügung stehen, ist nunmehr nicht mehr zwingend die wirtschaftlichere Therapie zugrunde zu legen. Der Zusatznutzen kann vielmehr vom pharmazeutischen Unternehmer gegenüber jeder ZVT nachgewiesen werden.

Da die Wahl der ZVT maßgeblichen Einfluss auf die Beurteilung des Ausmaßes des Zusatznutzens des Arzneimittels mit neuem Wirkstoff hat, sollte bei der Bestimmung der ZVT künftig die Fachkompetenz der zuständigen Bundesoberbehörde Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte oder des Paul-Ehrlich-Instituts (BfArM) (PEI) intensiver genutzt und diesbezüglich Einvernehmen zwischen G-BA und Zulassungsbehörde erzielt werden.

Bislang sieht § 35a Absatz 7 SGB V lediglich vor, dass der G-BA pharmazeutische Unternehmer vor Beginn von Zulassungsstudien der Phase III oder zur Planung klinischer Prüfungen zu den vorzulegenden Unterlagen, Studien und der ZVT unter Beteiligung des BfArM oder des PEI beraten soll.

7. Zu Artikel 1 Nummer 8b - neu - (§ 38 Absatz 1 Satz 3 - neu -,
Satz 4 - neu - und
Satz 5 - neu - und
Absatz 2 Satz 1 und 2 SGB V)

Nach Artikel 1 Nummer 8a - neu - ist folgende Nummer 8b einzufügen:

'8b. § 38 wird wie folgt geändert:

- a) Dem Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:

"Darüber hinaus erhalten Versicherte auch dann Haushaltshilfe, wenn ihnen nach ärztlicher Bescheinigung die Weiterführung des Haushalts wegen akuter schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit nicht möglich ist, längstens jedoch für die Dauer von vier Wochen. Wenn im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, verlängert sich der Anspruch nach Satz 3 auf längstens 52 Wochen. Das Nähere zu den Ansprüchen nach Satz 3 und 4 regelt die Krankenkasse in ihrer Satzung."

- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort "soll" durch das Wort "kann" ersetzt.

bb) In Satz 2 wird die Angabe "Satz 2" durch die Angabe "Satz 2 bis 4" ersetzt.'

Begründung:

Für Menschen in der eigenen Häuslichkeit ohne Unterstützungspotentiale durch Personen in ihrem sozialen Umfeld entsteht nach einer stationären Krankenhausbehandlung oftmals eine Versorgungslücke. Betroffen sind insbesondere Personen, die bis zum Abschluss des Genesungsprozesses häufig nicht in der Lage sind, sich zu versorgen und den Alltag zu bewältigen, entweder weil sie allein leben oder der Ehegatte oder der Lebenspartner beziehungsweise Verwandte berufstätig sind. Ein ähnliches Problem besteht auch bei Alleinerziehenden mit einer schweren Erkrankung, die aufgrund ihrer Erkrankung nicht in der Lage sind, die hauswirtschaftliche Versorgung und Betreuung ihrer Kinder sicherzustellen. Durch die Änderung wird Haushaltshilfe als verpflichtende Kassenleistung auch in den Fällen vorgesehen, in denen Versicherten aufgrund einer schweren Erkrankung die Weiterführung ihres Haushalts beziehungsweise die Betreuung der Kinder nicht möglich ist, und die keine Unterstützung durch Personen in ihrem sozialen Umfeld haben, entweder weil sie allein leben oder der Ehegatte oder der Lebenspartner berufstätig ist.

8. Zu Artikel 1 nach Nummer 8 (Schaffung einer Pflichtleistung Haushaltshilfe, § 38 SGB V)

Der Bundesrat

- betont die Bedeutung der Leistung Haushaltshilfe, insbesondere auch für Familien mit Kindern, wenn der haushaltsführende Elternteil wegen schwerer Erkrankung ausfällt,
- begrüßt das Vorhaben der Bundesregierung, ein Schiedspersonenverfahren für den Fall einzuführen, dass sich Vertragsparteien nicht auf die Höhe der Vergütung für Haushaltshilfe einigen können,
- bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren ergänzend zu prüfen, ob Haushaltshilfe als Pflichtleistung von den Krankenkassen auch bei einem Hospizaufenthalt oder bei einer chronischen Erkrankung des haushalts-

führenden Elternteils gewährt werden kann und hierzu gegebenenfalls eine gesetzliche Regelung zu schaffen.

Begründung:

Gegenwärtig besteht zwar bei stationärer Behandlung ein Anspruch auf Haushaltshilfe, nicht jedoch, wenn sich die haushaltsführende Person in der Sterbephase in einem Hospiz befindet. Und auch bei chronischen Erkrankungen ist die Haushaltshilfe lediglich eine freiwillige Leistung der Krankenkasse, sofern sie eine entsprechende Satzungsregelung vorsieht. Der Bundesrat bittet deshalb, ergänzend zu prüfen, ob hier in gleicher Weise ein Anspruch auf Haushaltshilfe als Pflichtleistung der Krankenkasse geschaffen werden kann.

9. Zu Artikel 1 Nummer 9 Buchstabe b (§ 39 Absatz 1a Satz 3 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 9 Buchstabe b sind in § 39 Absatz 1a Satz 3 nach der Angabe "§ 95 Absatz 1 Satz 1" die Wörter "und mit nach § 87b Absatz 4 anerkannten Praxisnetzen" einzufügen.

Begründung:

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels spielen Praxisnetze eine immer wichtigere Rolle in der Patientenversorgung. Gleichzeitig haben sich Praxisnetze als notwendige (Vertrags-)Partner an der Schnittstelle zur stationären Versorgung etabliert. Weiterhin haben Praxisnetze, wenn es um die Umsetzung zum Beispiel integrierter Versorgungsverträge (§§ 140a ff. SGB V) geht, den Vorteil, eine auf den Patienten zentrierte Behandlung organisieren zu können. Dazu gehört regelmäßig auch die Einbindung der stationären Behandlungskapazitäten.

Es soll deshalb Krankenhäusern ermöglicht werden, nicht nur mit für die vertragsärztliche Versorgung zugelassenen Ärztinnen und Ärzten, zugelassenen medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigten Ärztinnen und Ärzten und ermächtigten Einrichtungen, sondern auch mit

anerkannten Praxisnetzen eine Vereinbarung schließen zu können. Durch die Beschränkung auf nach § 87b Absatz 4 SGB V anerkannte Praxisnetze wird den Qualitätsanforderungen und der Strukturqualität der Netze ausreichend Rechnung getragen.

10. Zu Artikel 1 Nummer 9 Buchstabe b (§ 39 Absatz 1a Satz 3 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 9 Buchstabe b ist in § 39 Absatz 1a Satz 3 der Punkt am Ende durch ein Semikolon zu ersetzen und es ist folgender Halbsatz anzufügen:

"§§ 31 Absatz 1 Satz 5, 73 Absatz 7 und 11 Apothekengesetz gelten entsprechend."

Begründung:

Insbesondere unter Berücksichtigung des Urteils des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 13. März 2014 (Az.: I ZR 120/13) ist es notwendig klarzustellen, dass kein privater Dritter eine "Rezeptvermittlung" in Zusammenhang mit dem Entlassmanagement betreiben darf. Der BGH leitet in diesem Urteil aus den Regelungen zum Entlassmanagement ab, dass unter bestimmten Umständen andere Personen als der Patient Verschreibungen einer von Dritten ausgewählten Apotheke zuweisen dürften. Dies erfordert eine Klarstellung, dass die durch §§ 31 Absatz 1 Satz 5, 73 Absatz 7 und 11 Apothekengesetz gesetzten Grenzen zu beachten sind. Insbesondere geht es dabei um das Prinzip der freien Apothekenwahl und um das Verhindern von unerwünschten Formen der Zusammenarbeit.

11. Zu Artikel 1 Nummer 9 Buchstabe b (§ 39 Absatz 1a Satz 4 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 9 Buchstabe b ist in § 39 Absatz 1a Satz 4 der Punkt durch ein Semikolon zu ersetzen und es ist folgender Halbsatz einzufügen:

"pflegebedürftige Versicherte haben einen entsprechenden Anspruch auch gegenüber der Pflegekasse."

Begründung:

Teil des Entlassmanagements muss auch der Übergang vom stationären Krankenhausaufenthalt zur ambulanten oder stationären pflegerischen Versorgung sein. Daher ist es konsequent, auch die Pflegekassen mit in die Verantwortung zu nehmen. Durch die Ergänzung entsteht ein paralleler Anspruch gegen die Pflegekasse.

12. Zu Artikel 1 Nummer 9 Buchstabe b (§ 39 Absatz 1a Satz 6 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 9 Buchstabe b sind in § 39 Absatz 1a Satz 6 die Wörter "Bei der Verordnung von Arzneimitteln können Krankenhäuser die jeweils kleinste Packung gemäß der Packungsgrößenverordnung verordnen" durch die Wörter "Bei der ärztlichen Verordnung von Arzneimitteln im Rahmen des Entlassmanagements nach Satz 1 kann die jeweils kleinste Packung gemäß der Packungsgrößenverordnung verordnet werden" zu ersetzen.

Begründung:

Die Änderung dient der Klarstellung und Vereinheitlichung der Rechts-systematik.

Gemäß § 48 Arzneimittelgesetz und der Arzneimittelverschreibungsverordnung bedarf es für die dort aufgeführten Wirkstoffe einer ärztlichen Verordnung, damit eine Abgabe durch die Apotheke erfolgen kann.

Nutzen- und Risikoabwägung einer Arzneimittelverordnung erfolgen auch im stationären Bereich durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Auch die Entlassmedikation bedarf einer ärztlichen Verordnung.

13. Zu Artikel 1 Nummer 9 Buchstabe b (§ 39 Absatz 1a Satz 8 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 9 Buchstabe b sind in § 39 Absatz 1a Satz 8 nach den Wörtern "insbesondere zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den Krankenkassen" die Wörter ", einschließlich der Fristen," einzufügen.

Begründung:

Krankenkassen werden künftig stärker als bisher in den Prozess des Entlassmanagements einbezogen, damit das Entlassmanagement nach einer Krankenhausbehandlung besser als bisher umgesetzt und Leistungslücken in jedem Fall wirkungsvoll geschlossen werden können. Im Rahmenvertrag, in dem die weiteren Einzelheiten zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den Krankenkassen zu § 39 Absatz 1a Satz 1 bis 5 SGB V geregelt werden sollen, ist daher zwingend auch eine Verpflichtung der Vertragspartner zur Regelung der Fristen aufzunehmen. Damit soll rechtzeitig vor der Entlassung eines Patienten die für die Umsetzung des Entlassplans erforderliche Versorgung organisiert und vereinbart werden können.

14. Zu Artikel 1 Nummer 12 (§ 43c Absatz 3 Satz 11 - neu - SGB V)

Artikel 1 Nummer 12 ist wie folgt zu fassen:

'12. Der bisherige § 43b wird § 43c und wie folgt geändert:

Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

"Zwischen dem Krankenhaus und der Krankenkasse können abweichende Regelungen zum Zahlungsweg vereinbart werden, soweit dies wirtschaftlich ist." "

Begründung:

Bei stationären Behandlungen sind derzeit nur circa 42 Prozent der Fälle zuzahlungspflichtig. Alle anderen Patienten sind entweder von der Zuzahlungspflicht befreit oder haben ihre Zuzahlungsverpflichtungen für das laufende Jahr bereits erfüllt. In der Regel werden die Versicherten nach der stationären Behandlung vom Krankenhaus schriftlich zu Entrichtung der Zuzahlung aufgefordert. Wird die Zuzahlung nach erneuter Zahlungsaufforderung und Erlass eines Leistungsbescheides nicht geleistet, fordert das Krankenhaus den Zuzahlungsbetrag von der zuständigen Krankenkasse zurück und erhält von dort eine Verwaltungskostenpauschale (aktuell 8,50 Euro pro Fall). Diese Pauschale deckt nicht die den Krankenhäusern entstehenden Aufwendungen. Anschließend wird der Einzug von der Krankenkasse weiterverfolgt.

In diesem Zusammenhang kommt es bereits in der Anfangsphase häufig zu Rückfragen bei den Krankenkassen, zum Beispiel infolge nicht berechtigter Zuzahlungsaufforderungen.

Das derzeitige Einzugsverfahren ist damit sowohl auf Krankenkassen- als auch auf Krankenseite sehr kostenaufwendig.

Mit der Öffnung erhalten innovative Krankenhäuser und Krankenkassen die Option, einvernehmlich das Ziel des Zuzahlungseinzugs effektiver umzusetzen. Ein Best-Practice-Wettbewerb wird initiiert. Durch den Vorbehalt der Wirtschaftlichkeit ist sichergestellt, dass eine solche Öffnung nur erfolgen darf, wenn hierdurch Krankenhäuser und Krankenkassen von Bürokratiekosten entlastet werden und eine Verringerung der Einnahmen aus den Zuzahlungen nicht zu befürchten steht.

15. Zu Artikel 1 Nummer 16 (§ 47a Absatz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 16 sind in § 47a Absatz 1 die Wörter "auf Antrag des Mitglieds" zu streichen.

Begründung:

Die gesetzlichen Krankenkassen zahlen für ihre Mitglieder, denen sie Krankengeld gewähren, Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung, wenn das Mitglied dort versicherungspflichtig ist. Die Beiträge werden üblicherweise jeweils zur Hälfte vom Mitglied und von der Krankenkasse getragen.

Mit § 47a SGB V sollen Pflichtmitglieder einer berufsständischen Versorgungseinrichtung, die von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, im Hinblick auf die Beitragszahlung aus dem Krankengeld den Pflichtversicherten in der gesetzlichen Rentenversicherung gleichgestellt werden. Deshalb sollen die Krankenkassen auf Antrag des Mitglieds künftig Beiträge auch an die berufsständische Versorgungseinrichtung entrichten.

Es ist nicht ersichtlich, warum die beabsichtigte Gleichstellung - anders als in der gesetzlichen Rentenversicherung - von einem Antrag des Versicherten abhängig gemacht werden soll.

16. Zu Artikel 1 Nummer 16a - neu - und 16b - neu -

(§ 50 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 - neu -,
Absatz 2 Nummer 6 - neu -,
§ 51 Absatz 1 Satz 2 und
Absatz 2 SGB V)

Nach Artikel 1 Nummer 16 sind folgende Nummern 16a und 16b einzufügen:

'16a. § 50 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 wird folgende Nummer 6 eingefügt:

"6. Leistungen, die ihrer Art nach den in Nummer 1 genannten Leistungen vergleichbar sind, von einer berufsständischen Versorgungseinrichtung,"

b) Nach Absatz 2 Nummer 5 wird folgende Nummer 6 eingefügt:

"6. von Leistungen, die ihrer Art nach den in Nummer 1 genannten Leistungen vergleichbar sind, wenn sie von einer berufsständischen Versorgungseinrichtung gezahlt werden,"

16b. § 51 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 wird nach den Wörtern "Leistungsträger mit Sitz im Inland" das Wort "oder" durch ein Komma ersetzt und es werden nach den Wörtern "Rentenversicherung mit Sitz im Inland" die Wörter "oder einen Antrag auf eine der der Rente wegen voller Erwerbsminderung vergleichbaren Leistung bei einer berufsständischen Versorgungseinrichtung mit Sitz im Inland" eingefügt.

b) In Absatz 2 werden nach dem Wort "Regelaltersrente" die Wörter ", einer der Regelaltersrente vergleichbaren Leistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung" eingefügt.'

Begründung:

Zu Nummer 16a:

§ 50 SGB V regelt die Auswirkungen, wenn während des Bezugs von Krankengeld eine andere Entgeltersatzleistung, insbesondere eine Rente wegen Alters oder Erwerbsminderung aus gesetzlichen Rentenversicherung, zugebilligt wird. Um einen Doppelbezug von Entgeltersatzleistungen zu vermeiden, endet der Anspruch auf Krankengeld und/oder das Krankengeld wird um die Höhe der Rente gekürzt. Entsprechendes gilt für mit der Rente vergleichbare Entgeltersatzleistungen.

Renten wegen Alters oder Erwerbsminderung von einer berufsständischen Versorgungseinrichtung gelten hingegen nicht als mit der gesetzlichen Rente vergleichbare Leistungen, obwohl auch sie eine Entgeltersatzleistung darstellen. Diese Renten haben selbst dann keine dem § 50 SGB V vergleichbare Auswirkungen, wenn die Versicherung in der berufsständischen Versorgungseinrichtung eine Pflichtversicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung verdrängt hat.

Hier können beide Entgeltersatzleistungen, Krankengeld und Rente der berufsständischen Versorgungseinrichtung, parallel und ungekürzt bezogen werden. Diese rechtliche Bevorzugung der berufsständischen Versorgungsleistungen lässt sich spätestens dann nicht länger rechtfertigen, wenn mit § 47a SGB V die Krankenkassen zur Zahlung von Beiträgen an die berufsständischen Versorgungseinrichtungen aus Krankengeld verpflichtet werden.

Zu Nummer 16b:

§ 51 SGB V bestimmt die Voraussetzungen, unter denen die Krankenkasse Versicherte, die die Voraussetzungen für den Bezug der Regelaltersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen, zur Stellung eines Rentenanspruchs auffordern können, und regelt die Folgen einer fehlenden oder verspäteten Mitwirkung. Für Versicherte einer berufsständischen Versorgungseinrichtung, die die Voraussetzungen für den Bezug einer der Regelaltersrente vergleichbaren Leistung erfüllen, existiert eine vergleichbare Regelung nicht.

Diese rechtliche Bevorzugung der berufsständischen Versorgungsleistungen lässt sich spätestens dann nicht länger rechtfertigen, wenn mit § 47a SGB V die Krankenkassen zur Zahlung von Beiträgen an die berufsständischen Versorgungseinrichtungen aus Krankengeld verpflichtet werden.

17. Zu Artikel 1 Nummer 23a - neu - (§ 65d - neu - SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 23 folgende Nummer 23a einzufügen:

'23a. Nach § 65c wird folgender § 65d eingefügt:

"§ 65d

Förderung von Einrichtungen zur Verbesserung
der Patientensicherheit

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fördert Einrichtungen, die für die umfassende Verbesserung der Sicherheit von Patientinnen und Patienten arbeiten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen darf auf den Inhalt und den Umfang der Aktivitäten keinen Einfluss nehmen. Die Förderung einer Einrichtung zur Verbesserung der Patientensicherheit setzt voraus, dass die Einrichtung den Nachweis der Neutralität und Unabhängigkeit erbringt, Eigenmittel einsetzt, ihre Kompetenz in Fragen der Patientensicherheit in der Fachwelt anerkannt ist, und ihre Satzung die Verbesserung der Patientensicherheit als Ziel festschreibt. Die geförderte Einrichtung hat insbesondere die Aufgaben,

1. Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Patientensicherheit zu erarbeiten und fortzuentwickeln,
2. Leistungserbringer im Gesundheitswesen hinsichtlich der Patientensicherheit zu beraten und zu unterstützen,
3. Forschung auf dem Gebiet der Patientensicherheit anzuregen und zu unterstützen sowie die Forschungsergebnisse zu verbreiten,
4. Aus-, Fort- und Weiterbildung des Personals im Gesundheitswesen in Fragen der Patientensicherheit anzuregen, zu unterstützen und weiter zu entwickeln,
5. Leistungserbringer und deren Personal zu Fragen der Patientensicherheit zu informieren,

6. Patienteninformationen zur Patientensicherheit zu erarbeiten und zu veröffentlichen,
7. Entwicklungen im Gesundheitswesen im Hinblick auf die Patientensicherheit zu beurteilen und Stellungnahmen dazu zu veröffentlichen,
8. international Austausch mit Organisationen, welche ähnliche Ziele verfolgen, zu pflegen.

Zu diesem Zweck arbeitet die Einrichtung eng mit dem Qualitätsinstitut nach § 137a zusammen.

(2) Die Vorbereitung der Vergabe der Fördermittel und die Entscheidung darüber erfolgt durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit der oder dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten; die Fördermittel werden jeweils für eine Laufzeit von sieben Jahren vergeben. Die oder der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen werden bei der Vergabe und während der Förderphase durch einen Beirat beraten. Der Beirat tagt unter der Leitung der oder des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten mindestens zweimal jährlich; ihm gehören Vertreterinnen und Vertreter der Wissenschaften und Patientenorganisationen, zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit und eine Vertreterin oder ein Vertreter des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz, eine Vertreterin oder ein Vertreter, die oder der von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder bestimmt wird, sowie im Fall einer angemessenen finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungen an der Förderung nach Satz 1 eine Vertreterin oder ein Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung an. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat den Beirat jährlich

über Angelegenheiten betreffend die Förderung nach Satz 1 zu unterrichten. Der nach Satz 1 geförderten Einrichtung ist auf Antrag die Gelegenheit zu geben, sich gegenüber dem Beirat zu äußern.

(3) Die Fördersumme nach Absatz 1 Satz 1 beträgt im Jahr 2015 insgesamt 500 000 Euro und ist in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch anzupassen. Die Fördermittel nach Satz 1 werden durch eine Umlage der Krankenkassen gemäß dem Anteil ihrer eigenen Mitglieder an der Gesamtzahl der Mitglieder aller Krankenkassen erbracht. Die Zahl der Mitglieder der Krankenkassen ist nach dem Vordruck KM6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung jeweils zum 1. Juli eines Jahres zu bestimmen.

(4) Die Bundesregierung übermittelt dem Deutschen Bundestag zwei Jahre nach Beginn der Förderung einen Erfahrungsbericht über Durchführung und Wirksamkeit der Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit." '

Begründung:

Trotz einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung in Deutschland und trotz der Bemühungen um die Verbesserung der Patientensicherheit, muss davon ausgegangen werden, dass durch vermeidbare Fehler in der Diagnostik, bei Behandlungen und der Pflege Patienten zu Schaden, im Extremfall ums Leben, kommen. Es wird weiterhin geschätzt, dass in 0,1 Prozent der Krankenhausfälle durch vermeidbare Fehler Patienten versterben, was rein rechnerisch über 18 000 Todesfälle im Jahr in Deutschland ausmacht.

Das Qualitätsinstitut nach § 137a SGB V wird Daten erheben, welche eine wesentliche Voraussetzung dafür sind, die in § 65d Absatz 1 SGB V genannten Aufgaben zu erfüllen. Es wird diese Aufgaben aber nicht selber durchführen. Dafür wird eine Einrichtung gebraucht, welche den Zweck verfolgt, Patientensicherheit zu fördern, eng mit dem Qualitätsinstitut zusammenarbeitet, in Fragen der Patientensicherheit einschlägig kompetent und allgemein anerkannt ist. Wirtschaftliche Interessen können in Widerstreit zur Patientensicherheit geraten, weshalb zu fordern ist, dass diese Einrichtung von ihnen unabhängig und neutral ist.

Die 87. Gesundheitsministerkonferenz der Länder am 26. und 27. Juni 2014 in Hamburg hat das Wirken des Aktionsbündnisses Patientensicherheit begrüßt und allen Einrichtungen des Gesundheitswesens empfohlen, dessen Arbeit nach den gegebenen Möglichkeiten zu unterstützen. Es käme als durchführende Organisation in Frage.

Zu § 65d Absatz 1 SGB V:

Diese Bestimmung legt fest, dass die gesetzliche Krankenversicherung eine Organisation, die sich um Patientensicherheit bemüht, fördert. Satz 3 beschreibt die Anforderungen an die Organisation. Anders als in § 65b SGB V, der die Finanzierung der Unabhängigen Patientenberatung Deutschlands regelt, wird erwartet, dass die zu fördernde Organisation Eigenmittel, etwa aus Mitgliedsbeiträgen und Spenden aufbringt, weil Patientensicherheit nicht alleinige Aufgabe der Krankenkassen sein kann, sondern ebenso in der Verantwortung der Leistungserbringer und anderer Beteiligter im Gesundheitswesen liegt, die zum Teil schon Mitglieder im Aktionsbündnis Patientensicherheit sind.

Satz 4 beschreibt die Aufgaben der Organisation differenziert. Dies erleichtert die Umsetzung sowie die Abgrenzung der Aufgaben der Organisation von denen des geplanten Qualitätsinstituts, mit dem eine enge Zusammenarbeit notwendig ist. Das Qualitätsinstitut veröffentlicht nach § 137a Absatz 3 Nummer 5 SGB V Qualitätsinformationen über die Krankenhäuser in allgemeinverständlicher Weise im Internet, was sich in erster Linie an potentielle Patientinnen und Patienten richtet. Information und Beratung der Leistungserbringer darüber, wie sie die Sicherheit ihrer Patientinnen und Patienten verbessern können, wird dadurch jedoch nicht entbehrlich.

Zu § 65d Absatz 2 SGB V:

Dieser Absatz ist dem § 65b Absatz 1 Satz 4 bis 9 SGB V nachgebildet. Diese Regelung hat sich bereits bewährt. Der Beirat wird dabei um eine Ländervertreterin beziehungsweise einen Ländervertreter erweitert.

Zu § 65d Absatz 3 SGB V:

Zur Wahrnehmung der oben genannten Aufgaben wird von einem Mittelbedarf von circa 1 Million Euro ausgegangen. Es wird erwartet, dass die Organisation Eigenmittel einsetzt, so dass eine Förderung in einer Höhe von 500 000 Euro ausreichend erscheint.

Die Krankenkassen sollen gleichmäßig entsprechend ihrer Mitgliederzahl belastet werden. Die Anpassung richtet sich nach der Bezugsgröße "Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr" und soll einen gewissen Inflationsausgleich gewährleisten.

Auch dieser Absatz ist analog zu den entsprechenden Vorschriften des § 65b SGB V gebildet.

Zu § 65 Absatz 4 SGB V:

Analog zur Tätigkeit der Unabhängigen Patientenberatung Deutschlands soll zwei Jahre nach der Aufnahme der Tätigkeiten die Bundesregierung dem Deutschen Bundestag berichten. Damit dieser die Maßnahmen auch beurteilen kann, sind neben den Tätigkeiten auch die Wirkungen zu berichten.

18. Zu Artikel 1 Nummer 24 Buchstabe 0a - neu - (§ 71 Absatz 1 Satz 3 - neu - und Satz 4 - neu - SGB V)

In Artikel 1 Nummer 24 ist dem Buchstaben a folgender Buchstabe 0a voranzustellen:

'0a) Dem Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:

"Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist im Jahr 2016 ebenfalls nicht verletzt bei Ausgabensteigerungen zur Umsetzung des Gesetzes zur Regelung eines allgemeinen Mindestlohns. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist im Jahr 2016 ebenfalls nicht verletzt bei Ausgabensteigerungen zur Angleichung der Vergütungen der neuen Länder an das Niveau der alten Länder." "

Begründung:

Die Umsetzung des Gesetzes zur Regelung eines allgemeinen Mindestlohns stellt Leistungserbringer, die diesen bisher nicht umgesetzt haben, vor die Aufgabe, diese Kostensteigerungen bei ihrer Kalkulation und damit bei den Vergütungsverhandlungen mit den Krankenkassen umzusetzen. Um aus-

schließen zu können, dass die für die Vertragspartner gesetzlich vorgeschriebene Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität der Umsetzung des Gesetzes zur Regelung eines allgemeinen Mindestlohns entgegensteht, wird dieser für einen begrenzten Zeitraum bis zum 31. Dezember 2016 für diesen Zweck außer Kraft gesetzt.

Die gleiche Notwendigkeit besteht für den Sachverhalt in § 71 Absatz 1 Satz 4 - neu - SGB V (Angleichung der Vergütungen der neuen Länder an das Niveau der alten Länder): In den zurückliegenden 25 Jahren nach der Wende wurde erreicht, dass in den neuen Ländern die Strukturen der ambulanten medizinischen Versorgung grundsätzlich nicht mehr hinter denen der alten Länder zurückstehen. Nunmehr geht es darum, diese zu erhalten und qualitativ auszubauen. Dies wird, gerade vor dem Hintergrund eines bereits eingetretenen Fachkräftemangels, durch die Vergütungsunterschiede in den neuen und alten Ländern gefährdet.

Den mittelbar und unmittelbar im Gesundheitswesen Beschäftigten muss eine Perspektive für die vollständige Angleichung der Vergütungen eröffnet werden, damit die medizinische Versorgung auch weiterhin in den neuen Ländern flächendeckend sichergestellt werden kann. Dies betrifft insbesondere auch den Bereich der häuslichen Krankenpflege.

19. Zu Artikel 1 Nummer 24 (§ 71 Absatz 4 Satz 2, Satz 3 - neu - und Satz 4, Absatz 5, Absatz 6, Absatz 7 - neu - und Absatz 8 - neu - SGB V)

Artikel 1 Nummer 24 ist wie folgt zu fassen:

'24. § 71 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 und 4 werden aufgehoben.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

"Darüber hinaus sind Verträge nach § 73b der für die Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde zu übermitteln."

b) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

"(5) Die Vereinbarungen nach Absatz 4 Satz 1 und die Verträge nach den §§ 73b und 140a sind unabhängig von Absatz 4 den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder, in denen sie wirksam werden, zu übermitteln."

c) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

"(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen entwickelt bis zum [einsetzen: Datum sechs Monate nach Inkrafttreten nach Artikel 20 Absatz 1] für die Übermittlung der Verträge nach den §§ 73b und 140a nach Absatz 5 einheitliche Vordrucke, in denen die wesentlichen versorgungsrelevanten Vertragsinhalte zusammengefasst werden. Die Vordrucke bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Diese Vordrucke können von den Krankenkassen zur Erfüllung der Übermittlungspflicht nach Absatz 5 verwendet werden. Unabhängig davon sind den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder auf Anforderung die Verträge nach Absatz 5 zu übermitteln."

d) Es wird folgender Absatz 7 angefügt:

(7) Wird durch einen der in den §§ 73b und 140a genannten Verträge das Recht erheblich verletzt, kann die Aufsichtsbehörde gegenüber der Krankenkasse verlangen, den Vertrag zu ändern oder aufzuheben. Die Krankenkasse kann bei einer solchen Anordnung den Vertrag auch ohne Einhaltung von Fristen außerordentlich kündigen. Soweit ein berechtigtes Interesse der Krankenkasse oder Dritter hieran besteht, kann die Aufsichtsbehörde eine Rechtsverletzung auch feststellen, nachdem diese beendet ist. Rechtsbehelfe gegen Anordnungen nach Satz 1 haben keine aufschiebende Wirkung.

e) Der bisherige Absatz 6 wird Absatz 8.'

Begründung:

Zu Buchstabe a:

An der Übermittlungspflicht von Verträgen nach § 73b SGB V an die Aufsichtsbehörde sollte aus grundsätzlichen Erwägungen und angesichts der besonderen Auswirkung auf die Regelversorgung festgehalten werden. Mit der Streichung der ausdrücklichen Regularien zur aufsichtsrechtlichen Prüfung (zum Beispiel die Zwei-Monatsfrist) und der Ersetzung der Vorlage- durch eine Übermittlungspflicht soll bewusst eine Abschwächung gegenüber der geltenden Rechtslage mit einer ausdrücklichen Pflicht zur Präventivprüfung einhergehen. Die Anzahl der zu prüfenden Verträge ist im Übrigen deutlich geringer als bei den Verträgen nach § 140a SGB V. Das Gesetzesziel, Selektivverträge nicht weiter zu behindern, wird angesichts der Pflicht zum Vertragsabschluss nach § 73b SGB V letztlich nicht beeinflusst.

Zu Buchstabe b:

Die vorgesehene Regelung, wonach den Ländern zwar weiterhin alle Selektivverträge vorzulegen sind, die dort wirksam werden, aber nicht die Verträge der Krankenkassen, über die das Land die Aufsicht führt, ist in sich widersprüchlich und nicht zu akzeptieren. Gerade diese Verträge haben für die Länder oft eine besondere versorgungspolitische Relevanz. Daher soll es bei

der bisherigen Regelung bleiben; die Länder erhalten alle Selektivverträge, die in ihrem Land wirksam werden.

Zu Buchstabe c:

Um die Bedenken gegen eine Präventivaufsicht aufzugreifen und das Verfahren zur Übermittlung der Vertragskonstellationen von Krankenkassen, die nicht der jeweiligen Länderaufsicht unterstehen, zu vereinfachen, soll dem GKV-Spitzenverband aufgegeben werden, zeitnah eine Alternativlösung mit einem Vordruckverfahren zu entwickeln. Dieser Vordruck soll mit dem Bundesministerium für Gesundheit abgestimmt werden, um sicherzustellen, dass dieser die aus Versorgungsgesichtspunkten wichtigen Inhalte der Verträge ausreichend wiedergibt. Die Übermittlung der Selektivverträge an die Länder, in denen sie wirksam werden, kann danach durch die Zusendung der Vordrucke ersetzt werden. Um zu verhindern, dass Krankenkassen zwingend entsprechende Vordrucke erstellen müssen, erhalten sie auch die Möglichkeit, wie bisher die Verträge als solche an die Länder zu übermitteln. Mit dem letzten Satz erfolgt eine vorsorgliche Klarstellung, dass auch bei einer Vordruck-Übermittlung im Bedarfsfall der gesamte Vertrag von den Ländern angefordert werden kann.

Zu Buchstabe d:

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Ausweitung der aufsichtsrechtlichen Kompetenzen, die sich stark an die kartellrechtliche Befugnisse nach dem Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) anlehnt, wird weder der Funktion noch der Natur des Aufsichtsverhältnisses in der Sozialversicherung gerecht. Die gesetzlichen Krankenkassen sind als Körperschaften öffentlichen Rechts, anders als Unternehmen des Privatrechts, unmittelbar an Recht und Gesetz gebunden. Das Wettbewerbsverhältnis der Krankenkassen untereinander unterscheidet sich grundlegend von dem Wettbewerb privatrechtlicher Unternehmen. Das ist auch der Grund, warum der Gesetzgeber von einer Einbeziehung der gesetzlichen Krankenkassen in den Anwendungsbereich des GWB anlässlich der letzten GWB-Novelle zu Recht abgesehen hat.

Die Befugnisse der Kartellbehörden nach dem GWB sind sämtlich ordnungsbehördlich geprägt und dienen der Durchsetzung gesetzlicher Verbote gegenüber Privaten. Insoweit gehört das Kartellrecht zum Polizei- und Ordnungsrecht im Sinne klassischen Gefahrenabwehrrechts. Polizeiliche Maßnahmen gegenüber Körperschaften öffentlichen Rechts, die ihrerseits Teil der Staatsgewalt sind, wären aber nicht nur vor dem Hintergrund des Grundsatzes der öffentlich-rechtlichen Selbstverantwortlichkeit verfassungsrechtlich bedenklich. Die Übertragung polizeirechtlicher Prinzipien auf das Aufsichtsverhältnis nach den Sozialgesetzbüchern liefe auch dem in der Sozialversicherung herrschenden Prinzip der Selbstverwaltung unter der

Rechtsaufsicht des Staates zuwider, ohne dass es hierfür eine Rechtfertigung gibt.

Nach allem besteht für die vorgesehene Verschärfung im Sinne des Gesetzentwurfes kein Bedarf. Vollkommen ausreichend ist die Klarstellung, dass bei erheblichen Rechtsverletzungen aufsichtsrechtlich eine Änderung oder Aufhebung des Vertrages verlangt werden kann. Durch die gleichzeitige Einführung eines gesetzlichen außerordentlichen Kündigungsrechts für den Fall von Aufsichtsordnungen und die Regelung zur Rechtsfolge bei Klagen gegen diese Anordnung wird dem Schutzbedürfnis der Versicherten und anderer Dritter ausreichend Rechnung getragen.

20. Zu Artikel 1 Nummer 25 Buchstabe 0a - neu - (§ 73 Absatz 1a Satz 3a - neu - SGB V)

In Artikel 1 Nummer 25 ist dem Buchstaben a folgender Buchstabe 0a voranzustellen:

'0a) In Absatz 1a wird nach Satz 3 folgender Satz eingefügt:

"Sobald für die Arztgruppe der Hausärzte, Kinderärzte oder der fachärztlich tätigen Internisten in einem Planungsbereich vom Landesausschuss drohende Unterversorgung oder Unterversorgung festgestellt worden ist, hat der Zulassungsausschuss innerhalb von sechs Monaten nach dieser Feststellung zu prüfen, ob die Voraussetzungen von Satz 3 vorliegen, und über das Ergebnis zu beschließen." "

Begründung:

In § 73 SGB V wird geregelt, welche Ärzte an der haus- und welche an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen. Zur hausärztlichen Versorgung gehören auch die Kinderärzte und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben.

In der Begründung zu § 73 Absatz 1 Satz 3 SGB V heißt es (vgl. BT-Drucksache 12/3937, Seite 12):

"Für den Fall, dass die haus- oder fachärztliche Versorgung in einer Region nicht sichergestellt ist, kann der Zulassungsausschuss mit dem Ziel der Sicherstellung Kinderärzten und Internisten ohne Teilgebietsbezeichnung die gleichzeitige Wahrnehmung haus- und fachärztlicher Aufgaben erlauben."

Es wird also die Möglichkeit geregelt, dass Kinderärzte und hausärztliche Internisten bei Versorgungsproblemen im hausärztlichen und/oder im fachärztlichen Bereich unabhängig von ihrer Versorgungs-Zuordnung zusätzlich auch haus- beziehungsweise fachärztlich tätig werden dürfen.

Die Zahl der bisherigen Anwendungsfälle ist nicht bekannt. Die Regelung knüpft nach ihrem Wortlaut nicht an die üblichen Qualifizierungen der Versorgungslage an. Durch die Einführung einer Prüfpflicht für Fall der Feststellung von (drohender) Unterversorgung soll der Anwendungsbereich mit dem Ziel einer (besseren) Nutzbarkeit dieser Norm konkretisiert werden.

21. Zu Artikel 1 Nummer 27 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa - neu -
(§ 73b Absatz 4 Satz 1a - neu - und
Satz 1b - neu - SGB V)

Artikel 1 Nummer 27 Buchstabe b ist wie folgt zu fassen:

'b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:

"Allgemeinärzte in diesem Sinne sind allein Fachärzte für Allgemeinmedizin sowie Fachärzte für Innere und für Allgemeinmedizin. Ärzte, die nach § 95a Absatz 4 und 5 Satz 1 in das Arztregister eingetragen sind und Fachärzte für innere Medizin sind nicht heranzuziehen."

bb) Satz 7 wird wie folgt gefasst:

"Satz 6 ... <weiter wie Gesetzentwurf> ..."

Begründung:

Die Änderung dient der Stärkung und langfristigen Sicherung der hausarztzentrierten Versorgung. Sie ist Folge der bisher unzureichenden Umsetzung der Vorschrift des § 73b Absatz 4 Satz 1 SGB V, nach der alle Krankenkassen Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung bis zum 30. Juni 2009 hätten abschließen müssen, und reagiert insbesondere auf die Praxis von Krankenkassen, den Nachweis einer Vertretung von mindestens der Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte zum Gegenstand langwieriger Auseinandersetzungen vor dem Schiedsamt zu machen.

§ 73b Absatz 4 Satz 1 SGB V bestimmt, dass die Krankenkassen spätestens bis zum 30. Juni 2009 Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung mit Gemeinschaften abzuschließen hatten, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten.

§ 73 Absatz 1a Satz 1 SGB V führt als "Hausärzte" neben den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzten auch Kinderärzte, Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben, Ärzte, die nach § 95a Absatz 4 und 5 Satz 1 SGB V in das Arztregister eingetragen sind, und Ärzte, die am 31. Dezember 2000 an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen haben, auf.

Weder praktische Ärzte nach § 95a Absatz 4 und 5 SGB V noch Fachärzte für innere Medizin haben die für Allgemeinärzte im Sinne des § 73 Absatz 1a Satz 1 Nummer 1 SGB V erforderliche allgemeinmedizinische Facharzt-ausbildung durchlaufen. Es ist daher ausgeschlossen, sie als "Allgemeinärzte" nach § 73b Absatz 4 Satz 1 SGB V anzusehen. Der Begriff "Allgemeinarzt" nach § 73b Absatz 4 Satz 1 SGB V erfasst damit nicht alle an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer im Sinne des § 73 Absatz 1a SGB V, sondern nur die unter § 73 Absatz 1a Satz 1 Nummer 1 SGB V genannten Allgemeinärzte. Die Änderung schafft Rechtsklarheit.

22. Zu Artikel 1 Nummer 27 Buchstabe b1 - neu - (§ 73b Absatz 4a Satz 5 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 27 ist nach Buchstabe b folgender Buchstabe b1 einzufügen:

- 'b1) In Absatz 4a Satz 5 wird der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt und die Wörter "bis zu einer entgegenstehenden rechtskräftigen gerichtlichen Entscheidung gilt der festgesetzte Vertragsinhalt als verbindlich und ist umzusetzen." werden angefügt.'

Begründung:

Bis zum Inkrafttreten des GKV-VStG sah die Regelung in § 73b Absatz 4a Satz 5 SGB V vor, dass Klagen gegen einen geschiedsten Hausarztvertrag keine aufschiebende Wirkung haben sollten. Der Hausarztvertrag war somit während des Rechtsstreits (vorläufig) umzusetzen. Mit Inkrafttreten des GKV-VStG am 1. Januar 2012 wurde der Passus "keine aufschiebende Wirkung" auf Klagen gegen die Einsetzung der Schiedsperson beschränkt. Hiermit sollte laut Begründung des Gesetzentwurfs klargestellt werden, dass es sich bei dem Spruch einer Schiedsperson nicht um einen Verwaltungsakt handelt. In der Begründung des Gesetzentwurfs wurde hierzu damals ausgeführt: "Durch die (frühere) Formulierung in Satz 4, nach der die Festlegung des Vertragsinhalts keine aufschiebende Wirkung hat, konnte der Eindruck entstehen, dass es sich bei dem Schiedsspruch um einen Verwaltungsakt handeln würde. Mit der Streichung wird klargestellt, dass dies nicht der Fall ist, sondern dass die Schiedsperson analog § 317 BGB als Vertragshelfer tätig wird. Dementsprechend sind Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts nicht gegen die Schiedsperson, sondern gegen eine der beiden Vertragsparteien zu richten."

Bereits innerhalb des Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-VStG wurde wiederholt darauf hingewiesen, dass diese Gesetzesänderung im Verwaltungsvollzug sowie gegebenenfalls auch in der Rechtsprechung - anders als vom Gesetzgeber intendiert - nicht lediglich als Klarstellung zur Rechtsnatur des Schiedsspruchs, sondern sehr wohl auch als eine tatsächliche Rechtsänderung hinsichtlich des Vollzugs eines Schiedsspruchs während eines hiergegen anhängigen Klageverfahrens aufgefasst werden könnte. Daher wurde durch den Bundesrat in seiner Stellungnahme zum GKV-VStG (vgl. BR-Drucksache 456/11 (Beschluss)) vom 23. September 2011 eine entsprechende weitere Klarstellung im Gesetz gefordert. Die Bundesregierung sah eine Umsetzung der Stellungnahme des Bundesrates jedoch nicht als erforderlich an und führte hierzu in ihrer Gegenäußerung vom 5. Oktober 2011 (vgl. BT-

Drucksache 17/7274) aus: "Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden. Mit der im Regierungsentwurf vorgesehenen Änderung wird klargestellt, dass es sich bei dem Schiedsspruch der Schiedsperson nicht um einen Verwaltungsakt handelt, sondern dass die Schiedsperson als Vertragshelfer analog § 317 BGB tätig wird. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 25. November 2010 - B 3 KR 1/10R) zu der insoweit vergleichbaren Regelung in § 132a Absatz 2 SGB V wird der Vertragsinhalt durch die Festlegung der Schiedsperson rechtsgestaltend ergänzt. Die dagegen gerichtete Ersetzungsklage als Sonderform der Leistungsklage hat keine aufschiebende Wirkung, sodass es der vorgeschlagenen Regelung nicht bedarf."

Zwischenzeitlich sind bereits zwei landessozialgerichtliche Entscheidungen ergangen, die trotz der Gesetzesänderung durch das GKV-VStG weiterhin davon ausgehen, dass es sich bei einer Schiedsentscheidung im Rahmen des § 73b SGB V (noch immer) um Verwaltungsakte handelt (LSG Baden-Württemberg vom 18. Dezember 2013 (L 5 KA 3838/12) sowie LSG Rheinland-Pfalz vom 3. Juni 2014 (L 7 KA 12/14 B ER)). Die letztgenannte Entscheidung des LSG Rheinland-Pfalz kommt zudem zu dem bereits im Gesetzgebungsverfahren zum GKV-VStG befürchteten Ergebnis, dass auf Grund der zum 1. Januar 2012 durch das GKV-VStG erfolgten Gesetzesänderung Klagen gegen den Schiedsspruch nunmehr auch aufschiebende Wirkung entfalten. Ein Schiedsspruch sei somit während einer hiergegen anhängigen Klage grundsätzlich nicht (mehr) zu vollziehen.

Die bereits im GKV-VStG vom Bundesrat geforderte gesetzliche Klarstellung ist vor dem Hintergrund der zitierten Rechtsprechung nun umso mehr geboten. Nur durch eine solche klarstellende Formulierung kann sichergestellt werden, dass nicht ein Vertragspartner der Hausarztverträge allein durch Klageerhebung bereits den Anspruch der gesetzlich Versicherten aus § 73b Absatz 1 SGB V auf ein (lückenloses) hausarztzentriertes Versorgungsangebot unterlaufen kann.

Zwar ist bezüglich der klarzustellenden Rechtsfrage derzeit ein Verfahren vor dem Bundessozialgericht anhängig, sodass eine höchstrichterliche Klärung bevorsteht. Dennoch bleibt die Änderung unabhängig vom Ausgang des genannten Verfahrens sinnvoll. Sollte das Bundessozialgericht feststellen, dass eine Klage gegen den Schiedsspruch keine "aufschiebende Wirkung" hat, so wäre eine entsprechende Klarstellung gleichwohl unschädlich und würde die höchstrichterliche Rechtsprechung lediglich ausdrücklich im Gesetz klarstellen. Sollte das Bundessozialgericht dagegen wider Erwarten zu dem Ergebnis kommen, dass eine Klage gegen den Schiedsspruch sehr wohl die zwischenzeitliche Umsetzung des geschiedsten Hausarztvertrags hemmt, so wäre die seitens der Bundesregierung ausweislich der Gegenäußerung vom 5. Oktober 2011 (vgl. BT-Drucksache 17/7274) gewünschte Lesart der Vorschrift gesetzlich ausdrücklich festgelegt.

23. Zu Artikel 1 Nummer 29 Buchstabe b (§ 75 Absatz 1a Satz 2,
Satz 6,
Satz 7,
Satz 13 - neu -,
Satz 14 - neu - und
Absatz 1a1 - neu - SGB V)

In Artikel 1 Nummer 29 Buchstabe b ist § 75 wie folgt zu ändern:

a) Absatz 1a ist wie folgt zu ändern:

aa) In Satz 2 ist die Angabe "6" durch das Wort "zwölf" zu ersetzen.

bb) In Satz 6 ist vor dem Wort "zugelassenen" das Wort "geeigneten" einzufügen.

cc) In Satz 7 sind vor dem Wort "verschiebbaren" die Wörter "vom Hausarzt festgestellten" einzufügen.

dd) Folgende Sätze sind anzufügen:

"Haben die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen als Vertragspartner bis zum... [einsetzen: Datum sechs Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 20 Absatz 1] eine Vereinbarung über eine Terminvermittlung getroffen, die einen zeitnahen Zugang zu fachärztlichen Behandlungsterminen gemäß Satz 3 bis 4 gewährleistet, so hat diese Vereinbarung Vorrang vor der Einrichtung einer Terminservicestelle. Hat eine Kassenärztliche Vereinigung für ihre Mitglieder verpflichtend ein Verfahren eingeführt, bei dem Überweisungsvorgänge hinsichtlich ihrer Dringlichkeit zu kennzeichnen sind, so ist ein Termin in einem zugelassenen Krankenhaus nach Satz 6 nur dann zu vermitteln, wenn von dem

überweisenden Arzt eine Behandlungsnotwendigkeit innerhalb der Frist nach Satz 4 vorgegeben wurde; der überweisende Arzt darf bei der Beurteilung der medizinischen Dringlichkeit von den Vorgaben des Bundesmantelvertrages nach § 82 Absatz 1 abweichen."

b) Nach Absatz 1a ist folgender Absatz 1a1 einzufügen:

"(1a1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen von der Errichtung beziehungsweise dem Betrieb von Terminservicestellen absehen, wenn sie durch andere organisatorische Maßnahmen sichergestellt haben, dass in Fällen, in denen nach Absatz 1a ein Facharzttermin innerhalb von vier Wochen zu vermitteln wäre, ein solcher Behandlungstermin in ihrem Bezirk innerhalb der Frist auch ohne Vermittlung durch eine Terminvermittlungsstelle zu Stande kommt. Die Einhaltung der Frist ist nachzuweisen, der Nachweis ist alle zwei Jahre erneut zu führen. Absatz 1a Satz 7 und 12 gilt entsprechend, ebenso Regelungen im Bundesmantelvertrag nach Absatz 1a Satz 10 und 11. Den auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen ist die Möglichkeit zur Stellungnahme einzuräumen."

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Mit der Verlängerung der Frist zu den Terminservicestellen von sechs auf zwölf Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes soll den Partner der Gesamtverträge, den Kassenärztliche Vereinigungen und den Krankenkassen, die Möglichkeit gegeben werden, regionale Vereinbarungen für eine Terminvermittlung zu schließen. Mit der Vorrangregelung regionaler Vereinbarungen zur Terminvermittlung müssen zwischen den oben genannten Partnern bereits vereinbarte, vertragliche Lösungen zur Terminvermittlung nicht beendet, sondern können fortgesetzt werden. Mehrere Kassenärztliche Vereinigungen haben bereits vor der gesetzlichen Regelung zu Terminservicestellen - zum Teil auch gemeinsam mit den Krankenkassen - ein Überweisungssystem eingeführt, bei dem der überweisende Arzt die

Dringlichkeit der Behandlung auf dem Überweisungsträger selbst oder auf einem gesonderten Formular vermerkt. Der dann mit dieser Überweisung aufgesuchte Arzt kann mittels der Einschätzung zur medizinischen Dringlichkeit der Behandlung bedarfsgerecht einen Termin zur Behandlung vergeben. Die "dringliche Überweisung" ist damit ein Modell, das eine patientenorientierte Allokation von Ressourcen im vertragsärztlichen Bereich fördert, ohne dass hierfür der Aufbau bürokratischer Strukturen notwendig wäre. Durch die Einführung von zentralen Vorgaben zur medizinischen Dringlichkeit im Bundesmantelvertrag würde diesen funktionierenden regionalen Modellen die Grundlage entzogen. Die Änderung trägt dem dadurch Rechnung, dass für den Fall, dass ein solches Modell eingeführt wurde, die Einschätzung des überweisenden Arztes zur medizinischen Dringlichkeit den allgemeinen Regelungen im Bundesmantelvertrag vorgeht.

Kann die Terminservicestelle in der genannten Frist keinen Termin bei einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer vermitteln, ist sie verpflichtet, dem Versicherten einen ambulanten Behandlungstermin in einem Krankenhaus anzubieten. Insbesondere in ländlichen Regionen und aufgrund von Spezialisierungen der Krankenhäuser kann eine Vermittlung unter Umständen schwierig sein und nur zum Erfolg führen, wenn das Krankenhaus zur Wahrnehmung der fachärztlichen Überweisung auch geeignet ist.

Ob eine verschiebbare Routineuntersuchung, ein Fall einer Bagatellerkrankung oder ein weiterer vergleichbarer Fall vorliegt, kann von der Terminservicestelle nicht beurteilt werden. Durch den Einschub wird diese Feststellung auf den Hausarzt übertragen.

Zu Buchstabe b:

Durch die Regelung sollen an Stelle einer Terminservicestelle auch regional abweichende Organisationslösungen ermöglicht werden, wenn durch diese für die Versicherten ein ebenso zeitnaher Zugang zur fachärztlichen Versorgung gewährleistet ist. Die Einhaltung der Vier-Wochen-Frist ist gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nachzuweisen, mit deren Einvernehmen die Kassenärztlichen Vereinigungen dann von der Einrichtung beziehungsweise dem Weiterbetrieb einer Terminservicestelle absehen kann. Da in einem solchen Falle die Interessen der Patientinnen und Patienten tangiert werden, sind jeweils die auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen zu beteiligen, denen sowohl zur Art der abweichenden Organisationslösung als auch zur Einhaltung der Vier-Wochen-Frist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist.

24. Zu Artikel 1 Nummer 29 Buchstabe b (§ 75 Absatz 1b Satz 3a - neu -,
Satz 3b - neu - und
Satz 3c - neu - SGB V)

In Artikel 1 Nummer 29 Buchstabe b sind in § 75 Absatz 1b nach Satz 3 folgende Sätze einzufügen:

"Die Kassenärztliche Vereinigung stellt sicher, dass die nach Satz 3 einbezogenen Ärzte über die für die Tätigkeit im Notdienst notwendige Qualifikation und eine ausreichende Haftpflichtversicherung verfügen. Bezüglich der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit der nach Satz 3 einbezogenen Ärzte steht der Kassenärztlichen Vereinigung kein Weisungsrecht zu. Anderslautende Regelungen in den Kooperationsvereinbarungen sind unwirksam."

Begründung:

Der Notdienst wird in erster Linie durch niedergelassene Vertragsärzte, ermächtigte Ärzte und Einrichtungen sichergestellt. Gerade in ländlichen Gebieten und unter Berücksichtigung der Altersstruktur in der Ärzteschaft und fortschreitender Unterversorgung sind die Kassenärztlichen Vereinigungen auf die Unterstützung weiterer Ärzte zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in sprechstundenfreien Zeiten angewiesen. Aus Gründen der Patientensicherheit sollte die vertragliche Einbindung dieser Ärzte an die Voraussetzung gebunden sein, dass diese die notwendige Qualifikation haben. Zudem ist wegen des selbständigen Charakters der Tätigkeit eine ausreichende Haftpflichtversicherung der am Notdienst teilnehmenden Ärzte zu fordern, die auch die Teilnahme am Notdienst abdeckt.

Mit § 75 Absatz 1b Satz 3c - neu - SGB V wird klargestellt, dass die Kassenärztlichen Vereinigung im Rahmen der Verträge kein Direktionsrecht bezüglich der ärztlichen Tätigkeit erhalten darf (siehe auch § 2 Absatz 4 der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer). Hierin unterscheidet sich die eigenverantwortliche Tätigkeit im Notdienst, auch wenn diese in von den Kassenärztlichen Vereinigungen betriebenen Bereitschaftsdienstpraxen ausgeübt wird, von der abhängigen Beschäftigung von Ärzten unter der fachlichen Leitung von Chefärzten im Krankenhaus.

25. Zu Artikel 1 Nummer 29 Buchstabe b (§ 75 Absatz 1b Satz 3d - neu - SGB V)

In Artikel 1 Nummer 29 Buchstabe b ist in § 75 Absatz 1b nach Satz 3c - neu - folgender Satz einzufügen:

"Die Sätze 2 bis 3c gelten auch für die notärztliche (rettungsdienstliche) Versorgung, soweit entsprechend Satz 1 durch Landesrecht bestimmt ist, dass auch diese vom Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung umfasst ist."

Begründung:

Die vorgesehene Möglichkeit für Nicht-Vertragsärzte im Wege einer Kooperationsvereinbarung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen am ärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmen zu können, stellt eine begrüßenswerte Klarstellung beziehungsweise Ausweitung der Teilnahmemöglichkeiten dar. Hierdurch wird den Kassenärztlichen Vereinigungen die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst) erleichtert und dabei die Rechtssicherheit erhöht. Dadurch wird ein wesentlicher Beitrag zur Abwendung beziehungsweise Vermeidung von Besetzungsproblemen geleistet.

Eine vergleichbare Problemlage besteht allerdings auch, soweit der Notarztdienst auf Grund landesrechtlicher Bestimmungen nach § 75 Absatz 1b Satz 1 letzte Alternative SGB V auch vom Sicherstellungsauftrag der jeweiligen kassenärztlichen Vereinigung umfasst ist. Auch für diesen Fall erscheint deshalb eine entsprechende Klarstellung über die Einbeziehung und die Kooperationsmöglichkeiten von Nicht-Vertragsärzten in den (vertragsärztlichen) Notarztdienst sinnvoll und geboten.

26. Zu Artikel 1 Nummer 30 (§ 75a Absatz 7 und Absatz 8 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 30 ist § 75a wie folgt zu ändern:

- a) In Absatz 7 ist das Wort "kann" durch das Wort "soll" zu ersetzen.

- b) In Absatz 8 ist das Wort "können" durch das Wort "haben" zu ersetzen.

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Die in § 75a Absatz 7 SGB V aufgeführten möglichen zusätzlichen Inhalte der Verträge zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft tragen dazu bei, das bestehende System der Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung stärker zu flexibilisieren und bedarfsgerechter auszugestalten. Daher sollen die Vertragsparteien verbindlicher dazu angehalten werden, entsprechende Regelungen zu schaffen.

So wird etwa durch die Verwaltung der Fördermittel durch eine zentrale Stelle auf Bundes- oder Landesebene die Organisation und Evaluation des Förderprogramms vereinfacht und ein zielgerichteter, flexiblerer Einsatz der Fördermittel erreicht.

Soweit regionale Projekte zur Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung existieren, bieten diese auf regionaler Ebene bereits gute Ansätze, um die Attraktivität der hausärztlichen Weiterbildung zu erhöhen und damit auch die künftige hausärztliche Versorgung vor Ort zu verbessern. Hier bietet sich ein Zurückgreifen auf vorhandene und bewährte Strukturen an.

Im Sinne einer sinnvollen und vollständigen Ausschöpfung der Fördermittel sollen die Vertragspartner neben der Möglichkeit der Übertragung von Fördermitteln in den nächsten Förderzeitraum auch vereinbaren, dass nicht abgerufene Fördermittel überregional und unabhängig von der Art der Weiterbildungseinrichtung bereitgestellt werden.

Zu Buchstabe b:

Um die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin stärker und verlässlicher zu fördern und so mehr junge Ärztinnen und Ärzte für den Hausarztbesuch zu gewinnen, erscheint es zudem angezeigt, auch die Zusammenarbeit der Kassenärztlichen Vereinigungen verbindlicher auszugestalten. Die notwendige Kooperation oder die alternative Beauftragung einer Kassenärztlichen Vereinigung mit der Durchführung der Förderung soll daher verpflichtend gesetzlich geregelt werden.

27. Zu Artikel 1 Nummer 32 (§ 79 Absatz 3a Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 32 sind in § 79 Absatz 3a Satz 1 nach dem Wort "Vertreterversammlung" die Wörter "der Kassenärztlichen Bundesvereinigung" einzufügen.

Begründung:

Die Regelung zur Trennung der Vertreterversammlung in hausärztliche und fachärztliche Bank soll auf die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung begrenzt werden, da in diesem Gremium die Grundsatzentscheidungen mit grundlegender Bedeutung für den hausärztlichen sowie den fachärztlichen Bereich getroffen werden.

Im Weiteren würde die Regelung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder - gegebenenfalls aktuell noch gar nicht bestehende - Konflikte und Ressentiments geradezu herausfordern. Dies könnte in der Konsequenz zu Problemen, auch für die Rechtsaufsichten, führen. Diese sollen mit der Änderung vermieden werden.

28. Zu Artikel 1 Nummer 34 Buchstabe h1 - neu - (§ 87 Absatz 5a SGB V)

In Artikel 1 Nummer 34 ist nach Buchstabe h folgender Buchstabe h1 einzufügen:

'h1) In Absatz 5a werden nach der Angabe "§ 116b" die Wörter "sowie Leistungen nach § 27b" eingefügt.'

Begründung:

Um zu einer sachgerechten Leistungsabbildung und Abrechnungsmöglichkeit der Leistungen der Zweitmeinung zu kommen, muss zwingend eine Einbindung auch des Krankenhauses erfolgen. Mit der Änderung wird hierfür

der geeignete ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V bestimmt.

29. Zu Artikel 1 Nummer 35 Buchstabe a1 - neu - (§ 87a Absatz 3 Satz 5 und Satz 6 - neu - SGB V)

In Artikel 1 Nummer 35 ist nach Buchstabe a folgender Buchstabe a1 einzufügen:

'a1) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 5 wird das Semikolon nach dem Wort "vergüten" durch einen Punkt ersetzt und der folgende Halbsatz gestrichen.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

"Darüber hinaus kann geregelt werden, dass weitere vertragsärztliche Leistungen außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütung mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist; hierzu gilt das Gebot des gemeinsamen und einheitlichen Handelns nach Satz 1 nicht entsprechend."

Begründung:

Grundsätzlich sind die von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung zu vereinbarenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen mit den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam und einheitlich zu vereinbaren.

Daneben soll die Möglichkeit nach § 87a Absatz 3 Satz 5 SGB V bestehen bleiben, vertragsärztliche Leistungen außerhalb der vereinbarten Gesamtvergütung zwischen den Vertragsparteien zu vereinbaren, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies auf Grund von Besonderheiten erforderlich ist (zum Beispiel Schwerpunktpraxen). Allerdings soll in diesem Falle das Gebot des gemeinsamen und einheitlichen Handelns entfallen. Mit der Möglichkeit, besondere vertragsärztliche Leistungen zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und einzelnen Kassenarten vereinbaren zu können, werden die regionalen Vertrags- und Versorgungsmöglichkeiten erweitert. Somit können spezielle Versorgungsangebote für kassenartenbezogene Versichertengruppen vereinbart werden, für die keine gemeinsamen und einheitlichen und somit kassenartenübergreifende Grundlagen gegeben sind.

30. Zu Artikel 1 Nummer 35 Buchstabe b (§ 87a Absatz 4a SGB V)

In Artikel 1 Nummer 35 Buchstabe b ist § 87a Absatz 4a wie folgt zu fassen:

"(4a) Mit Wirkung ab dem 1. Januar 2016 ist eine einmalige basiswirksame Erhöhung des nach Absatz 4 Satz 1 für das Jahr 2015 angepassten Aufsatzwertes in den Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 1 im Jahr 2015 vorzunehmen, wenn die jeweils für das Jahr 2013 und jeweils einschließlich der Bereinigungen zu berechnende durchschnittliche an die Kassenärztliche Vereinigung entrichtete morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung die durchschnittliche an alle Kassenärztlichen Vereinigungen im Bundesgebiet entrichtete morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versicherten, gewichtet mit der Morbiditätsstruktur der Versicherten im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung, unterschreitet. Die Berechnungen nach Satz 1 werden durch das Institut nach § 87 Absatz 3b Satz 1 durchgeführt. Es teilt den Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 und dem Bundesministerium für Gesundheit sowie den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder das Ergebnis bis spätestens zum 15. September 2015 mit. Eine einmalige basiswirksame Erhöhung des Aufsatzwertes ist nur dann zu vereinbaren, wenn in den Verhandlungen nach Satz 1 festgestellt wird, dass der Aufsatzwert im Jahr 2013 unbegründet zu niedrig war. Der Aufsatzwert ist in dem Umfang zu erhöhen, wie der Aufsatzwert im Jahr 2013 unbegründet zu niedrig war. Die

Erhöhung erfolgt um einen im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung für alle Krankenkassen einheitlichen Faktor. Die vereinbarte Erhöhung kann auch schrittweise über mehrere Jahre verteilt werden. Die zusätzlichen Mittel können auch zur Verbesserung der Versorgungsstruktur eingesetzt werden. Umverteilungen zu Lasten anderer Kassenärztlicher Vereinigungen sind auszuschließen."

Begründung:

Seit der Honorarreform im Jahr 2009 ergeben sich hinsichtlich der je Versicherten gezahlten morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) zwischen den einzelnen Bezirken der Kassenärztliche Vereinigungen erhebliche Unterschiede, die nicht durch Unterschiede im Versorgungsbedarf der Versicherten begründet sind.

Da eine Angleichung nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nur durch eine gesetzliche Regelung möglich ist, soll mit der Änderung eine möglichst zeitnahe Umsetzung ermöglicht werden. Eine weitere Verzögerung bis 2017 ist nicht hinnehmbar. Dies gilt auch für eine einseitige Beweislastregelung für die Kassenärztliche Vereinigungen. Auch der explizite Hinweis auf eine mögliche Begründetheit durch eine höhere Inanspruchnahme des stationären Sektors geht fehl. Den stationären Behandlungen kommt durchweg kein Substitutionseffekt für die ambulante Versorgung zu. Mit Blick auf den Grundsatz "ambulant vor stationär" muss es vielmehr Ziel sein, durch eine Stärkung des ambulanten Bereichs Krankenhausaufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen.

Mit der Ergänzung zur Morbiditätsgewichtung soll erreicht werden, dass bestehende, länderbezogene Honorarunterschiede sachgerecht in der Regelung zur Anpassung der vertragsärztlichen Vergütung Berücksichtigung finden.

Schließlich sollten die Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses auch den Ländern zugeleitet werden.

31. Zu Artikel 1 Nummer 37 (§ 90 Absatz 4 Satz 2 SGB V) und
Nummer 52 Buchstabe a1 - neu -
(§ 116b Absatz 3 Satz 7 zweiter Halbsatz SGB V)

Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

a) Nummer 37 ist wie folgt zu fassen:

'37. § 90 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 4 Satz 2 werden nach dem Wort "Landesausschüssen" die Wörter "sowie den erweiterten Landesausschüssen nach § 116b Absatz 3" eingefügt.
- b) In Absatz 6 Satz 1 werden nach den Wörtern "§ 103 Absatz 1 Satz 1" die Wörter "und Absatz 3" eingefügt.
... < entspricht dem Gesetzentwurf > ...

b) Nummer 52 ist wie folgt zu ändern:

Nach Buchstabe a ist folgender Buchstabe a1 einzufügen:

'a1) In Absatz 3 Satz 7 wird der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt und folgende Wörter werden angefügt:

"die Mitberatungsrechte nach § 90 Absatz 4 Satz 2 und 3 sowie § 140f Absatz 3 bleiben unberührt." '

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Um ungewollte Rückschlüsse aus der im Gesetzentwurf vorgesehenen Ergänzung in § 140f Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V zu vermeiden, wird unter Buchstabe a klargestellt, dass die obersten Landesbehörden auch in den erweiterten Landesausschüssen nach § 116b Absatz 3 SGB V ein Mitberatungsrecht haben. Die Änderung in § 90 Absatz 6 Satz 1 SGB V entspricht der bisherigen Regelung des Gesetzentwurfs.

Zu Buchstabe b:

In den erweiterten Landesausschüssen einzelner Länder wurde die Auffassung vertreten, dass das Mitberatungsrecht der obersten Landesbehörden und der Patientenvertreter jedenfalls in Bezug auf das verkleinerte Gremium nach § 116b Absatz 3 Satz 7 SGB V nicht besteht beziehungsweise durch die Geschäftsordnung ausgeschlossen werden könne. Dies wird zum Teil mit der Eilbedürftigkeit der durch das verkleinerte Gremium zu treffenden Entscheidungen und mit dem weiten Ermessen begründet, das der Gesetzgeber dem erweiterten Landesausschuss bei der Besetzung des verkleinerten Gremiums eingeräumt habe. Dies verkennt, dass die Regelung des § 116b Absatz 3 Satz 7 SGB V lediglich die Verkleinerung der Mitgliederzahl im Sinne des § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V, also die Anzahl der Vertreter der Ärzte, Krankenkassen und Krankenhäuser, betrifft. Zum Mitberatungsrecht der obersten Landesbehörden und der Patientenvertreter verhält sich die Vorschrift dagegen nicht. Im Sinne der Transparenz und Rechtssicherheit soll dieses Mitberatungsrecht auch im verkleinerten Gremium nicht beschnitten werden. Dies wird in einem zweiten Halbsatz nunmehr ausdrücklich klargestellt. Eine entsprechende Beteiligung innerhalb der in § 116b Absatz 2 Satz 4 SGB V vorgesehenen Zweimonatsfrist lässt auch keinen unververtretbaren Zeitdruck erkennen.

32. Zu Artikel 1 Nummer 39 Buchstabe a (§ 92 Absatz 6a Satz 3 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 39 Buchstabe a ist in § 92 Absatz 6a Satz 3 das Datum "30. Juni 2016" durch das Datum "31. Dezember 2015" zu ersetzen und nach dem Wort "Gruppentherapien" sind die Wörter ", zur Krisenintervention in der Akutversorgung" einzufügen.

Begründung:

Angesichts drängender Versorgungsprobleme im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung mit langen Wartezeiten trotz vielfach bestehender rechnerischer Überversorgung sind zeitnahe Lösungsansätze notwendig. Dies gilt erst recht, weil die Psychotherapie bei der Regelung zu den Terminservicestellen auch unter Hinweis auf den Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ausgenommen worden ist. Deshalb soll die Frist zur Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie durch den G-BA um ein halbes Jahr verkürzt werden.

Zugleich wird der Auftrag an den G-BA dahin gehend erweitert, explizit auch Regelungen zur Krisenintervention in der Akutversorgung zu treffen.

In der psychotherapeutischen Sprechstunde kann sich ein akuter Behandlungsbedarf in der Form einer notwendigen Krisenintervention zeigen. Hier ist bereits in der Begründung des Gesetzentwurfs zu § 75 SGB V in Bezug auf die schnelle Terminvermittlung darauf hingewiesen worden, dass eine ambulante psychotherapeutische Versorgung - anders als bei anderen fachärztlichen Leistungen - in der Regel nicht durch entsprechende stationäre psychotherapeutische Leistungserbringer ersetzt werden kann. Umgekehrt sind auch hier Wartezeiten auf eine ambulante Behandlung beziehungsweise auf eine bewilligte Richtlinienpsychotherapie nicht tragbar. Insofern wird in der Begründung des Gesetzentwurfs ausdrücklich auch angesprochen, dass zur Reduzierung von Wartezeiten bei dringendem Behandlungsbedarf eine Akutversorgung durch Psychotherapeutinnen und -therapeuten ermöglicht werden soll.

Durch eine direkt an die Sprechstunde anschließende Möglichkeit der Krisenintervention durch niedrigschwellige gruppentherapeutische und kurzzeittherapeutische Angebote können Wartezeiten bis zu einer Richtlinienpsychotherapie überbrückt oder im Einzelfall längerfristige Behandlungen obsolet werden.

33. Zu Artikel 1 Nummer 40

(§ 92a Absatz 1 Satz 4 Nummer 8 - neu -,
Satz 4a - neu - und Satz 9 - neu - und
Absatz 2 Satz 6 - neu - SGB V)

In Artikel 1 Nummer 40 ist § 92a wie folgt zu ändern:

a) Absatz 1 ist wie folgt zu ändern:

aa) In Satz 4 Nummer 7 ist der Punkt am Ende durch ein Komma zu ersetzen und folgende Nummer 8 ist anzufügen:

"8. Bezug des Vorhabens zu einer Empfehlung des gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a."

bb) Nach Satz 4 ist folgender Satz einzufügen:

"Sollte es mehr förderfähige Anträge im Sinne von Satz 4 als zur Verfügung stehende Fördermittel geben, so ist auf eine regional ausgewogene Verteilung der Fördermittel zu achten."

cc) Es wird folgender Satz angefügt:

"Beabsichtigt der Innovationsausschuss nach § 92b einem Förderantrag stattzugeben, sind vor der Entscheidung die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder, in denen das jeweilige Vorhaben durchgeführt werden soll, anzuhören."

b) Dem Absatz 2 ist folgender Satz anzufügen:

"Absatz 1 Satz 4a gilt entsprechend."

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Zu Doppelbuchstabe aa:

Die in den Ländern eingerichteten gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V haben vom Gesetzgeber den Auftrag erhalten, Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abzugeben. In den Gremien kommen Kostenträger, Leistungserbringer sowie sämtliche an der Gesundheitsversorgung beteiligte Institutionen zusammen. Vorhaben, die neue sektorenübergreifende Versorgungsformen auf der Grundlage von Empfehlungen der gemeinsamen Landesgremien umsetzen, sollten bei der Entscheidung über die Vergabe der Fördermittel besondere Berücksichtigung finden.

Zu Doppelbuchstabe bb und Buchstabe b:

Um einen möglichst gleichwertigen Zugang der Versicherten im gesamten Bundesgebiet zu den neuen Versorgungsformen auch schon vor Übernahme in die Regelversorgung sicherzustellen, wird der Gemeinsame Bundesausschuss verpflichtet, bei der Vergabe der Fördermittel auf eine angemessene regionale Verteilung zu achten. Denn Innovation soll überall im Bundesgebiet ankommen. Dies gilt nur, wenn mehrere gleich geeignete Vorhaben zur Förderung anstehen und die zur Verfügung stehende Fördersumme nicht für alle Vorhaben ausreicht.

Zu Doppelbuchstabe cc:

Im Rahmen des Aktionsprogramms regionale Daseinsvorsorge des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung, arbeiten Bund und Länder eng zusammen, um unter anderem Regionalstrategien zur ärztlichen Versorgung zu erarbeiten und Pilotprojekte umzusetzen. Um sicherzustellen, dass die Vorhaben integraler Bestandteil solcher regionalen Versorgungskonzepte sind, werden vor einer Entscheidung des

Innovationsausschusses die von dem Vorhaben räumlich berührten Länder angehört, ob das Vorhaben einen Regionalstrategiebezug aufweist und anderen Aktivitäten in der Region nicht zuwiderläuft. Damit wird eine Abstimmung der verschiedenen Förderinstrumente von Bund und Ländern sichergestellt und die Empfehlung des Sachverständigenrats, lokale Quartierskonzepte zu implementieren, umgesetzt.

Entsprechendes gilt für die Krankenhausplanung. Nehmen zugelassene Krankenhäuser an Vorhaben teil, die besondere Versorgungsformen erproben, sind zugleich die Belange der Krankenhausplanung der Länder berührt.

Nur durch eine Anhörung des betroffenen Landes vor einer beabsichtigten Förderentscheidung ist zudem gewährleistet, dass bereits vom Land mangels Erfolg nicht (mehr) geförderte Projekte keine Bundesmittel erhalten und so die Förderung auf erfolversprechende Projekte konzentriert wird.

34. Zu Artikel 1 Nummer 40 (§ 92a Absatz 1 Satz 6 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 40 sind in § 92a Absatz 1 Satz 6 nach dem Wort "Versorgungszentren," die Wörter "anerkannte Praxisnetze nach § 87b Absatz 4, Einrichtungsträger nach § 140a Absatz 3 Nummer 2," einzufügen und die Wörter ", pharmazeutische Unternehmen, Hersteller von Medizinprodukten im Sinne des Medizinproduktegesetzes" zu streichen.

Begründung:

Neue Versorgungsformen, die eine sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben, werden insbesondere in nach § 87b Absatz 4 SGB V anerkannten Praxisnetzen gelebt. Um das Innovationspotential der anerkannten Praxisnetze weiter fördern zu können, sollen anerkannte Praxisnetze ebenfalls die Möglichkeit erhalten, selbständig Anträge zu stellen.

Darüber hinaus soll dies auch für regionale intersektorale Zusammenschlüsse gelten, die für die Umsetzung entsprechende Managementgesellschaften gegründet haben. Diesen Trägern von Einrichtungen, die eine besondere Versorgung durch zur Versorgung der Versicherten nach dem Vierten Kapitel berechnete Leistungserbringer anbieten, gestalten und steuern die Versorgung zwischen den verschiedenen Akteuren und Sektoren.

Wenn die Förderung von Produktinnovationen ausdrücklich nicht Gegenstand der Förderung sein soll, ist es nicht nachzuvollziehen, dass pharmazeutische Unternehmer und Medizinproduktehersteller ebenfalls antragsberechtigt sein sollen. Insofern ist deren Antragsberechtigung zu streichen.

35. Zu Artikel 1 Nummer 40 (§ 92a Absatz 1 Satz 7 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 40 sind in § 92a Absatz 1 Satz 7 die Wörter "in der Regel" zu streichen.

Begründung:

Um das in der Begründung des Gesetzentwurfs genannte und berechtigte Anliegen zu erreichen, dass nur solche Vorhaben gefördert werden, die der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung dienen, ist bei der Antragstellung nicht nur regelhaft, sondern stets eine Krankenkasse zu beteiligen.

36. Zu Artikel 1 Nummer 40 (§ 92a Absatz 3 Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 40 ist in § 92a Absatz 3 Satz 1 die Angabe "2019" durch die Angabe "2021" zu ersetzen.

Begründung:

Ein abschließender Bericht über das Ergebnis der wissenschaftlichen Auswertung der Förderung ist vom Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag zum 31. März 2021 vorzulegen (vgl. § 92a Absatz 5 SGB V). Der Zeitraum für die Bereitstellung der Fördersumme nach § 92a Absatz 3 SGB V sollte entsprechend angepasst werden.

37. Zu Artikel 1 Nummer 40 (§ 92b Absatz 1 Satz 3a neu - ,
Satz 3b - neu - und
Satz 3c - neu - SGB V)

In Artikel 1 Nummer 40 sind in § 92b Absatz 1 nach Satz 3 folgende Sätze einzufügen:

"Die Länder erhalten ebenfalls ein Antrags- und Mitberatungsrecht. Dieses wird durch zwei Vertreter der Länder ausgeübt, die von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder benannt werden. Die Mitberatung umfasst auch das Recht, Beratungsgegenstände auf die Tagesordnung setzen zu lassen und das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung."

Begründung:

Nach der derzeitigen Normfassung steht allein den Patienten- und Selbsthilfeorganisationen auf Bundesebene ein Antrags- und Mitberatungsrecht im Innovationsausschuss zu. Gleichwohl werden die Interessen der Länder durch die Entscheidungen des Innovationsausschusses, welche der vorliegenden Anträge durch den Fonds gefördert werden, maßgeblich berührt. Zudem verfügen die Länder über eine deutlich bessere Kenntnis der regionalen Versorgungsstrukturen und strukturellen Besonderheiten in ihrem Zuständigkeitsbereich als die bislang ausschließlich am Innovationsausschuss beteiligten Bundesinstitutionen und -behörden. Sie können damit nicht nur einen wertvollen Beitrag zur Bewertung von Innovationspotentialen und Umsetzungs- beziehungsweise Erfolgswahrscheinlichkeiten von Förderprojekten in ihrem Bereich leisten. Gerade auch für die Festlegung der Schwerpunkte und Kriterien für die Förderung in Förderbekanntmachungen (§ 92b Absatz 2 Satz 1 SGB V) sind die lokale Perspektive, die Kenntnisse der Versorgung vor Ort und die Erfahrungen der Länder unabdingbar; keines der bisher für den Innovationsausschuss vorgesehenen Mitglieder kann dies einbringen. Ein Antrags- und Mitberatungsrecht entsprechend der Regelung des § 92 Absatz 7e SGB V erscheint daher sachgerecht. Das dort verankerte Antrags- und Mitberatungsrecht der Länder im Rahmen der Bedarfsplanung hat sich bewährt. Auf Grund der Betroffenheit der Länderinteressen durch die Entscheidungen des Innovationsausschusses sollte es auch für diesen vorgesehen werden.

38. Zu Artikel 1 Nummer 40 (§§ 92a, 92b SGB V)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, ob und inwieweit das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie bei der Ausarbeitung der Schwerpunkte und Kriterien für eine Förderung von neuen Versorgungsformen aus dem Innovationsfonds durch den gemäß Gesetzentwurf zu errichtenden Innovationsausschuss beratend einbezogen werden kann.

Begründung:

Aufgabe des beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) eingerichteten Innovationsausschusses ist gemäß § 92a Absatz 1 SGB V die Durchführung der Förderung von neuen Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen. Gefördert werden sollen insbesondere Vorhaben, die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und hinreichendes Potential aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden.

Dem Innovationsausschuss obliegt nach § 92b Absatz 2 SGB V die Festlegung der Schwerpunkte der Förderung nach § 92a Absatz 1 und 2 Satz 1 bis 4 SGB V.

Um die Patientenversorgung und die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems gleichermaßen zu verbessern, empfiehlt es sich, die sektor- und branchenübergreifende Zusammenarbeit von Wirtschaft, Wissenschaft, dem Gesundheitswesen und den Anwendern weiterhin auszubauen und in neuen Kooperationsformen zu stärken. Von zentraler Bedeutung ist dabei die Art, wie die Akteure der Gesundheitswirtschaft zusammenarbeiten, damit Produkt-, Prozess- oder Dienstleistungsinnovationen zukünftig noch stärker patienten- und bedarfsorientiert entwickelt und hergestellt werden können. Zum Informationsaustausch und zu der Wahrung von Transparenz empfiehlt sich daher die frühzeitige Einbindung in Entscheidungsprozesse und Zulassungsverfahren aller Akteure der Gesundheitswirtschaft. Die Wirtschaft ist in diesem Kontext ein wichtiger und unverzichtbarer Dialogpartner, um neue moderne Versorgungsformen zu begleiten. Diese Sichtweise spiegelt sich auch auf Bundesebene in der Hightech-Strategie und dem nationalen Strategieprozess "Innovationen in der Medizintechnik" wider. Daher ist es erforderlich, dass bei den Entscheidungen des Innovationsausschusses der Sachverstand der Wirtschaft auch Berücksichtigung findet.

Aus diesem Grund sollte geprüft werden, ob das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie bei der Ausarbeitung der allgemein geregelten Kriterien für eine Förderung von neuen Versorgungsformen beratend einbezogen werden kann.

39. Zu Artikel 1 Nummer 41 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa und
Doppelbuchstabe bb
(§ 95 Absatz 1a Satz 1,
Satz 3 und
Satz 4 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 41 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa und Doppelbuchstabe bb ist in § 95 Absatz 1a Satz 1, Satz 3 und Satz 4 jeweils das Wort "Kommunen" durch das Wort "Gebietskörperschaften" zu ersetzen.

Begründung:

Für eine flächendeckende Versorgung ist die zusätzliche Gründung von medizinischen Versorgungszentren erforderlich, weil diese Einrichtungen dann nicht nur zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt, sondern auch verpflichtet sind.

Mit der ursprünglichen Änderung ("Kommunen") wären nur Kommunen zur Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums in der von der bisherigen Regelung abweichenden Rechtsform berechtigt. Durch die Änderung in "Gebietskörperschaften" wird dies auch für die in Landsträgerschaft befindlichen Landeskrankenhäuser ermöglicht. Für diese besteht zwar rein faktisch als zugelassenes Krankenhaus bereits jetzt die Möglichkeit zur Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums. Diese wird jedoch durch die Vorgaben zur Rechtsform in § 95 Absatz 1a Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V der geltenden Fassung (nur als Personengesellschaft, eG oder GmbH) auf Landesebene erheblich erschwert, zum Beispiel bei der Bürgerschaftsbestellung aufgrund von haushaltsrechtlichen Bestimmungen.

Durch die Änderung können alle Gebietskörperschaften, gleich ob Kommune oder Land, ein medizinisches Versorgungszentrum in der öffentlich-rechtlichen Rechtsform eines Eigen- oder Regiebetriebes gründen. Die Schwierigkeiten bei der Gründung mit der privatrechtlichen Rechtsform und den Bürgerschaftsbestellungen werden dadurch beseitigt. Es wird eine Gleichstellung zwischen kommunalgeführten und landeseigenen Krankenhäusern erreicht.

40. Zu Artikel 1 Nummer 41 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb

(§ 95 Absatz 1a Satz 3 und Satz 4 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 41 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb sind in § 95 Absatz 1a Satz 3 und Satz 4 wie folgt zu fassen:

"Gebietskörperschaften können Medizinische Versorgungszentren auch in öffentlich-rechtlichen Rechtsformen gründen. Für die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren durch die Gebietskörperschaften findet § 105 Absatz 5 Anwendung."

Begründung:

Es soll auch den Gebietskörperschaften möglich sein, künftig Medizinische Versorgungszentren (MVZ) in öffentlich-rechtlicher Rechtsform zu betreiben. Gleichwohl sollen die in § 105 Absatz 5 SGB V geltenden Einschränkungen gelten.

§ 105 Absatz 5 SGB V ermöglicht es kommunalen Trägern in begründeten Ausnahmefällen Eigeneinrichtungen zur ambulanten ärztlichen Versorgung zu betreiben. Laut Begründung zum Entwurf des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes - GKV-VStG (vgl. BR-Drucksache 456/11 vom 12. August 2011, Seite 115 und 116) liegt ein begründeter Ausnahmefall insbesondere dann vor, wenn eine Versorgung auf andere Weise nicht sichergestellt werden kann. Dies ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die von der Kassenärztlichen Vereinigung zuvor ergriffenen Sicherstellungsmaßnahmen nicht gegriffen haben. Voraussetzung für die Gründung einer Eigeneinrichtung ist zudem, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen deren Sicherstellungsauftrag nach § 75 Absatz 1 SGB V hiervon unberührt bleibt, zuvor der Gründung der Eigeneinrichtungen zustimmt. Das Zustimmungserfordernis bringt ebenfalls

zum Ausdruck, dass die Gründung einer Eigeneinrichtung durch kommunale Träger subsidiär gegenüber Sicherstellungsmaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung ist.

Durch die Geltung des § 105 Absatz 5 SGB V auch für die MVZ wird dem beschriebenen Subsidiaritätsgrundsatz Rechnung getragen. Dies insbesondere auch, da andernfalls Gebietskörperschaften ohne Abstimmung mit der für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung Versorgungseinrichtungen betreiben können und so steuernd in die Versorgung eingreifen. Die Gebietskörperschaften als staatliche Akteure träten dabei auch in Konkurrenz zu möglichen privatrechtlichen Akteuren, denen sie gleichgestellt würden.

Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass selbständig praktizierende Ärzte, deren Praxen allein schon bei rechnerischer Überversorgung in der entsprechenden Region im Falle etwa eines ruhestandsbedingten Ausscheidens von Seiten der Kassenärztlichen Vereinigung aufgekauft werden müssten, während Gebietskörperschaften zum Beispiel auf Grundlage von Sonderbedarf MVZ gründen dürften.

Des Weiteren bestehen neben dem Eigenbetrieb und dem Regiebetrieb weitere öffentlich-rechtliche Organisationsformen, zum Beispiel Kommunalunternehmen als Anstalten des öffentlichen Rechtes. Eine fachliche Beschränkung auf Eigen- und Regiebetriebe ist nicht notwendig.

41. Zu Artikel 1 Nummer 41 Buchstabe c (§ 95 Absatz 3 Satz 4 und Satz 5 - neu - SGB V)

In Artikel 1 Nummer 41 ist Buchstabe c wie folgt zu fassen:

'c) Dem Absatz 3 werden folgende Sätze angefügt:

"Die Einhaltung der sich aus den Sätzen 1 und 2 ergebenden Versorgungsaufträge sind von der Kassenärztlichen Vereinigung zu prüfen. Die Ergebnisse der Prüfung sind den Landes- und Zulassungsausschüssen mindestens jährlich zu übermitteln." "

Begründung:

Der neu formulierte Auftrag an die Kassenärztlichen Vereinigungen, den sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie Medizinischen Versorgungszentren anhand der ihnen vorliegenden Leistungsdaten zu prüfen, soll durch eine Übermittlungspflicht an die Zulassungsgremien und Landesausschüsse ergänzt werden. Damit wird die Zielsetzung der Regelung, sicherzustellen, dass Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Medizinische Versorgungszentren in dem ihnen vorgegebenen Umfang zur Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehen, bekräftigt. Zulassungsentscheidungen und Bedarfsfeststellungen vor Ort, insbesondere auch über gegebenenfalls bestehenden lokalen Versorgungsbedarf sowie begründete Abweichungen von der Bedarfsplanungsrichtlinie zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, können fundierter als bisher getroffen und begründet werden.

42. Zu Artikel 1 Nummer 41 (§ 95 SGB V)

Der Bundesrat begrüßt die Zielsetzung des Gesetzes, den Kommunen zu ermöglichen, künftig Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu gründen und damit die Versorgung in der jeweiligen Region zu verbessern. Der Bundesrat erkennt grundsätzlich auch die Möglichkeit an, diese zukünftig auch in öffentlich-rechtlichen Rechtsformen gründen zu dürfen.

Vor dem Hintergrund, dass die Kommunen in den begründeten Ausnahmefällen als einzige gesellschaftliche Akteure die ambulante Versorgung überhaupt noch sicherstellen, bittet der Bundesrat die Bundesregierung, Vorkehrungen zu treffen, die Kommunen bei ihrer Übernahme der ambulanten ärztlichen Versorgung vor zusätzlichen fiskalischen Belastungen zu schützen. Dies betrifft sowohl zukünftig die Medizinischen Versorgungszentren gemäß § 95 Absatz 1a SGB V als auch die bereits gesetzlich verankerten Eigeneinrichtungen gemäß § 105 Absatz 5 SGB V.

Die Risiken aus dem Betrieb der ambulanten Versorgungseinrichtungen treffen aufgrund des dortigen Ärztemangels regelmäßig die Kommunen in strukturschwachen Regionen, welche gerade wegen der dortigen Strukturbedingungen häufig entsprechend finanzschwach sind. Die Bundesregierung wird daher aufgefordert, für eine auskömmliche Finanzierung der kommunalen Versorgungseinrichtungen und eine Haftungsbegrenzung für die Kommunen, zum Beispiel durch höhere verpflichtende Deckungssummen der Berufshaftpflichtversicherungen, zu sorgen und die regionale Problemstellung des Ärztemangels nicht der örtlichen Gemeindeebene aufzuerlegen. Die gesellschaftliche Herausforderung des demografischen Wandels mit der einhergehenden "Landflucht" bedarf der Finanzierung einer breit aufgestellten Solidargemeinschaft.

43. Zu Artikel 1 Nummer 43 Buchstabe a1 - neu - (§ 101 Absatz 2 Nummer 3 und Satz 2 - neu - SGB V)

In Artikel 1 Nummer 43 ist nach Buchstabe a folgender Buchstabe a1 einzufügen:

'a1) In Absatz 2 wird die Nummer 3 wie folgt geändert:

aa) Die Wörter "ist insbesondere die demographische Entwicklung" werden durch die Wörter "sind insbesondere die Sozial- und Morbiditätsstruktur, die demographische Entwicklung sowie der für eine angemessene Versorgung spezifischer Bevölkerungsgruppen erforderliche Zeitaufwand" ersetzt.

bb) Der folgende Satz wird angefügt:

"Der Gemeinsame Bundesausschuss hat hierzu erstmals bis zum 31. Dezember 2016 und nachfolgend im Abstand von fünf Jahren Erhebungen und Auswertungen nicht personenbezogener Daten durchzuführen oder in Auftrag zu geben oder Sachverständigen-gutachten einzuholen." '

Begründung:

Die Anpassung beziehungsweise Neufestsetzung der stichtagsbezogenen Verhältniszahlen nach § 101 Absatz 1 Satz 4 und 5 SGB V muss sich am tatsächlichen Versorgungsbedarf orientieren. Für dessen Ermittlung sind verschiedene Faktoren maßgeblich. Einige von ihnen sollen - ohne Anspruch auf Vollständigkeit ("insbesondere") - ausdrücklich im Gesetz genannt werden, um ihre Berücksichtigung sicherzustellen. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten aus dem Jahr 2014 in diesem Zusammenhang zu Recht die Einholung empirischer Studien zur tatsächlichen Bedarfsermittlung angemahnt (Textziffer 463). Der Gemeinsame Bundesausschuss soll mit der Erstellung beziehungsweise Vergabe dieser Studien betraut werden, um so eine fundierte Entscheidungsgrundlage für eine den tatsächlichen Verhältnissen noch besser angepasste Bedarfsplanung zu erhalten. Um auf möglichst aktuelle Erkenntnisse zurückgreifen zu können, sind die Studien alle fünf Jahre zu erneuern.

44. Zu Artikel 1 Nummer 44 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa
(§ 103 Absatz 3a Satz 3 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 44 Buchstabe b ist Doppelbuchstabe aa wie folgt zu fassen:

'aa) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

"Der Zulassungsausschuss soll den Antrag ablehnen, wenn die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort der Niederlassung unter Berücksichtigung des wahrgenommenen Versorgungs-

auftrages nicht beeinträchtigt wird; dies gilt nicht, sofern die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll, der dem in Absatz 4 Satz 5 Nummer 5 und 6 bezeichneten Personenkreis angehört oder der sich verpflichtet, die Praxis in ein anderes Gebiet des Planungsbereichs zu verlegen, in dem nach Mitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung aufgrund einer zu geringen Ärztedichte ein Versorgungsbedarf besteht."

Begründung:

Nur durch eine Konkretisierung der Ablehnungsgründe für eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes im Normtext kann ein Höchstmaß an Rechtssicherheit für alle Beteiligten erreicht werden. Mit der Änderung lässt sich des Weiteren gewährleisten, dass der Abbau von tatsächlicher medizinischer Überversorgung im ambulanten Bereich entsprechend der Intention des Bundesgesetzgebers, "auch künftig eine flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung sicherzustellen", ohne die Beeinträchtigung von Versorgungsnotwendigkeiten der Menschen im Land erreicht wird und die medizinisch notwendige Versorgung vor Ort, unter Berücksichtigung der medizinischen Subspezialisierungen, auch weiterhin gewährleistet ist.

45. Zu Artikel 1 Nummer 44 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa

(§ 103 Absatz 3a Satz 3 SGB V)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu überprüfen, ob die vorgesehene Änderung des § 103 Absatz 3a Satz 3 SGB V in Verbindung mit § 103 Absatz 4a Satz 3 SGB V zu einer nicht gewollten Konzentration der ambulanten Versorgung in überversorgten Gebieten in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) führen könnte.

Begründung:

Der bestehende § 103 Absatz 4a Satz 3 SGB V privilegiert die Anstellung eines Arztes in einem MVZ gegenüber der Niederlassung als Vertragsarzt insoweit, als eine unbeschränkte Nachbesetzung von Arztstellen von MVZ in Bezirken, in denen Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, möglich ist.

Der Gesetzentwurf sieht nunmehr vor, dass künftig Vertragsarztzulassungen in Bezirken, in denen Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, regelhaft nicht wieder besetzt werden sollen. Die Zulassungsausschüsse sollen künftig Anträge auf Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes ablehnen, wenn der Sitz nicht aus Versorgungsgründen notwendig ist. Kriterien dazu, wann ein Sitz aus Versorgungsgründen notwendig ist, nennt der Gesetzentwurf nicht. Die Begründung nennt exemplarisch einen lokalen oder qualifikationsbezogenen Sonderbedarf sowie weitere Beispiele. Die Anforderungen an einen lokalen Sonderbedarf nach der Bedarfsplanungsrichtlinie sind jedoch sehr eng gefasst. Nicht genannt wird als Versorgungsgrund der Erhalt von Arztsitzen in schlechter versorgten Teilbereichen innerhalb eines überversorgten Planungsbezirks.

Gemeinsam könnten diese Regelungen theoretisch dazu führen, dass Einzelpraxen in der Fläche in nominell überversorgten Teilbereichen nicht wiederbesetzt werden beziehungsweise entsprechende Nachbesetzungsanträge abgelehnt werden müssen, während die Anstellungen in MVZ (und die wenigen Anstellungen nach § 95 Absatz 9 Satz 1 SGB V) ungeschmälert fortbestehen. Damit könnte eine Konzentration der ambulanten Versorgung in MVZ zu Lasten der Versorgung in der Fläche verbunden sein, was gerade dem Ziel der gesetzlichen Änderung zuwiderliefe.

Im Übrigen könnte die vorgesehene Regelung den generellen Schluss zulassen, dass für die Versorgung nicht erforderliche Vertragsarztsitze wegfallen sollen, die vergleichbare Frage für MVZ aber nicht gestellt wird, obwohl in für Neuzulassungen gesperrten Planungsbereichen beide Formen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung vorhanden sind.

46. Zu Artikel 1 Nummer 44 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb

(§ 103 Absatz 3a Satz 6a - neu - SGB V)

In Artikel 1 Nummer 44 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb ist in § 103 Absatz 3a nach dem neu einzufügenden Satz 6 folgender Satz einzufügen:

"Die Bestimmungen dieses Absatzes finden für das Ruhrgebiet im Sinne der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) sowie für Psychotherapeuten erst mit Ablauf des 31. Dezember 2017 Anwendung."

Begründung:

In den Übergangsregelungen in § 65 Bedarfsplanungs-Richtlinie wird an dem Sonderstatus für das Ruhrgebiet vorläufig festgehalten. Für diese Region gelten zunächst gesonderte Verhältniszahlen. Zugleich ist geregelt, dass die Versorgungssituation der Region Ruhrgebiet bis spätestens 31. Dezember 2017 erhoben und die Regelung zum Ruhrgebiet erneut im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) überprüft und erforderlichenfalls angepasst wird. Hat der G-BA bis spätestens zum Ablauf dieses Zeitraumes keine Anpassung oder unveränderte Fortgeltung der Regelungen für das Ruhrgebiet beschlossen, so treten die Sonderregelungen außer Kraft.

Die historisch bedingten und in der Regel höheren Verhältniszahlen, die einen geringeren Ärztebedarf (zum Beispiel im hausärztlichen Bereich 25 Prozent weniger) unterstellen, sind lediglich vorläufig fortgeschrieben worden. Bis zum Abschluss der Evaluation der Versorgungssituation sollen negative Folgen für die ambulante Versorgung durch "Aufkauf" rein rechnerisch überzähliger Sitze vermieden werden.

Bei der psychotherapeutischen Versorgung gibt es eine deutliche Diskrepanz zwischen den tatsächlichen Versorgungsgraden im Sinne der Bedarfsplanungs-Richtlinie, die häufig eine rechnerische Überversorgung aufweisen, und der tatsächlichen Versorgungssituation mit langen Wartezeiten. Vor diesem Hintergrund wird dem G-BA mit diesem Gesetz aufgegeben, die Psychotherapie-Richtlinie bis zum 30. Juni 2016 zu überarbeiten. Diese Überarbeitung sollte zunächst abgewartet werden, bevor nach einer weiteren

angemessenen Umsetzungszeit die Aufkaufregelung auch bei Psychotherapeuten Anwendung findet. Daher wird auch hier die Anwendung der Aufkaufregelung auf das Jahr 2018 verschoben. Dies bietet außerdem die Möglichkeit, vorher eine neue Bedarfsanalyse gerade im Bereich der Psychotherapie zu erstellen.

47. Zu Artikel 1 Nummer 44 Buchstabe b (§ 103 Absatz 3a Satz 8 SGB V)

Der Bundesrat bittet die Bundesregierung um Prüfung, ob in § 103 Absatz 3a Satz 8 SGB V eine Klarstellung aufgenommen werden kann, mit der die Methode zur Ermittlung des Verkehrswertes einer Praxis vorgegeben wird, oder ob nicht zumindest verpflichtende Konfliktlösungsmechanismen bei Uneinigkeit über den Verkehrswert vorzusehen sind.

Begründung:

Durch die Verschärfung der Regelung zur Wiederbesetzung von Vertragsarztsitzen in übertersorgten Planungsbezirken hin zu einer "Soll"-Regelung, wird in Zukunft häufiger der Fall eintreten, dass die Kassenärztliche Vereinigung gemäß § 103 Absatz 3a Satz 8 SGB V eine Entschädigung an den Praxisinhaber oder seinen Erben zahlen müssen. Im Gesetzestext ist dazu vorgesehen, dass die Entschädigung in Höhe des "Verkehrswertes" der Praxis zu zahlen ist. Ein Verfahren zur Wertermittlung sieht der Gesetzestext nicht vor. Naturgemäß birgt aber die Bestimmung der Höhe der Entschädigung erhebliches Konfliktpotential.

Die Bundesregierung wird daher gebeten zu prüfen, ob eine Klarstellung hinsichtlich der Wertermittlung im Gesetz dabei hilft, Konflikte zu vermeiden. Sollte die Prüfung ergeben, dass dies nicht möglich ist, so sollte zumindest die Einführung von dem Klageverfahren vorgeschalteten Konfliktlösungsmechanismen, wie einem Schiedsverfahren, überdacht werden, um die Kassenärztlichen Vereinigungen von überflüssigen Prozessen zu entlasten. Auch für diesen Fall könnte sich die gesetzliche Vorgabe eines Kriterienkatalogs zur Wertermittlung anbieten.

48. Zu Artikel 1 Nummer 45 (§ 105 Absatz 1a Satz 1,
Satz 4 - neu -,
Satz 5 - neu - und
Satz 6 - neu - SGB V)

Artikel 1 Nummer 45 ist wie folgt zu fassen:

'45. § 105 Absatz 1a wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden das Wort "kann" durch das Wort "soll" und die Wörter "in Gebieten, für die Beschlüsse nach § 100 Absatz 1 und 3 getroffen wurden," durch die Wörter "zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung" ersetzt.
- b) Folgende Sätze werden angefügt:

"Näheres hat die Kassenärztliche Vereinigung in einer Richtlinie im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen festzulegen. Die Kassenärztliche Vereinigung hat dem Landesausschuss nach § 90 jährlich über die Verwendung der Mittel zu berichten. Der Landesausschuss kann Empfehlungen zur Verwendung der Mittel abgeben." '

Begründung:

Der Strukturfonds soll die für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung verantwortlichen Kassenärztlichen Vereinigungen in die Lage versetzen, gezielt Fördermaßnahmen zur Vermeidung oder Behebung von Versorgungsproblemen einzusetzen. Es handelt sich damit um ein bedeutsames Sicherstellungsinstrument. Deshalb wird die Kann-Regelung durch eine verbindlichere Soll-Regelung ersetzt. Nur wenn im Einzelfall besondere Gründe entgegenstehen, darf die Kassenärztliche Vereinigung auf die Bildung eines Strukturfonds verzichten.

Durch die Vorgabe, dass die Kassenärztliche Vereinigung in einer Richtlinie das Nähere festzulegen hat, wird für den Fall eine Regelungslücke geschlossen, in dem eine Kassenärztliche Vereinigung (beispielsweise in Hessen) zwar einen Strukturfonds gebildet hat, anschließend aber keine Fördermaßnahmen durchführt. Gleichzeitig wird durch die vorgesehene Benehmens-Regelung die bisher fehlende Beteiligung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen nachgeholt.

Da der Landesausschuss dasjenige Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung ist, das über den Stand der Versorgung und daraus abzuleitende Konsequenzen zu beschließen hat, soll er die Möglichkeit erhalten, Empfehlungen für Fördermaßnahmen abzugeben. Um die dafür notwendige Transparenz herzustellen, ist der Landesausschuss regelmäßig über die getroffenen Fördermaßnahmen zu unterrichten. Außerdem ist damit sichergestellt, dass eine Kassenärztliche Vereinigung nach Bildung eines Strukturfonds nicht untätig bleibt. Über die Mitwirkung im Landesausschuss sind auch die Länder insoweit eingebunden.

49. Zu Artikel 1 Nummer 45 (§ 105 Absatz 1a Satz 7 - neu - SGB V)

Artikel 1 Nummer 45 ist wie folgt zu fassen:

'45. § 105 Absatz 1a wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden ... < weiter wie Gesetzentwurf > ...
- b) Dem Satz 6 - neu - wird folgender Satz angefügt:

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

Begründung:

Nach dem Gesetzentwurf soll künftig auch in nicht unterversorgten Planungsbereichen die Bildung eines Strukturfonds möglich sein. Wird seitens der Kassenärztlichen Vereinigung ein solcher Strukturfonds eingerichtet, haben sich die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in gleicher Höhe finanziell an diesem zu beteiligen (§ 105 Absatz 1a Satz 2 SGB V). Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sollen deshalb ein gleichberechtigtes Mitspracherecht erhalten, auch um sicherzustellen, dass zusätzliche Versicherungsgelder zielgerichtet zur Berücksichtigung besonderer regionaler Versorgungsbedürfnisse eingesetzt werden.

50. Zu Artikel 1 Nummer 45 (§ 105 Absatz 1b - neu - SGB V)

Artikel 1 Nummer 45 ist wie folgt zu fassen:

'45. § 105 wird wie folgt geändert:

- a) In § 105 Absatz 1a Satz 1 ... < weiter wie Gesetzentwurf > ...
- b) Nach Absatz 1a wird folgender Absatz 1b eingefügt:

"(1b) Die Kassenärztliche Vereinigung kann im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zur Finanzierung von weiteren Fördermaßnahmen in Gebieten, für die Beschlüsse nach § 100 Absatz 1 und 3 getroffen wurden, den Strukturfonds nach Absatz 1a um weitere bis zu 0,1 Prozent der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen aufstocken. Hat die Kassenärztliche Vereinigung den Strukturfonds nach Satz 1 aufgestockt, haben die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen dann zusätzlich einen Betrag in gleicher Höhe in den aufgestockten Strukturfonds zu entrichten. Über die Verwendung des aufgestockten Strukturfonds entscheidet die Kassenärztliche Vereinigung im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen." "

Begründung:

Mit dem aufgestockten Strukturfonds wird den Vertragspartnern beziehungsweise den Kassenärztlichen Vereinigungen ein größerer Handlungsspielraum gegeben, die Versorgung nachhaltig zu sichern.

Sie erhalten die Möglichkeit, neben der Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin (§ 75a SGB V) beispielsweise auch die ambulanten Abschnitte der fachärztlichen Weiterbildung, Weiterbildungsverbände oder auch Weiterbildungsangebote zum Erwerb der Zusatzqualifikation "Notfallmedizin" mit speziell hierfür bereitgestellten Mitteln zu fördern.

Mit der Änderung soll die Obergrenze für die zur Verfügung stehenden Fördermittel von 0,1 Prozent auf maximal 0,2 Prozent der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung angehoben werden.

51. Zu Artikel 1 Nummer 52 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa

(§ 116b Absatz 2 Satz 5a SGB V)

In Artikel 1 Nummer 52 Buchstabe a ist Doppelbuchstabe aa wie folgt zu fassen:

'aa) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

"Eine Unterbrechung der Frist führt dazu, dass eine neue Frist von zwei Monaten beginnt." '

Begründung:

Eine Abfrage bei den erweiterten Landesausschüssen im Bundesgebiet vom 24. Juni 2014 hat ergeben, dass zwölf von sechzehn erweiterten Landesausschüssen die Vorschrift so interpretieren, dass die Frist nach Unterbrechung neu zu laufen beginnt.

Angesichts der umfangreichen Prüfungs- und Auslegungspflichten, die den erweiterten Landesausschüssen mit der Umsetzung der neuen Regularien des § 116b SGB V übertragen wurden, ist es erforderlich, diese Prüfung gewissenhaft und gründlich durchführen zu können.

Eine Unterbrechung der Zwei-Monatsfrist durch eine Anforderung von zusätzlich erforderlichen Informationen und ergänzenden Stellungnahmen durch den erweiterten Landesausschuss muss dazu führen, dass ein neuer Fristlauf beginnt. Je nach Zeitpunkt der Anforderung könnten gegebenenfalls nur wenige Tage der vorherigen Frist übrigbleiben, wodurch die gebotene gründliche Überprüfung der Unterlagen (eventuell bei mehreren Antragstellern) nicht durchführbar wäre. Die gesetzlich vorgesehene Genehmigungsfiktion nach Ablauf der Zwei-Monatsfrist würde daher gegebenenfalls dazu führen, dass nicht ausreichend qualifizierte Leistungserbringer eine Genehmigung zur Leistungserbringung nach § 116b SGB V erhalten.

52. Zu Artikel 1 Nummer 52 Buchstabe b1 - neu - (§116 b Absatz 6 Satz 1
zweiter Halbsatz SGB V)

In Artikel 1 Nummer 52 ist nach Buchstabe b folgender Buchstabe b1 einzufügen:

- 'b1) In Absatz 6 Satz 1 zweiter Halbsatz wird das Wort "vertragsärztliche" durch das Wort "die" ersetzt.'

Begründung:

Die Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung werden nach § 116b Absatz 6 Satz 1 SGB V unmittelbar von der Krankenkasse vergütet. Bisher können nur die vertragsärztlichen Leistungserbringer (an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen) nach § 116b Absatz 6 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V die Kassenärztliche Vereinigung gegen Aufwendungsersatz mit der Abrechnung von Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung beauftragen.

Für die im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen soll nun erreicht werden, dass auch andere Leistungserbringer (zum Beispiel die an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Krankenhäuser) ebenfalls die Möglichkeit erhalten, die Kassenärztliche Vereinigung gemäß § 116b Absatz 6 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V mit der Abrechnung der Leistungen beauftragen zu können. Dies ist unter Gleichbehandlungsaspekten nur konsequent, wird doch in § 116b Absatz 6 Satz 16 SGB V bei der möglichen Beauftragung einer anderen Stelle (zum Beispiel einer privatrechtlich organisierten Abrechnungsstelle) vom Gesetzgeber durch die ohne Zusatz verwendete Wortwahl "Leistungserbringer" auch nicht zwischen vertragsärztlichen und sonstigen Leistungserbringern unterschieden.

53. Zu Artikel 1 Nummer 52 Buchstabe c (§ 116b Absatz 8 SGB V)

Artikel 1 Nummer 52 Buchstabe c ist zu streichen.

Begründung:

Die fachliche Diskussion über eine mögliche Aufhebung der Befristungsregelung in § 116b Absatz 8 SGB V und damit über die Schaffung eines dauerhaften Bestandsschutzes für Krankenhäuser, die an der ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116b alter Fassung teilnehmen, ist noch nicht abgeschlossen. Zuletzt hat sich auch die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform mit der Thematik befasst. In den im Dezember 2014 vorgelegten Eckpunkten hat die Arbeitsgruppe angekündigt, dass die Einschränkung der spezialfachärztlichen Versorgung auf schwere Verlaufsformen (insbesondere für onkologische Erkrankungen [Nr. 1a]) sowie die Befristung der Bestandsschutzregeln überprüft werde, um eine Vereinheitlichung des Rechtsrahmens erreichen zu können. Hierzu bedarf es noch einer vertieften fachlichen Aufarbeitung insbesondere der medizinischen, strukturellen und patientenbezogenen Folgen einer entsprechenden Neuregelung. Daher erscheint eine Gesetzesänderung zum jetzigen Zeitpunkt zu früh. Das Thema kann gegebenenfalls in einem späteren Gesetzgebungsverfahren - etwa im Rahmen der anstehenden Krankenhausreform - wieder aufgegriffen werden.

54. Zu Artikel 1 Nummer 53 Buchstabe a (§ 117 Absatz 1 Satz 1a - neu - und Satz 4 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 53 Buchstabe a ist § 117 Absatz 1 wie folgt zu ändern:

a) Nach Satz 1 ist folgender Satz einzufügen:

"Für Fälle nach Satz 1 Nummer 2 sind eine zahlenmäßige Begrenzung sowie eine Anrechnung auf die nach Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Fallzahlen ausgeschlossen."

b) In Satz 4 sind die Wörter "sowie in welchen Fällen des Satz 1 Nummer 1 es einer Überweisung bedarf" zu streichen.

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Die Ermächtigung für Forschung und Lehre erstreckt sich inhaltlich auf das gesamte medizinische Leistungsspektrum. § 117 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V erfasst deshalb einen Personenkreis, der dem Grunde nach bereits heute von der Ermächtigung für Forschung und Lehre erfasst ist. Dieser Personenkreis wird somit bereits heute aus Gründen der bestmöglichen Krankenversorgung wegen Art, Schwere oder Komplexität seiner Erkrankung durch die Hochschulambulanz untersucht oder behandelt. Allerdings ist der Umfang, in dem dieser Personenkreis die Hochschulambulanz in Anspruch nehmen kann, wegen der Begrenzung der Ermächtigung auf Zwecke von Forschung und Lehre der Höhe nach limitiert. Es wäre nicht vertretbar, einzelne Personen wegen einer zahlenmäßigen Begrenzung des Ermächtigungsumfangs abzuweisen. Es bedarf insoweit einer Klarstellung (die Begründung zu § 120 SGB V ist insoweit missverständlich; vgl. Ausführungen zu Nummer 56 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb). Gleichzeitig werden diese Fälle in der Regel auch für Forschung und Lehre benötigt, so dass das Verhältnis zwischen den Ermächtigungen nach § 117 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und Nummer 2 SGB V festzulegen ist.

Zu Buchstabe b:

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren können, für welche Fälle und Personen es "in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfangs" einer Überweisung bedarf.

Die Festlegung durch die genannten Institutionen, welche Fälle für Forschung und Lehre geeignet sind, gefährdet die Wissenschaftsfreiheit der betroffenen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler. Die genannten Institutionen sind weder (rechtlich) durch die von ihren Entscheidungen gegebenenfalls betroffenen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler legitimiert noch besitzen sie die notwendige Fachkompetenz, um entscheiden zu können, welche Patienten für Forschung und Lehre notwendig und geeignet sind.

55. Zu Artikel 1 Nummer 53a - neu - (§ 118 Absatz 3 SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 53 folgende Nummer 53a einzufügen:

'53a. § 118 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

"(3) Absatz 2 gilt für psychosomatische Krankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser sowie psychiatrische Krankenhäuser mit selbstständig, fachärztlich geleiteten psychosomatischen Abteilungen entsprechend." '

Begründung:

Mit der Streichung einer regionalen Versorgungsverpflichtung und durch die Festschreibung der psychiatrischen Krankenhäuser soll eine gesetzliche Grundlage für die Weiterführung der Verhandlungen zur Rahmenvereinbarung zu psychosomatischen Institutsambulanzen geschaffen werden. Andernfalls läuft die Regelung in der bisherigen Form vollständig ins Leere, da die Länder in der Psychosomatik keine Versorgungsverpflichtung vorsehen. Gleichwohl besteht weiterhin ein unabweisbares Bedürfnis für die Einrichtung psychosomatischer Institutsambulanzen.

56. Zu Artikel 1 nach Nummer 53 (Zu Psychiatrischen Institutsambulanzen,
§ 118 SGB V)

Das Bundesministerium für Gesundheit wird gebeten zu prüfen, inwieweit durch eine Änderung des § 118 SGB V die Einrichtung psychiatrischer Institutsambulanzen (PIAs) aus Versorgungsgründen auch ohne räumliche, aber weiterhin mit organisatorischer Anbindung an psychiatrische Krankenhäuser ermöglicht werden kann.

Begründung:

Die Versorgungssituation im Bereich Psychiatrie und insbesondere in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist noch immer in vielen Gegenden Deutschlands nicht ideal. In bestimmten Regionen besteht auch Unterversorgung, wie etwa in Bayern im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiater in der Raumordnungsregion Oberpfalz-Nord. Es werden insbesondere auch bei schweren psychischen Erkrankungen zu lange Wartezeiten beklagt. Eine ähnliche Situation besteht auch in Sachsen, besonders im ostsächsischen Raum. Auch hier ist die ambulante Versorgung psychiatrischer Patienten noch nicht ausreichend gesichert. Die bedarfsabhängige Ausweitung des ambulanten psychiatrischen Versorgungsangebotes um PIAs ohne Klinikanbindung erscheint als eine Möglichkeit, die Versorgungssituation in diesem Bereich weiter zu verbessern.

57. Zu Artikel 1 Nummer 53a - neu - (§ 118a Absatz 1 Satz 1 und
Satz 3 zweiter Halbsatz SGB V)

Nach Artikel 1 Nummer 53 ist folgende Nummer 53a einzufügen:

'53a. § 118a Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden nach dem Wort "Abteilungen" die Wörter
", geriatrische Rehabilitationskliniken und dort angestellte Ärzte"
eingefügt.

- b) In Satz 3 zweiter Halbsatz werden nach dem Wort "Ermächtigung" die Wörter "eines in einer geriatrischen Rehabilitationsklinik angestellten Arztes oder" eingefügt.

Begründung:

Die Änderung zielt darauf, den bedarfsabhängigen Ermächtigungstatbestand des § 118a SGB V um geriatrische Rehabilitationskliniken und dort angestellte Ärztinnen und Ärzte mit entsprechender geriatrischer Weiterbildung zu erweitern.

Der durch das Psychiatrieentgeltgesetz eingefügte und am 1. Januar 2013 in Kraft getretene § 118a SGB V zielte bereits auf eine qualitative Steigerung der vertragsärztlichen geriatrischen Versorgung. Durch die Nutzung der ärztlich geriatrischen Kompetenz der Krankenhäuser und die Schaffung einer strukturierten und koordinierten ambulanten Versorgung soll eine bessere Behandlung derjenigen Patienten erzielt werden, die aufgrund ihrer geriatritypischen Multimorbidität einen dringenden ambulanten Versorgungsbedarf haben, die aber aufgrund der Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheitsverläufe mit den verfügbaren Qualifikationen und Versorgungsstrukturen derzeit nicht ausreichend ambulant versorgt werden können.

Die hierfür erforderliche ärztlich geriatrische Kompetenz ist oftmals besonders an spezialisierten krankenhausstationären Einrichtungen vorzufinden. Ebenso haben sich jedoch auch stationäre geriatrische Rehabilitationseinrichtungen auf diese Patientinnen und Patienten und deren besonderen Bedarfe personell eingerichtet. Die Möglichkeit, auch diese Einrichtungen beziehungsweise die dort angestellten Ärztinnen und Ärzte für die Versorgung nach § 118a SGB V miteinzubeziehen, soll die weiteren dort vorhandenen ärztlichen Ressourcen auch für die ambulante Versorgung erschließen und somit gegebenenfalls bestehende Versorgungslücken beheben.

58. Zu Artikel 1 Nummer 54 (Zur Schaffung von Kooperationsmöglichkeiten zur ambulanten Versorgung intensivpflegebedürftiger Versicherter in Wohngemeinschaften analog § 119b SGB V)

Der Bundesrat begrüßt den Ansatz der Bundesregierung, durch das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG), neue Wohnformen wie ambulant betreute Wohngruppen zu fördern.

Der Bundesrat bedauert, dass diese nicht durch Regelungen zur vertragsärztlichen Versorgung von Versicherten in Wohngemeinschaften, in denen überwiegend intensivpflegebedürftige Menschen leben, begleitet sind.

Der Bundesrat fordert daher, im weiteren Gesetzgebungsverfahren für Wohngemeinschaften, in denen überwiegend intensivpflegebedürftige Menschen leben, eine Regelung zu treffen, die die ambulante Behandlung in diesen Einrichtungen verbessert, vergleichbar der für stationäre Pflegeeinrichtungen getroffenen Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten (§ 119b SGB V).

Begründung:

Der Bundesgesetzgeber hat mit dem PflegeVG vom 28. Mai 2008 für stationäre Pflegeeinrichtungen Möglichkeiten geschaffen, um über Kooperationsvereinbarungen die ambulante Versorgung der in den Einrichtungen lebenden Menschen zu verbessern.

In gleicher Weise besteht Verbesserungsbedarf für die ambulante Versorgung in Wohngemeinschaften, die von intensivpflegebedürftigen Patienten zum Zwecke der gemeinsamen Versorgung begründet werden. Dies liegt insbesondere an dem besonders hohen Versorgungsbedarf dieser Patienten. Dieser Bedarf ist auch nicht in den allgemeinen Maßstäben der vertragsärztlichen Bedarfsplanung hinreichend abgebildet. Es ist deshalb zu bedauern, dass für solche Wohnformen bisher keine Möglichkeiten geschaffen wurden, in vergleichbarer Weise wie stationäre Pflegeeinrichtungen,

Kooperationsvereinbarungen abschließen zu können, gegebenenfalls auch mit Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Durch die Regelungen des PNG vom 23. Oktober 2012 werden die Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen sowie die Weiterentwicklung neuer Wohnformen gefördert (Initiativprogramm zur Förderung neuer Wohnformen). Es ist deshalb mit einer weiteren Zunahme von Wohngemeinschaften zu rechnen, die auf eine gemeinsame Versorgung der Bewohner abzielen.

59. Zu Artikel 1 Nummer 56 Buchstabe c Doppelbuchstabe cc (§ 120 Absatz 3 Satz 5 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 56 Buchstabe c Doppelbuchstabe cc sind in § 120 Absatz 3 Satz 5 die Wörter ", zu Begrenzungsregelungen der Behandlungen im für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang" zu streichen.

Begründung:

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Vertragsparteien nach § 301 Absatz 3 SGB V bundeseinheitliche Grundsätze auch "zu Begrenzungsregelungen der Behandlungen im für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang" vereinbaren sollen. Eine solche Vereinbarung würde die Wissenschaftsfreiheit der betroffenen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler strukturell gefährden (vgl. beispielsweise Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 24. Juni 2014 - 1 BvR 3217/07 - betreffend hochschulorganisationsrechtliche Vorschriften für die Medizinische Hochschule Hannover). In der Krankenversorgung sind nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts die Entscheidungsbefugnisse durch den Gesetzgeber so auszugestalten, dass die selbstbestimmte Grundrechtswahrnehmung und die wissenschaftsadäquate Organisation entsprechender Mitwirkungsrechte der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler soweit wie möglich erhalten bleiben. Bei den im Gesetzentwurf genannten Vertragsparteien handelt es sich um den Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger. Keine der Vertragsparteien ist von den betroffenen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern legitimiert, über den für Forschung und Lehre notwendigen Bedarf an Behandlungsfällen zu verhandeln oder für die Verhandlungen bundeseinheitliche Grundsätze aufzustellen. Eine solche Ermächtigung wäre auch sachwidrig, weil an den Hochschulstandorten ein unterschiedlicher

Bedarf an Behandlungsfällen für Forschung und Lehre besteht. Die vorgesehene Formulierung ist somit verfassungswidrig und deshalb zu streichen.

60. Zu Artikel 1 Nummer 56 Buchstabe f - neu - (§ 120 Absatz 4a - neu - SGB V)

Artikel 1 Nummer 56 ist folgender Buchstabe f anzufügen:

f) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:

"(4a) Das Bundesministerium für Gesundheit veranlasst im Einvernehmen mit den jeweils für Gesundheit und Wissenschaft zuständigen Obersten Landesbehörden eine Auswertung über die Entwicklung der Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen. Die für die Durchführung der Evaluation erforderlichen Daten sind von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zu erfassen und über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an das Bundesministerium für Gesundheit zu übermitteln. Das Bundesministerium für Gesundheit legt dem Deutschen Bundestag bis zum 31. März 2019 einen Bericht über das Ergebnis der Auswertung vor." '

Begründung:

Von dem vorgeschlagenen Gesetz werden kurzfristig positive Effekte für die Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen und damit für die Finanzierung der Universitätsklinika erwartet. Ob und in welchem Zeitraum diese Effekte tatsächlich eintreten, hängt in erheblichem Umfang von Faktoren ab, auf die der Gesetzgeber keinen unmittelbaren Einfluss hat, insbesondere von den Ergebnissen zukünftiger Verhandlungen im System der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen.

Mit der vorgesehenen Evaluation soll der Gesetzgeber in die Lage versetzt werden, erneuten Anpassungsbedarf der Regelungen bezüglich der Hochschulambulanzen zu erkennen und tätig zu werden. Die Vierjahresfrist

orientiert sich an der auch für den Innovationsfonds vorgesehenen Frist für eine Evaluierung. Das Einvernehmen mit den für Wissenschaft beziehungsweise Gesundheit zuständigen Obersten Landesbehörden zu der Evaluation ist - gegebenenfalls über die Kultusministerkonferenz und die Gesundheitsministerkonferenz - herzustellen.

61. Zu Artikel 1 nach Nummer 59 (§ 130b SGB V)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, ob der Zugang von neuen Arzneimitteln zum GKV-System für bestimmte Indikationen mit hohem medizinischen Bedarf oder zur Schließung therapeutischer Lücken erleichtert werden soll, um so Anreize für pharmazeutische Unternehmer zur weiteren Intensivierung von Forschung und Entwicklung in diesen Indikationen zu setzen.

Begründung:

Aus verschiedenen Gründen gibt es heute - trotz allen pharmakologischen Fortschritten - für viele schwerwiegende Erkrankungen therapeutische Lücken. Diese stellen ein versorgungsrelevantes Problem dar, zum Beispiel im Bereich der Infektionserkrankungen und bei neurodegenerativen Erkrankungen. Zwar sind derzeit in Deutschland mehr als 80 Antibiotika zugelassen, aber infolge von Resistenzen werden diese bei einer zunehmenden Zahl von Patienten unwirksam. Neue, gegen multiresistente Keime wirksame Antibiotika werden somit dringend benötigt. Diese neuen Antibiotika werden zumeist aber nicht breit eingesetzt, sondern dienen als Arzneimittel der therapeutischen Reserve als Notfallmedikation. Eine absehbar geringe Verordnungszahl muss somit die Forschungs-, Entwicklungs-, Produktions- und Vertriebskosten kompensieren, was einen entsprechend hohen Preis erfordert.

Für die Nutzenbewertung und Erstattungsbetragsverhandlung nach dem Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der Gesetzlichen Krankenversicherung (AMNOG) ergeben sich dabei sowohl hinsichtlich der geforderten Bewertung des Zusatznutzens als auch für die Findung eines angemessenen Erstattungsbetrags erhebliche Herausforderungen. Um den Zusatznutzen der neuen Antibiotika zutreffend zu beurteilen, müssten diese in ihrer Wirksamkeit allein gegenüber resistenten Bakterien gemessen werden. Die bisherige rigide Bewertungspraxis vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und vom Gemeinsamen

Bundesausschuss (G-BA) lässt aber befürchten, dass für die Zuerkennung eines Zusatznutzens auch der Nachweis gefordert wird, dass sie Patienten ohne resistente Bakterien ebenfalls besser helfen. An einer solchen Anforderung würden die neu entwickelten Antibiotika mit höchster Wahrscheinlichkeit scheitern. Das Verdikt lautet dann: "Kein Zusatznutzen belegt".

Da die derzeit verfügbaren Antibiotika zumeist zu sehr niedrigen Preisen verfügbar sind, fehlt es wegen des AMNOG-Verfahrens für forschende pharmazeutische Unternehmer langfristig an Anreizen zu gezielten Investitionen in Forschung und Entwicklung (F&E) in diese Wirkstoffgruppe (die klinischen Studien zu den in den nächsten Jahren für die arzneimittelrechtliche Zulassung erwarteten Antibiotika wurden bereits vor dem AMNOG begonnen). Denn selbst wenn ein neu zugelassenes, innovatives Antibiotikum im Rahmen des Nutzenbewertungsprozesses nach den Kriterien des IQWiG und G-BA einen Zusatznutzen gegenüber den bisher verfügbaren Antibiotika belegen könnte, wäre für die anschließende Erstattungsbetragsverhandlung mit dem GKV-Spitzenverband das niedrige Preisniveau der etablierten Antibiotika der Ausgangspunkt der Verhandlungen. Die enormen Aufwendungen für F&E, Zulassung und Vertrieb eines solchen neuen Antibiotikums ließen sich absehbar in Deutschland nicht amortisieren.

Therapeutische Lücken trotz hohem medizinischen Versorgungsbedarf bestehen aber auch, weil für bestimmte Indikationen trotz massiver Forschungsbemühungen der pharmazeutischen Industrie bislang keine Wirkstoffe für eine effektivere Behandlung gefunden werden konnten, zum Beispiel im Bereich Demenz/Alzheimer.

Im Zuge des Pharma-Dialogs sollte vor diesem Hintergrund konkret geprüft werden, ob für Arzneimittel in bislang vernachlässigten Anwendungsgebieten eine Besserstellung im Rahmen der Nutzenbewertung angezeigt ist. Hierzu bietet sich zum Beispiel an, für solche Arzneimittel die für Orphan-Drugs bestehenden Erleichterungen entsprechend anzuwenden (Zusatznutzen gilt mit der Zulassung als belegt; der G-BA hat lediglich über das Ausmaß des Zusatznutzens zu beschließen).

Diese Regelung sollte gegebenenfalls von ergänzenden Maßnahmen flankiert werden, etwa durch eine gezielte steuerliche Projektförderung des Bundes für die F&E in den jeweiligen Indikationsgebieten.

62. Zu Artikel 1 Nummer 60a - neu - (§ 132a Absatz 2 Satz 7a - neu - und Satz 7b - neu - SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 60 folgende Nummer 60a einzufügen:

'60a. In § 132a Absatz 2 werden nach Satz 7 folgende Sätze eingefügt:

"Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung. Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts richten sich gegen eine der beiden Vertragsparteien, nicht gegen die Schiedsperson; bis zu einer entgegenstehenden rechtskräftigen gerichtlichen Entscheidung gilt der festgesetzte Vertragsinhalt als verbindlich und ist umzusetzen." '

Begründung:

Parallel zur Fassung des § 73b Absatz 4 SGB V sieht auch die Regelung zur häuslichen Krankenpflege im Falle der Nichteinigung der Vertragsparteien über den Vertragsinhalt eine Entscheidung der Schiedsperson vor. Auf Grund der Tatsache, dass im Rahmen der Hausarztverträge bis zum Inkrafttreten des GKV-VStG ausdrücklich vorgesehen war, dass Klagen gegen einen geschiedsten Hausarztvertrag keine aufschiebende Wirkung haben sollten, sodass der Hausarztvertrag während des Rechtsstreits (vorläufig) umzusetzen war, besteht die zwischenzeitlich mit der Gesetzesänderung eingetretene Rechtsunsicherheit auch im Rahmen von § 132a SGB V. Mit der in § 73b SGB V erfolgten Gesetzesänderung sollte laut der Begründung des Gesetzentwurfs klargestellt werden, dass es sich bei dem Spruch einer Schiedsperson nicht um einen Verwaltungsakt handelt. In der Begründung des Gesetzentwurfs wurde hierzu ausgeführt: "Durch die (frühere) Formulierung in Satz 4, nach der die Festlegung des Vertragsinhalts keine aufschiebende Wirkung hat, konnte der Eindruck entstehen, dass es sich bei dem Schiedsspruch um einen Verwaltungsakt handeln würde. Mit der Streichung wird klargestellt, dass dies nicht der Fall ist, sondern dass die Schiedsperson analog § 317 BGB als Vertragshelfer tätig wird. Dementsprechend sind Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts nicht gegen die Schiedsperson, sondern gegen eine der beiden Vertragsparteien zu richten."

Bereits innerhalb des Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-VStG wurde wiederholt darauf hingewiesen, dass diese Gesetzesänderung im Verwaltungsvollzug sowie gegebenenfalls auch in der Rechtsprechung - anders als vom Gesetzgeber intendiert - nicht lediglich als Klarstellung zur Rechtsnatur des Schiedsspruchs, sondern sehr wohl auch als eine tatsächliche Rechtsänderung hinsichtlich des Vollzugs eines Schiedsspruchs während eines hiergegen anhängigen Klageverfahrens aufgefasst werden könnte. Daher wurde durch den Bundesrat in seiner Stellungnahme zum GKV-VStG (vgl. BR-Drucksache 456/11 (Beschluss)) vom 23. September 2011 eine entsprechende weitere Klarstellung im Gesetz gefordert. Die Bundesregierung sah eine Umsetzung der Stellungnahme des Bundesrates jedoch nicht als erforderlich an und führte hierzu in ihrer Gegenäußerung vom 5. Oktober 2011 (vgl. BT-Drucksache 17/7274) aus: "Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden. Mit der im Regierungsentwurf vorgesehenen Änderung wird klargestellt, dass es sich bei dem Schiedsspruch der Schiedsperson nicht um einen Verwaltungsakt handelt, sondern dass die Schiedsperson als Vertragshelfer analog § 317 BGB tätig wird. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 25. November 2010 - B 3 KR 1/10R) zu der insoweit vergleichbaren Regelung in § 132a Absatz 2 SGB V wird der Vertragsinhalt durch die Festlegung der Schiedsperson rechtsgestaltend ergänzt. Die dagegen gerichtete Ersetzungsklage als Sonderform der Leistungsklage hat keine aufschiebende Wirkung, sodass es der vorgeschlagenen Regelung nicht bedarf."

Auf Grund der parallelen Fassung der Vorschrift des § 132a SGB V könnte auch im Rahmen der häuslichen Krankenpflege der Eindruck entstehen, dass im Falle einer Klage gegen den Spruch der Schiedsperson dieser nicht vorläufig umzusetzen ist. Auch wenn es im Rahmen von § 132a SGB V - soweit ersichtlich - noch keine anhängigen Verfahren gibt, die sich mit der klarzustellenden Rechtsfrage befassen, sollte auf Grund der vergleichbaren Konstellation zu den Hausarztverträgen auch hier klargestellt werden, dass der durch die Schiedsperson festgelegte Vertragsinhalt auch im Falle einer Klage hiergegen vorläufig umzusetzen ist. Dies liegt im Interesse der Patientinnen und Patienten an einer zeitlich lückenlosen Versorgung mit häuslicher Krankenpflege.

63. Zu Artikel 1 Nummer 60b - neu - (§ 132e Absatz 1 Satz 3a - neu - SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 60a - neu - folgende Nummer 60b einzufügen:

'60b. In § 132e Absatz 1 wird nach Satz 3 folgender Satz eingefügt:

"In diesem Fall gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages bis zur Entscheidung der Schiedsperson vorläufig weiter." '

Begründung:

Die bisherige Regelung führt immer wieder zu vertragslosen Zuständen nach Kündigung der jeweils aktuellen Impfvereinbarung zum Nachteil der Versicherten, die dann auf das Kostenerstattungsverfahren angewiesen sind.

Außerdem ist die Regelung aufgrund des Sicherstellungsauftrags der Krankenkassen und der Verpflichtung, in jedem Fall die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte zu beteiligen, unausgewogen zum Nachteil der Krankenkassen. Die Ergänzung erhöht daher den Verhandlungsdruck auf die Kassenärztlichen Vereinigungen.

64. Zu Artikel 1 Nummer 60c - neu - (§ 133 Absatz 3 Satz 2 - neu -,
Satz 3 - neu - und
Satz 4 - neu - SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 60b - neu - folgende Nummer 60c einzufügen:

'60c. Dem § 133 Absatz 3 werden folgende Sätze angefügt:

"Sieht das Landesrecht für den Fall der Nichteinigung keine Festlegung vor, legt eine von den Vertragsparteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt fest. Einigen sich die Vertragsparteien nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragsschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen." "

Begründung:

Während in vielen Bereichen im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) für den Fall der Nichteinigung auf gesetzlich zwingend vorgegebene Verträge ein Schiedsverfahren vorgesehen ist, ist dies in § 133 SGB V bisher nicht geregelt. Insbesondere das Rechtsverhältnis zwischen den Krankenkassen und den Fahrunternehmen nach Absatz 3 (Taxiunternehmen) ist damit eines der wenigen, in denen im SGB V kein Schlichtungsverfahren vorgesehen ist. Faktisch ist es daher so, dass die Krankenkassen gegenüber den Unternehmen in einer recht komfortablen Situation sind. Denn gerade auf dem Land sind die Betriebe von den Krankenfahrten abhängig.

Zwar besteht nach dem Personenbeförderungsgesetz die Möglichkeit, landesrechtliche Festlegungen zu treffen.

Im Sinne einer Gleichbehandlung mit den anderen Leistungserbringern und mit dem Ziel einer Lösung im Rahmen des SGB V, die die Besonderheiten der gesetzlichen Krankenversicherung berücksichtigt, sollte hier eine entsprechende Ergänzung des § 133 Absatz 3 SGB V vorgenommen werden.

65. Zu Artikel 1 Nummer 61 (§ 134a Absatz 5 SGB V)

- a) Der Bundesrat unterstützt das Anliegen der Bundesregierung, eine dauerhafte und tragfähige Lösung zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten durch freiberuflich tätige Hebammen zu finden.

- b) Der Bundesrat hegt jedoch Zweifel daran, dass der in einem neuen § 134a Absatz 5 SGB V vorgesehene begrenzte Ausschluss der Regressforderungen der Kranken- und Pflegekassen tatsächlich dazu geeignet ist, die Berufshaftpflichtversicherung für freiberuflich tätige Hebammen bezahlbar zu machen und die Angebotsseite des Versicherungsmarktes nachhaltig zu beleben.

- c) Der Bundesrat weist darauf hin, dass noch im Jahr 2013 die damalige Bundesregierung keine Aussagen dazu machen konnte, wie sich eine entsprechende Regressbegrenzung und die damit verbundene Reduzierung des Schadenaufwands auf die individuelle Prämiengestaltung der Haftpflichtversicherer im Detail auswirken würde (vgl. BT-Drucksache 17/14316, Antwort zu Frage 3c).

- d) Der Bundesrat stellt fest, dass aus dem nunmehr in der Begründung des Gesetzentwurfs enthaltenen Hinweis auf den Anteil der Regressforderungen der Kranken- und Pflegekassen an den insgesamt ausgeglichenen Schadenssummen nicht hervorgeht, welchen Anteil hierbei wiederum die vorsätzlich oder grob fahrlässig verursachten Schäden ausmachen. Für diese soll jedoch ein Regress zukünftig weiterhin möglich sein. Der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. hat in diesem Zusammenhang bereits gefordert, den Regressausschluss auch auf grob fahrlässig verursachte Schäden zu erstrecken, da anderenfalls die vom Gesetz beabsichtigte Entlastung der Versicherer deutlich geringer ausfallen würde.

- e) Aus Sicht des Bundesrates bestehen Zweifel, ob selbst in dem Fall, dass sich eine Reduzierung der auszugleichenden Schadenssummen in der angenommenen Höhe von 25 bis 30 Prozent im vergleichbaren Verhältnis mindernd auf die Versicherungsprämien auswirken würde, dies angesichts der aktuellen Höhe der Jahresbeiträge von über 5 000 Euro ausreichend wäre, um die von der Bundesregierung erwarteten positiven Effekte zu bewirken.

- f) Der Bundesrat stellt mit Bedauern fest, dass die Bundesregierung die rechtlichen und tatsächlichen Bedenken nicht auszuräumen vermag, die einerseits im Hinblick auf die Beschränkung des Regressausschlusses nur auf die Berufsgruppe der Hebammen und andererseits auch dahin gehend bestehen, dass die Versichertengemeinschaft bei einem Regressverzicht zu Gunsten der privaten Versicherungswirtschaft für die Behandlungskosten bei Geburtsschäden möglicherweise sogar mit steigenden (Zusatz-)Beiträgen und Versicherungsprämien aufkommen soll.

- g) Daher verweist der Bundesrat auf seine in der 924. Sitzung am 11. Juli 2014 gefasste EntschlieÙung (vgl. BR-Drucksache 265/14 (Beschluss)) und hält an der darin formulierten Bitte an die Bundesregierung fest,
 - aa) eine Versicherungslösung für Haftpflichtschäden bei der Geburtshilfe durch Hebammen zu entwickeln, die unter anderem durch eine breite Einbeziehung sowie gegebenenfalls einer öffentlich-rechtlichen Absicherung der Risiken der derzeitigen Prämiendynamik entgegenwirkt und eine zusätzliche Belastung der Beitragszahler zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung vermeidet, und

 - bb) eine Versicherungslösung zu entwickeln, deren weiteres Ziel es ist, neben der Absicherung des Haftungsrisikos bei der Geburtshilfe durch Hebammen zudem perspektivisch eine allgemeine Haftpflichtabsicherung gegen Medizinschäden zu ermöglichen.

66. Artikel 1 Nummer 62a - neu - (§ 136a Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 62 folgende Nummer 62a einzufügen:

'62a. § 136a Satz 2 wird wie folgt geändert:

- a) Das Datum "30. April 2013" wird durch die Wörter "...[einsetzen: Datum des Tages drei Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 20 Absatz 1]" ersetzt.
- b) Nach dem Wort "Leistungen" werden die Wörter "oder bei Leistungsmengen, Leistungskomplexen oder Messgrößen hierfür" eingefügt.'

Begründung:

Mit der Änderung soll eine Empfehlung der Bundesärztekammer aufgegriffen werden. Diese Empfehlung geht auf Untersuchungen der gemeinsamen Koordinierungsstelle der Bundesärztekammer und des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands zur Meldung und Bewertung fragwürdiger Zielvereinbarungen oder Bonusregelungen in Chefarztverträgen zurück. Die Koordinierungsstelle habe seit Sommer 2013 circa 50 bei ihr eingegangene Meldungen beraten und bewertet. Diese Bewertungen hätten gezeigt, dass viele Krankenhausträger weiterhin Arbeitsverträge mit Ärzten abschließen würden, die den Empfehlungen nach § 136a SGB V nicht gerecht werdende Anreize setzten. Zu beobachten sei ferner auch, dass Krankenhäuser zunehmend hierbei nicht auf die Erbringung einzelner Leistungen, insbesondere Operationen und Eingriffe abstellten, sondern sich an Leistungsmengen, Leistungskomplexen oder Messgrößen hierfür orientierten, die zumindest der Intention der Vorschrift des § 136a SGB V widersprechen und damit letztlich das Gesetzesziel unterlaufen würden.

Im Rahmen eines nicht öffentlichen Expertengesprächs am 2. April 2014 im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages habe die Deutsche Krankenhausgesellschaft - Forderungen von Ärzteschaft und Politik entsprechend - zugesagt, die Empfehlungen gemäß § 136a SGB V "nachzuschärfen". Zwischenzeitlich haben der Vorstand der Bundesärzte-

kammer und der Vorstand der Deutschen Krankenhausgesellschaft eine Neufassung der Empfehlungen nach § 136a SGB V beschlossen.

Vor dem Hintergrund dieser neu gefassten Empfehlungen sieht die Bundesärztekammer - gemeinsam mit dem Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands - aus rechtlichen Erwägungen eine die Änderungen und Ergänzungen der Empfehlungen aufgreifende Änderung der gesetzlichen Vorschrift des § 136a SGB V selbst als erforderlich an. Die Erweiterung der gesetzlichen Regelung auf Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür, wie zum Beispiel Case-Mix-Volumina oder Summen von Bewertungsrelationen, trage der bisherigen Entwicklung in notwendigem Maße Rechnung und stelle somit eine notwendige Voraussetzung für die vom Gesetzgeber angestrebte Sicherung der Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen von ökonomischen Anreizen dar.

67. Zu Artikel 1 Nummer 64 Buchstabe b (§ 137c Absatz 3 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 64 Buchstabe b ist der anzufügende § 137c Absatz 3 wie folgt zu fassen:

"(3) Soweit und solange eine Richtlinie nach Absatz 1 Satz 2 oder 4 nicht vorliegt, können neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Rahmen einer Krankenhausbehandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden, es sei denn, sie bieten nach dem zum Zeitpunkt der Versorgung des Versicherten verfügbaren Stand der medizinischen Erkenntnisse nicht das Potential einer Behandlungsalternative, insbesondere weil sie schädlich oder unwirksam sind."

Begründung:

Mit der Änderung des § 137 Absatz 3 SGB V ist die Wiederherstellung des Grundsatzes der "Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt" - wie es auch der Gesetzgeber beabsichtigt hat -, effektiver gewährleistet.

- aa) In Satz 1 sind nach dem Wort "Risikoklasse" die Wörter "oder eines aktiven implantierbaren medizinischen Gerätes" und nach den Wörtern "Anwendung des Medizinprodukts" die Wörter "oder des aktiven implantierbaren medizinischen Gerätes" einzufügen.

- bb) In Satz 2 sind nach dem Wort "Risikoklasse" die Wörter "oder derjenigen aktiven implantierbaren medizinischen Geräte" einzufügen.

- c) Absatz 2 ist wie folgt zu ändern:

- aa) In Satz 1 ist der Punkt am Ende durch ein Semikolon zu ersetzen und folgender Halbsatz anzufügen:

"aktive implantierbare medizinische Geräte nach Absatz 1 Satz 1 sind solche nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstabe c der Richtlinie 90/385/EWG des Rates vom 20. Juni 1990 über aktive implantierbare medizinische Geräte (ABl. L 189 vom 20.7.1990, S. 17), die zuletzt durch Artikel 2 der Richtlinie 2007/47/EG (ABl. L 247 vom 21.9.2007, S. 21) geändert worden ist."

- bb) In Satz 2 ist die Angabe "Absatz 1 Satz 2" durch die Angabe "Absatz 1 Satz 3" zu ersetzen.

Begründung:

Die Änderungen bezwecken die Einbeziehung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden unter Anwendung aktiv implantierbarer medizinischer Geräte in den Anwendungsbereich des § 137h SGB V. Nach der Paragraphenbezeichnung und nach dem Wortlaut des Absatzes 1 Satz 1 und 2 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 ist § 137h SGB V in der vorgeschlagenen Fassung bislang ausdrücklich nur auf "Medizinprodukte hoher Risikoklasse", das heißt Medizinprodukte der Risikoklassen IIb und III nach Artikel 9 in Verbindung mit Anhang IX der Richtlinie 93/42/EWG über Medizinprodukte bezogen. Da Artikel 1 Absatz 5 Buchstabe b der Richtlinie 93/42/EWG eine Anwendung dieser Richtlinie auf aktive implantierbare medizinische Geräte nach der Richtlinie 90/385/EWG ausschließt, werden diese Medizinprodukte

keiner Risikoklasse nach Artikel 9 in Verbindung mit Anhang IX der Richtlinie 93/42/EWG zugeordnet. Auch sieht die Richtlinie 90/385/EWG keine Risikoklassen aktiv implantierbarer medizinischer Geräte vor. In der Folge würden diese Medizinprodukte, zu denen neben Herzschrittmachern beispielsweise auch zentralnervöse Innervatoren gehören, von der Regelung des § 137h SGB V nicht erfasst.

Im Interesse der wirtschaftlichen Patientenversorgung ist es jedoch erforderlich, auch und gerade aktive implantierbare medizinische Geräte, die stets besonders invasiv und hochrisikoreich sind, einer Nutzenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zu unterziehen. Eine sozialversicherungsrechtliche Privilegierung aktiv implantierbarer medizinischer Geräte ist sachlich nicht gerechtfertigt und entspricht wohl auch nicht der Intention der Bundesregierung (vgl. Begründung zum Gesetzentwurf zu Artikel 1 Nummer 66), die, sofern sie bestand, im Gesetzeswortlaut aber keinen hinreichend bestimmten Niederschlag gefunden hat. Neben dem Bestimmtheitserfordernis sprechen auch die Grundsätze der Rechtssicherheit und Rechtsklarheit für eine ausdrückliche Einbeziehung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dieser Medizinprodukte in den Regelungsbereich des § 137h SGB V. Eine analoge Anwendung des § 137h SGB V auf aktive implantierbare medizinische Geräte scheidet wegen des Eingriffscharakters der Norm aus. Aufgrund der ausschließlichen Bezugnahme des § 137h Absatz 2 Satz 1 SGB V auf die Richtlinie 93/42/EWG kann auch keine Einbeziehung der aktiven implantierbaren medizinischen Geräte durch eine Rechtsverordnung nach § 137h Absatz 2 Satz 3 SGB V erfolgen.

Die Bezugnahme in § 137h Absatz 2 Satz 2 SGB V auf Absatz 1 Satz 2 ist durch eine solche auf Absatz 1 Satz 3 zu ersetzen, weil sich der Verweis auf "ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept" in Absatz 1 Satz 3 bezieht (redaktionelle Änderung).

69. Zu Artikel 1 Nummer 66 (§ 137h SGB V)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, ob die in § 137h SGB V vorgesehene Nutzenbewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse den Branchenbesonderheiten der Medizintechnik gerecht wird und negative Auswirkungen auf den Innovationsstandort Deutschland vermieden werden.

Begründung:

Die Medizintechnik ist eine für den Standort Deutschland sehr wichtige Innovationsbranche mit erheblichem Beschäftigungs- und Wachstumspotential. Verlässliche Rahmenbedingungen sind für Innovationsschritte im Bereich der Medizintechnik dabei von besonderer Bedeutung.

Die Nutzenbewertung nach § 137h SGB V sollte sich daher auf klar definierte, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit hohem Risikopotential beschränken. Der Prozess der Nutzenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss sollte im Rahmen eines transparenten Prozesses ablaufen und schnellstmöglich abgeschlossen werden. Dabei ist sicherzustellen, dass noch vor Eintritt in das Nutzenbewertungsverfahren die Voraussetzungen und Kriterien für die Erbringung einer NUB durch den Gemeinsamen Bundesausschuss eindeutig festgelegt werden. Die betroffenen Medizinprodukt-Hersteller sind dabei in hinreichender Weise einzubinden. Es muss verhindert werden, dass die vorgesehene Neuregelung Innovationen in der Medizintechnik behindert. Zudem muss sichergestellt werden, dass es auch weiterhin zu einem schnellen und flächendeckenden Zugang zu innovativen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im stationären Sektor kommt.

70. Zu Artikel 1 Nummer 66a - neu - (§ 139 Absatz 9 - neu - SGB V),
Nummer 84a - neu - (§ 284a - neu - SGB V) und
Nummer 84 Buchstabe c (§ 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 17 - neu -
SGB V)

Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

- a) Nach Nummer 66 ist folgende Nummer 66a einzufügen:

'66a. Dem § 139 wird folgender Absatz 9 angefügt:

"(9) Zur Zusammenarbeit der Krankenkassen mit externen Hilfsmittelberatern beschließt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen einheitliche und gemeinsame Richtlinien bis zum 31. Dezember 2015. Die Richtlinien regeln insbesondere die Anforderungen an die Qualifikation und die Objektivität externer

Hilfsmittelberatungen sowie die Sicherstellung der Dienstleistungsorientierung im Beratungsverfahren. Die Richtlinien sind für die Krankenkassen verbindlich; sie bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit." '

b) Nach Nummer 84 ist folgender Nummer 84a einzufügen:

'84a. Nach § 284 wird folgender § 284a eingefügt:

"§ 284a

Beauftragung externer Hilfsmittelberater

(1) Von den Krankenkassen gemäß § 139 beauftragte externe Hilfsmittelfachberater sind berechtigt, personenbezogene Daten des Antragstellers zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, soweit dies für die Zwecke der Beratung gemäß § 139 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 § 139 erteilten Auftrags benötigen.

(2) Externe Hilfsmittelfachberater dürfen das Ergebnis der Beratung gemäß § 139 an die sie beauftragende Krankenkasse übermitteln, soweit dies zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse erforderlich ist; § 35 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. Dabei ist sicherzustellen, dass das Ergebnis der Beratung gemäß § 139 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." '

Als Folge ist

in Artikel 1 Nummer 84 Buchstabe c in § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 16 der Punkt am Ende durch ein Komma zu ersetzen und folgende Nummer 17 anzufügen:

"17. die Beauftragung und Durchführung externer Hilfsmittelberatungen nach § 139."

Begründung:

Die externen Hilfsmittelberater sollen die Krankenkassen bei medizinisch notwendigen und komplexen Hilfsmittelversorgungen beratend unterstützen, um eine für deren individuelle alltagsrelevante Situation zweckmäßige und bedarfsgerechte Versorgung zu erzielen, ohne dabei in die fachliche Kompetenz des Medizinischen Dienstes einzugreifen.

Zu den individuellen alltagsrelevanten Anforderungen an ein Hilfsmittel, die im Rahmen der Beratungen durch die externen Hilfsmittelerbringer berücksichtigt werden, zählen etwa die räumlichen Verhältnisse in der Wohnung oder einem anderen ständigen Aufenthaltsort des Versicherten (zum Beispiel ist der Wendekreis des beantragten Rollstuhls klein genug, um sich damit in der engen Wohnung fortzubewegen, oder ist das Badezimmer groß genug, um den beantragten Badewannenlifter dort nutzen zu können). Deswegen erfolgen die Beratungen beim Versicherten vor Ort (zum Beispiel Wohnung (Regelfall), Reha-Einrichtung, Krankenhaus). Bei Kindern findet die Beratung außerdem häufig in der behindertengerechten Einrichtung oder Schule statt.

Die Beratungen können ebenso die Ermittlung alternativer Versorgungsmöglichkeiten umfassen. Dies kann zum Beispiel die Empfehlung anderer aber gleichartiger als die beantragten Hilfsmittel sein, die geeignet sind, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder den Gesundheitszustand zu verbessern. Die Empfehlung alternativer Versorgungsmöglichkeiten erfolgt insbesondere, wenn das beantragte Hilfsmittel ungeeignet und/oder (langfristig) unwirtschaftlich ist (zum Beispiel weil es bei Hilfsmitteln für Kinder eine geeignetere altersgerechte Versorgung durch "mitwachsende" Hilfsmittel gibt).

Im Rahmen des Beratungseinsatzes erfolgt auch eine Überprüfung der Hilfsmittelpoolbestände der Krankenkasse auf für den Einzelfall geeignete, wiedereinsatzbare Hilfsmittel sowie die Prüfung der Kostenvoranschläge hinsichtlich Vor- und Nachteile verwandter Materialien, des Umfangs des Zubehörs und der angesetzten Arbeitszeiten für die Herstellung oder Instandsetzung der Hilfsmittel.

Nur auf der Grundlage einer ärztlichen Verordnung, dem gegebenenfalls vorliegenden MDK-Begutachtungsergebnis sowie den vorangehenden beziehungsweise weiterführenden fachlichen Stellungnahmen der externen Hilfsmittelberater zur Zweckmäßigkeit des Hilfsmittels, sind die Krankenkassen im Einzelfall in der Lage, eine optimale Entscheidung über die Hilfsmittelversorgung zu gewährleisten. Die Beauftragung externer Hilfsmittelberater ist im Ergebnis wirtschaftlicher und im Interesse des Versicherten, ohne dass die Rechte des Versicherten beeinträchtigt werden.

Die bisher beauftragten externen Hilfsmittelberater waren Gegenstand des Berichts des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (24. Tätigkeitsbericht an den Deutschen Bundestag vom 24. April 2013) und der Aufsichtsbehörden. Danach wurde die Beauftragung von externen Hilfsmittelberatern ohne klare gesetzliche Rahmenbedingungen als kritisch angesehen. Mit den vorgesehenen gesetzlichen Regelungen sollen die bestehenden Rechtsunsicherheiten beseitigt werden.

Zu Buchstabe a:

Für eine einheitliche und gemeinsame Grundlage zur Beauftragung von externen Hilfsmittelberatern durch die Krankenkassen wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen aufgefordert, entsprechende Richtlinien bis zum 31. Dezember 2015 zu beschließen. Damit sollen insbesondere Anforderungen an die Qualifikation und die Objektivität externer Hilfsmittelberatungen sowie die Sicherstellung der Dienstleistungsorientierung sichergestellt werden.

Zu Buchstabe b:

Mit der Einfügung des § 284a SGB V wird die rechtliche Grundlage für die Krankenkassen zur Beauftragung externer Hilfsmittelberater geschaffen. Dies bezieht sich insbesondere auf die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von personenbezogenen Daten durch externe Hilfsmittelberater.

Zur Folgeänderung:

Aufgrund der Einfügung der §§ 139 Absatz 9 und 284a SGB V ist zur Einhaltung der Grundsätze der Datenverwendung durch die Krankenkassen eine entsprechende Anpassung des § 284 SGB V erforderlich.

71. Zu Artikel 1 Nummer 69 (§ 140a Absatz 2 Satz 4a - neu -,
Absatz 3a - neu - und
Absatz 6 Satz 3 - neu - SGB V)

In Artikel 1 Nummer 69 ist § 140a wie folgt zu ändern:

a) In Absatz 2 ist nach Satz 4 folgender Satz einzufügen:

"Mit Zustimmung der für die Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde kann die Frist zum Nachweis der Wirtschaftlichkeit verlängert werden."

b) Nach Absatz 3 ist folgender Absatz 3a einzufügen:

"(3a) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen in den Verträgen nach § 83 besondere Versorgungs- und Vergütungsstrukturen zur Verbesserung der Versorgung vereinbaren. Darin kann teilnehmenden Leistungserbringern nach Absatz 3 die Verantwortung für die Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung sowie der ärztlich verordneten oder veranlassten Leistungen insgesamt oder für inhaltlich definierte Teilbereiche dieser Leistungen übertragen werden. Die Teilnahme von Vertragsärzten ist freiwillig und bedarf einer schriftlichen Teilnahmeerklärung."

c) Dem Absatz 6 ist folgender Satz anzufügen:

"Von der Bereinigung kann abgesehen werden, wenn das Bereinigungsvolumen nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Bereinigungsaufwand steht."

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Bei Selektivverträgen, die langfristig angelegt sind und zum Beispiel präventiven Charakter haben, soll eine längere Frist bis zum Nachweis der Wirtschaftlichkeit eingeräumt werden können.

Zu Buchstabe b:

Anstelle des weggefallenen § 73a SGB V soll mit dieser Regelung die Möglichkeit beibehalten werden, kassenartenübergreifende Verträge zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen(verbänden) zu schließen. Damit können beispielsweise Empfehlungen des Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V über alle Kassenarten hinweg umgesetzt werden. Die Beteiligung ist für die Vertragsärztinnen und -ärzte freiwillig.

Zu Buchstabe c:

Mit der Regelung soll das Bereinigungsverfahren weiter entbürokratisiert werden.

72. Zu Artikel 1 Nummer 69 (§ 140a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 69 sind in § 140a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 nach dem Wort "Gemeinschaften" die Wörter "sowie nach § 87b Absatz 4 anerkannten Praxisnetzen" einzufügen.

Begründung:

Praxisnetzen kommt eine besondere Rolle zu, wenn eine moderne, wirtschaftliche und patientenfreundliche regionale Versorgung gewährleistet werden soll. Um Kooperationen und Netzstrukturen attraktiver zu gestalten und um für Kostenträger die richtigen Anreize zu setzen, sind auch anerkannte Praxisnetze mit einzubeziehen. Die Änderung dient dabei der klarstellenden Abgrenzung zu sonstigen Gemeinschaften.

73. Zu Artikel 1 Nummer 69 (§ 140a Absatz 4 Satz 8 - neu - SGB V)

In Artikel 1 Nummer 69 ist § 140a Absatz 4 folgender Satz anzufügen:

"Auf eine Teilnahmeerklärung kann verzichtet werden, wenn der Vertragsgegenstand in der einmaligen Inanspruchnahme einer Leistung besteht."

Begründung:

Nach § 140a SGB V haben die Krankenkassen die Möglichkeit, auch Verträge über eine einmalige Leistungsanspruchnahme als besondere Form der Versorgung mit den in Absatz 3 genannten Leistungserbringern zu schließen. Gerade bei zusätzlichen Früherkennungsuntersuchungen (zum Beispiel Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen wie U10, U11) handelt es sich um eine einmalige Inanspruchnahme. Das Ausfüllen einer Teilnahmeerklärung, die Weiterleitung durch den Arzt an die Krankenkasse und das Widerrufsrecht, welches letztlich nicht mehr ausgeübt werden kann, weil die Leistung bereits erbracht wurde, führen zu einem hohem Verwaltungsaufwand bei den Vertragspartnern und fördern bürokratisches Handeln. Außerdem stellt ein solches Einschreibeverfahren eine zusätzliche Hürde dar, die gerade im geschilderten Beispielsfall nicht bestehen sollte. Aus diesem Grund sollte in diesen besonderen Fällen auf eine Teilnahmeerklärung verzichtet werden können.

74. Zu Artikel 1 Nummer 74 (§ 220 Absatz 3 SGB V)

Artikel 1 Nummer 74 ist zu streichen.

Begründung:

Bis zum Jahre 2013 war gemäß § 31 SVRV die Jahresrechnung der Krankenkassen einschließlich des Gesundheitsfonds durch die für den Versicherungsträger eingerichteten Prüfstellen oder beziehungsweise durch einen vom Vorstand bestellten sachverständigen Prüfer zu prüfen. Wirtschaftsprüfer waren vom Vorstand vereinzelt, insbesondere bei Betriebskassen im Interesse der Parallelität mit dem Rechnungswesen des Betriebes, dessen Belegschaft die Kasse versichert, als Prüfer eingesetzt.

Seit dem Jahr 2013 ist die Rechnungsprüfung der Krankenkassen Wirtschaftsprüfern als Vorbehaltsaufgabe übertragen. Der Gesundheitsfonds war ausgenommen.

Nach der Begründung des Gesetzentwurfs greift die Regelung, dass auch die Jahresrechnung des Gesundheitsfonds von einem Wirtschaftsprüfer oder einem vereidigten Buchprüfer zu prüfen und zu testieren ist, eine Empfehlung des Bundesrechnungshofes (BRH) auf. Hierdurch soll eine unabhängige Prüfung der Jahresrechnung des Gesundheitsfonds gewährleistet werden. Dies soll auch zur Transparenz in Bezug auf die finanzielle Situation des Gesundheitsfonds beitragen. Besonderheit der vorgesehenen Neuregelung ist, dass Wirtschaftsprüfer nicht nur in das Rechnungswesen der mittelbaren, sondern nunmehr auch in das der unmittelbaren Staatsverwaltung einbezogen werden sollen.

In seinen Bemerkungen 2013 verfolgt der BRH nach Prüfung des Gesundheitsfonds das Ziel, die Jahresrechnung aussagekräftiger zu gestalten, ein Verfahren zur Entlastung des Bundesversicherungsamtes (BVA) zu entwickeln und insbesondere eine unabhängige Prüfung des Jahresabschlusses des Gesundheitsfonds einzuführen, um Interessenkollisionen auszuschließen.

Dass die vorgesehene Gesetzesänderung die Empfehlung des BRH tatsächlich konkretisiert, kann bezweifelt werden. Seine Empfehlung, die Prüfung gegebenenfalls auf Dritte zu übertragen, dürfte auf den Prüfer abstellen, der einen freien Beruf ausübt, und zwar "auf der Grundlage besonderer beruflicher Qualifikation oder schöpferischer Begabung die persönliche, eigenverantwortliche und fachlich unabhängige Erbringung von Dienstleistungen höherer Art im Interesse der Auftraggeber und der Allgemeinheit zum Inhalt" [hat]. (§ 1 Absatz 2 Gesetz über Partnerschaftsgesellschaften Angehöriger Freier Berufe).

Die vom BRH empfohlene Unabhängigkeit des einzelnen Prüfers als wesentlicher Grund für die Übertragung der Rechnungsprüfung auf Wirtschaftsprüfer ist in Frage zu stellen. Beispielsweise könnte die Prüfung durch die Innenrevision durch Einschaltung des Prüfdienstes der Krankenkassen, der ebenfalls beim BVA und in den Aufsichtsbehörden der Länder ressortiert (§ 274 SGB V), und in Einzelfragen durch Einschaltung von Sachverständigen auf eine breitere und unabhängige Basis gestellt werden.

Des Weiteren ist die in der Begründung des Gesetzentwurfs erwartete Transparenz in Bezug auf die finanzielle Situation des Gesundheitsfonds hinsichtlich der Vertraulichkeit der Wirtschaftsprüfung begrenzt.

Um die in der Begründung des Gesetzentwurfs genannten Ziele (unabhängige Prüfung und Transparenz in Bezug auf die finanzielle Situation des Gesundheitsfonds) zu erreichen, bedarf es keiner Gesetzesänderung. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die Tatsache, dass der Gesetzgeber vor drei Jahren noch entgegengesetzter Meinung war und die Prüfung des Gesundheitsfonds, der immerhin rund 15 Prozent des Staatshaushaltes ausmacht, von der Prüfung durch Wirtschaftsprüfungsgesellschaften ausgenommen hatte.

75. Zu Artikel 1 Nummer 76a - neu - (§ 265 Absatz 1 und Absatz 2 - neu - SGB V)

Nach Artikel 1 Nummer 76 ist folgende Nummer 76a einzufügen:

76a. § 265 wird wie folgt geändert:

a) Dem bisherigen Wortlaut wird die Absatzbezeichnung "(1)" vorangestellt.

b) Es wird folgender Absatz 2 angefügt:

"(2) Darüber hinaus können die Satzungen der Landesverbände der Betriebskrankenkassen eine Umlage der Verbandsmitglieder vor-

sehen, um innerhalb der Kassenart bundesweit die Aufwendungen für satzungsgemäß zu bestimmende, besonders aufwendige Leistungsfälle (Hochkostenfälle) einer Krankenkasse - unabhängig von der Zugehörigkeit zum jeweiligen Landesverband - innerhalb der Kassenart bundesweit ganz oder teilweise zu decken. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Betriebskrankenkassen, die keinem Landesverband angehören, können sich an dem Verfahren beteiligen." '

Begründung:

§ 265 SGB V stellt eine entscheidende Säule des Solidargedankens der gesetzlichen Krankenversicherung dar, der unter anderem spezifisch auf die Leistungen der Krankenkassen zugunsten von Hochkostenfällen reagiert. Zurzeit ist dieses solidarische System jedoch nach seinem bisherigen Gesetzeswortlaut nur innerhalb eines Landesverbandes und nicht bundesweit möglich. Das bisherige System war auf die ursprünglich landesbezogene Ausrichtung der Krankenkassen zugeschnitten. Seit 1996 hat sich eine Vielzahl der Krankenkassen über mehrere Länder, zum Teil bundesweit, geöffnet und versorgt Mitglieder außerhalb ihres Kassensitzes. § 265 SGB V ist daher an die gewachsenen Veränderungen der Kassenlandschaft anzupassen. Die Gesetzesänderung trägt diesem Anliegen Rechnung, indem es die solidarische Lösung des § 265 SGB V bundesweit ermöglicht. Die Regelung stellt ausschließlich auf die Betriebskrankenkassen (BKK) ab, da die Kassenart BKK die einzige Kassenart ist, die originäre Landesverbände nach § 207 SGB V besitzt.

76. Zu Artikel 1 Nummer 80 (§ 275 Absatz 1a Satz 5 - neu - SGB V)

Artikel 1 Nummer 80 ist wie folgt zu fassen:

'80. § 275 wird wie folgt geändert:

- a) Dem Absatz 1a wird folgender Satz angefügt:

"Die Krankenkassen sind befugt, die für die Prüfung der Notwendigkeit einer gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes erforderlichen Daten zu erheben."

b) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:

... < weiter wie Gesetzentwurf > ...'

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Änderung des erweiterten Anspruchs der Versicherten auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen nach § 44 Absatz 4 SGB V. Danach bedarf es für die erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten einer schriftlichen Einwilligung und vorherigen schriftlichen Information des Versicherten.

Hiervon kann in den Fällen abgesehen werden, in denen die Krankenkassen nach § 275 Absatz 1 SGB V verpflichtet sind oder es erforderlich ist, eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen. Durch diese Klarstellung wird gewährleistet, dass die Krankenkassen erst nach einer internen Prüfung den Medizinischen Dienst mit der Begutachtung beauftragen. Andernfalls würde in den gesetzlich vorgesehenen Fällen eine vorherige Einwilligung und Information des Versicherten zu einer erheblichen Erhöhung des administrativen und gutachterlichen Aufwands führen (zum Beispiel bei der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit). Auch würde sich der Beratungs- und Unterstützungsbedarf des Versicherten, zum Beispiel beim Krankengeldanspruch, unnötig verzögern.

Die Erhebung der erforderlichen Daten, auch ohne Zustimmung des Versicherten, ist daher für eine zügige Umsetzung der bestehenden gesetzlichen Verpflichtungen der Krankenkassen weiterhin erforderlich. Hiervon unberührt bleibt die vorgesehene schriftliche Einwilligung und Information des Versicherten nach § 44 Absatz 4 SGB V.

77. Zu Artikel 1 Nummer 81 (§ 278 Absatz 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 81 sind in § 278 Absatz 2 die Wörter "und die Bahn-BKK" durch die Wörter "und die Betriebskrankenkassen der Dienstbetriebe des Bundes" zu ersetzen.

Begründung:

Ausweislich der Begründung des Gesetzentwurfs handelt es sich bei der Änderung in Artikel 1 Nummer 81 um eine Folgeänderung zur Streichung des § 283 Satz 1 SGB V in Artikel 1 Nummer 83.

Diese Streichung erfolgt, weil der Medizinische Dienst des Bundeseisenbahnvermögens (MD BEV) infolge des geschlossenen Personalbestandes des Bundeseisenbahnvermögens seit Anfang 2013 nicht mehr in der Lage ist, die Aufgaben des Medizinischen Dienstes (MDK) für die BAHN-BKK wahrzunehmen.

Da die BAHN-BKK als Betriebskrankenkasse eines Dienstbetriebes des Bundes angesehen wird und somit nach § 207 Absatz 1 Satz 3 SGB V kein Mitglied eines Landesverbandes der Betriebskrankenkassen ist, wird die Notwendigkeit gesehen, sie durch unmittelbare Aufnahme in den Geltungsbereich des § 278 Absatz 2 SGB V zu einem originären Mitglied der Arbeitsgemeinschaft MDK zu machen.

Die gesetzestechnische Umsetzung dieses berechtigten Ansinnens begegnet Bedenken. Die Sonderregelung knüpft an die der BAHN-BKK zugemessene Sonderstellung als Betriebskrankenkasse eines Dienstbetriebes des Bundes an. Es geht also unabhängig von der konkreten Benennung der BAHN-BKK darum, sicherzustellen, dass sie in ihrer Funktion als Betriebskrankenkasse eines Dienstbetriebes des Bundes zukünftig, wie jede andere Krankenkasse auch, im MDK mitwirken und dessen Leistungen in Anspruch nehmen kann. Generell-abstrakt ist somit analog zu § 207 Absatz 1 Satz 3 SGB V im neuen § 278 Absatz 2 SGB V nicht der Name der betroffenen Betriebskrankenkasse zu nennen, sondern vielmehr die Funktion, aus der die Notwendigkeit der Sonderregelung resultiert.

Die Änderung wäre auch deshalb sinnvoll, weil dadurch zum Beispiel vermieden wird, dass das Gesetz geändert werden muss, falls die BAHN-BKK im Rahmen ihrer Selbstverwaltungskompetenz beschlösse, ihren Namen zu ändern.

78. Zu Artikel 1 Nummer 82 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb
(§ 279 Absatz 2 Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 82 Buchstabe a ist Doppelbuchstabe bb zu streichen.

Begründung:

An der Einbeziehung der bislang nicht in Bezug genommenen § 51 Absatz 6 Nummer 5 Buchstabe a und Nummer 6 Buchstabe b SGB V besteht kein Bedarf. Die Aufgaben des Verwaltungsrates beziehen sich auf die Gesamtleistung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), also beispielsweise auf die Satzung, die Feststellung des Haushaltsplans, die Überprüfung der Betriebs- und Rechnungsführung sowie die Wahl und Entlastung des Geschäftsführers. Auf die Einzelfallbegutachtung beziehungsweise den Gutachter hat der Verwaltungsrat in Anbetracht der gesetzlich vorgeschriebenen Unabhängigkeit der Ärzte des MDK gemäß § 275 Absatz 5 Satz 1 SGB V keinen Einfluss. Die hauptamtlichen Mitarbeiter der Kranken- und Pflegekassen leisten aufgrund ihrer Erfahrungen und Kenntnisse als Teil des Verwaltungsrates einen wesentlichen, sachkundigen Beitrag zur reibungslosen Zusammenarbeit des MDK mit den Kassen. Ein Interessenkonflikt ist nicht ersichtlich. Die Unabhängigkeit der Entscheidungen des MDK wird von einem Anstellungsverhältnis bei einer gesetzlichen Krankenkasse nicht berührt.

Im Gegenteil wird mit den vorgesehenen Einschränkungen der Wählbarkeit nicht die Unabhängigkeit des MDK gestärkt, sondern eher eine Schwächung des fachlichen Sachverständes vorgenommen. Wie aus der Begründung zum Entwurf des Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz-GRG) zu § 287 SGB V hervorgeht, war es bei der Errichtung des MDK jedoch gerade gesetzgeberisches Ziel, den Verwaltungsrat mit fachkundigen und mit den Aufgaben eines medizinischen Beratungsdienstes vertrauten Personen zu besetzen (vgl. BT-Drucksache 11/2237 vom 3. Mai 1988, Seite 233 und 234).

Letztendlich ist auch keine Begründung dafür erkennbar, dass zwar hauptamtliche Mitarbeiter der Landesverbände beziehungsweise der Landesvertretungen des Verbands der Ersatzkassen, die keine

Versicherungsträger im Sinne von § 51 Absatz 6 Nummer 5 Buchstabe a SGB IV sind, in den Verwaltungsrat gewählt werden dürfen, nicht jedoch hauptamtliche Mitarbeiter der Krankenkassen. Dies benachteiligt massiv diejenigen Krankenkassen, die nicht in Verbänden organisiert sind, oder die entsprechend § 207 Absatz 4 SGB V selbst die Aufgaben eines Landesverbandes wahrnehmen.

79. Zu Artikel 1 Nummer 82 Buchstabe a Doppelbuchstabe cc
(§ 279 Absatz 2 Satz 4 SGB V)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, ob die Einräumung eines Mitberatungsrechts für Interessengruppen, insbesondere die Gruppe der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen, zielführend ist. Eine Erweiterung des Verwaltungsrates der Medizinischen Dienste um Organisationen von Leistungserbringern führt nicht zu mehr Transparenz in der Tätigkeit der Medizinischen Dienste und zu der angestrebten höheren Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste von den Krankenkassen.

Begründung:

Der Bundesrat ist der Auffassung, dass die Neuregelungen des § 279 SGB V einen Eingriff in das Selbstverwaltungsrecht darstellen.

Die Begründung zu Artikel 1 Nummer 82 führt aus, dass mit der Regelung die Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste von den Krankenkassen gestärkt werden soll. Die mit dem Gesetzentwurf vorgelegte Lösung erreicht jedoch die angestrebte Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste gerade nicht, weil sie insbesondere durch das mit der Erweiterung des Verwaltungsrates verbundene Mitbestimmungsrecht eine ausgewählte Gruppe von Leistungserbringern, hier die Gruppe der Pflegeberufe, ungerechtfertigt gegenüber anderen Gruppen von Leistungserbringern bevorzugt, die weder Sitz noch Stimme im Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes erhalten. Auch ist davon auszugehen, dass alsbald auch Vertreter anderer Verbände von Leistungserbringern Stimme und Sitz im Verwaltungsrat der Medizinischen Dienste verlangen könnten.

Auch sind die Aufgaben des Verwaltungsrates überwiegend grundsätzlicher beziehungsweise strategischer Natur, wie Satzungsänderungen, Feststellung des Haushaltsplans, die Überprüfung der Betriebs- und Rechnungsführung sowie die Wahl und Entlastung des Geschäftsführers. Auf die fachliche

Haupttätigkeit der Medizinischen Dienste, die Einzelfallbegutachtung durch den Gutachter, hat der Verwaltungsrat in Anbetracht der gesetzlich vorgeschriebenen Unabhängigkeit der Ärzte der Medizinischen Dienste gemäß § 275 Absatz 5 Satz 1 SGB V keinen Einfluss. Vielmehr stellen die Neuregelungen des § 279 SGB V einen Eingriff in das Selbstverwaltungsrecht dar. Die Regelung ist daher auch nicht sachgerecht. Ein Mitberatungsrecht der Gruppe der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen wäre aber analog zu anderen Regelungen in der Selbstverwaltung sehr zielführend.

80. Zu Artikel 1 Nummer 84 (§ 284 Absatz 5 - neu - SGB V)

Artikel 1 Nummer 84 ist wie folgt zu fassen:

'84. § 284 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) ...

bb) ... <weiter wie Gesetzentwurf> ...

cc) ...

b) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 5 angefügt:

"(5) Die Landesverbände dürfen die für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs aufgrund der von § 266 Absatz 7 SGB V erlassenen Rechtsverordnung erhobenen Daten der Krankenkassen, die ihnen angehören, über die Regelungen dieser Rechtsverordnung hinaus anfordern, verarbeiten und nutzen, soweit dies für die Erfüllung der Aufgaben nach § 172 erforderlich ist." "

Begründung:

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

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

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

Mit Schreiben vom 12. August 2013 hat das Bundesversicherungsamt die seiner Aufsicht unterstehenden Betriebskrankenkassen aufgefordert, die regelhafte Übermittlung der RSA-Satzarten an die Landesverbände einzustellen, weil die Nutzung der RSA-Satzarten für das Finanzcontrolling und die Haftungsprävention nach seiner Einschätzung nicht zulässig sei. Damit greift die aus § 172 Absatz 2 Satz 1 SGB V resultierende Verpflichtung zur Durchführung eines Finanzcontrollings, die mit den entsprechenden Satzungsregelungen der BKK Landesverbände konkretisiert wurde, nicht mehr.

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

81. Zu Artikel 1 Nummer 85 (§ 295 Absatz 2 Satz 1 und Satz 3a - neu - SGB V)

Artikel 1 Nummer 85 ist wie folgt zu fassen:

'85. § 295 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1b Satz 1 ... <weiter wie Gesetzentwurf> ...

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort "Vergütung" die Wörter "sowie zur Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen nach den §§ 106 bis 106b" eingefügt.

bb) Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

"Sofern den Krankenkassen fehlerhafte oder unvollständige Daten übermittelt wurden, sind diese durch die Kassenärztlichen Vereinigungen in korrigierter und ergänzter Form erneut an die Krankenkassen zu übermitteln; dies gilt auch in den Fällen, in denen die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Prüfungen nach den §§ 106 bis 106b davon Kenntnis erlangen, dass Daten nach Absatz 1 oder nach Satz 1 fehlerhaft oder unvollständig übermittelt wurden." '

c) In Absatz 2a Satz 1 ... < weiter wie Gesetzentwurf > ...

Begründung:

Die Einzelfallnachweise werden auf Grundlage des § 295 SGB V mit der Quartalsabrechnung der Kassenärztlichen Vereinigungen an die Krankenkassen geliefert. Die Krankenkassen benötigen die Daten unter anderem zu Zwecken der Prüfung der Abrechnungen der Vertragsärzte einschließlich der Prüfung der Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnungen (§ 106a SGB V in Verbindung mit § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 SGB V) sowie zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung (§ 106 SGB V in Verbindung mit § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 9 SGB V). Besteht aus Sicht der Kassenärztlichen Vereinigung die Notwendigkeit zur Korrektur, wird eine komplette Austausch-Quartalsabrechnung an die Kasse geliefert.

Sofern den Krankenkassen fehlerhafte oder unvollständige Daten übermittelt wurden, sind diese durch die Kassenärztlichen Vereinigungen in korrigierter und ergänzter Form erneut an die Krankenkassen zu übermitteln; dies gilt auch in den Fällen, in denen die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Prüfungen nach den §§ 106 bis 106b (beziehungsweise ab dem 1. Januar 2017 den §§ 106 bis 106d SGB V) davon Kenntnis erlangen, dass Daten durch die Vertragsärzte oder die Kassenärztlichen Vereinigungen fehlerhaft oder unvollständig übermittelt wurden.

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe aa:

Ergänzend zu § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 und 9 SGB V wird klargestellt, dass die Datenübermittlung nach § 295 Absatz 2 SGB V auch zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen nach den §§ 106 bis 106b SGB V dient.

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe bb:

Die Ergänzungen in § 295 SGB V dienen der Klarstellung des seit Jahren in der Praxis gängigen Verfahrens der Vertragspartner.

Sofern den Krankenkassen fehlerhafte oder unvollständige Daten übermittelt wurden, sind diese durch die Kassenärztlichen Vereinigungen in korrigierter und ergänzter Form erneut an die Krankenkassen zu übermitteln; dies gilt auch in den Fällen, in denen die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Prüfungen nach den §§ 106 bis 106b (beziehungsweise ab dem 1. Januar 2017 den §§ 106 bis 106d SGB V) davon Kenntnis erlangen, dass Daten durch die Vertragsärzte oder die Kassenärztlichen Vereinigungen fehlerhaft oder unvollständig übermittelt wurden.

82. Zu Artikel 1 Nummer 85 (§ 295 Absatz 3 Satz 2 - neu - und Satz 3 - neu - SGB V)

In Artikel 1 ist Nummer 85 wie folgt zu fassen:

'85. § 295 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1b Satz 1 und Absatz 2a Satz 1 ... <weiter wie Gesetzentwurf> ...
- b) Dem Absatz 3 werden folgende Sätze angefügt:

"Die Vertragspartner nach Satz 1 vereinbaren nach Nummer 3 auch die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte; dabei ist sicherzustellen, dass zwischen Haupt- und Nebendiagnosen unterschieden wird. Die Hauptdiagnose hat den Behandlungsanlass am jeweiligen Behandlungstag wiederzugeben." '

Begründung:

Die Verpflichtung, ambulante Kodierrichtlinien für die Dokumentation der vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen zu vereinbaren, wurde unter Verweis auf den Abbau potentieller Überregulierungen durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz aufgehoben.

Inzwischen hat sich gezeigt, dass die Kodierung von Diagnosen nach einheitlichen Kriterien, nicht zuletzt wegen der Morbiditätsorientierung des Risikostrukturausgleichs, unerlässlich ist.

Außerdem leidet die Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung darunter, dass aussagekräftige Daten nicht in ausreichendem Maße vorhanden sind. Der ambulante Bereich sollte aber bei dem überaus wichtigen Thema "Qualität" nicht vernachlässigt oder gar ausgeklammert werden. Die Vereinbarung von Kodierrichtlinien - die im Übrigen im stationären Bereich den Alltag darstellen - und deren verpflichtende Anwendung durch die Vertragsärzte beinhaltet daher nicht die Gefahr einer Überregulierung, sondern ist eine unerlässliche Maßnahme zur Gewährleistung von Versorgungsqualität.

Der gemeinsamen Selbstverwaltung kommt dabei die Aufgabe zu, den bürokratischen Aufwand für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte auf das Notwendige zu beschränken.

83. Zu Artikel 9 Nummer 1 Buchstabe c (§ 4 Absatz 7 Satz 8 KrPflG)

In Artikel 9 Nummer 1 Buchstabe c ist in § 4 Absatz 7 der anzufügende Satz 8 wie folgt zu fassen:

"Abweichend von Satz 5 entwickelt der Gemeinsame Bundesausschuss für die Tätigkeiten, die er in der Richtlinie nach § 63 Absatz 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegt hat, bis zum 31. Dezember 2015 für die zusätzliche Ausbildung standardisierte Module, die vom Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie Senioren, Frauen und Jugend auch ohne Vorliegen eines vereinbarten Modellvorhabens nach § 63 Absatz 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genehmigt werden können."

Begründung:

Die Entwicklung standardisierter Module für die zusätzliche Ausbildung für Tätigkeiten, die in der Richtlinie nach § 63 Absatz 3c SGB V festgelegt sind, soll dazu beitragen, Hürden für die Durchführung von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c SGB V abzubauen. Damit die Durchführung der Modellvorhaben tatsächlich und zeitnah erleichtert wird, wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss verbindlich vorgegeben, standardisierte Module bis zum 31. Dezember 2015 zu entwickeln und vorzulegen. Eine Kann-Regelung ohne

Vorgabe einer Frist ist zur Förderung einer wirkungsvollen Umsetzung einer neuen Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen, die zur Sicherung der medizinischen und pflegerischen Versorgung unerlässlich ist, nicht ausreichend.

84. Zu Artikel 10 Nummer 1 Buchstabe c (§ 4 Absatz 7 Satz 8 AltPflG)

In Artikel 10 Nummer 1 Buchstabe c ist in § 4 Absatz 7 der anzufügende Satz 8 wie folgt zu fassen:

"Abweichend von Satz 3 entwickelt der Gemeinsame Bundesausschuss für die Tätigkeiten, die er in der Richtlinie nach § 63 Absatz 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegt hat, bis zum 31. Dezember 2015 für die zusätzliche Ausbildung standardisierte Module, die vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit auch ohne Vorliegen eines vereinbarten Modellvorhabens nach § 63 Absatz 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genehmigt werden können."

Begründung:

Die Entwicklung standardisierter Module für die zusätzliche Ausbildung für Tätigkeiten, die in der Richtlinie nach § 63 Absatz 3c SGB V festgelegt sind, soll dazu beitragen, Hürden für die Durchführung von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c SGB V abzubauen. Damit die Durchführung der Modellvorhaben tatsächlich und zeitnah erleichtert wird, wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss verbindlich vorgegeben, standardisierte Module bis zum 31. Dezember 2015 zu entwickeln und vorzulegen. Eine Kann-Regelung ohne Vorgabe einer Frist ist zur Förderung einer wirkungsvollen Umsetzung einer neuen Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen, die zur Sicherung der medizinischen und pflegerischen Versorgung unerlässlich ist, nicht ausreichend.

85. Zu Artikel 11a - neu - (§ 17c Absatz 4 Satz 2,
Satz 7,
Satz 8 - neu -,
Satz 9 - neu -,
Satz 10,
Absatz 4b Satz 1,
Satz 4 - neu - und
Satz 5 - neu - KHG)

Nach Artikel 11 ist folgender Artikel 11a einzufügen:

'Artikel 11a

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

§ 17c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch ... geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Absatz 4 wird wie folgt geändert:

a) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

"Der Schlichtungsausschuss soll auf eine gütliche Einigung zwischen Krankenhaus und Krankenkasse hinwirken."

b) Satz 7 wird wie folgt gefasst:

"Der Schlichtungsausschuss unterbreitet den Konfliktparteien auf der Grundlage fallbezogener, nicht versichertenbezogener Daten einen Schlichtungsvorschlag."

c) Nach Satz 7 werden folgende Sätze eingefügt:

"Das Schlichtungsverfahren endet, wenn

1. die Parteien dem Schlichtungsausschuss übereinstimmend mitgeteilt haben, dass sie auf der Grundlage des Schlichtungsvorschlages oder in sonstiger Weise eine Einigung erzielt haben oder dass sich der Vergütungsstreit anderweitig erledigt hat, oder
2. nach Unterbreitung des Schlichtungsvorschlages zumindest eine Partei die Schlichtung schriftlich gegenüber dem Schlichtungsausschuss und der anderen Partei für gescheitert erklärt, oder
3. der Schlichtungsausschuss den Parteien schriftlich mitteilt, dass eine Einigung nicht erfolgsversprechend erscheint.

In den Fällen des Satzes 8 Nummer 2 und 3 bescheinigt der Schlichtungsausschuss den Parteien schriftlich, dass eine Einigung im Schlichtungsverfahren nicht erreicht werden konnte."

d) In dem bisherigen Satz 8 wird das Wort "näheren" durch das Wort "weiteren" ersetzt.

2. Absatz 4b wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter "und der Schlichtungsausschüsse nach Absatz 4" gestrichen.

b) Folgende Sätze werden angefügt:

"Der Kläger hat die vom Schlichtungsausschuss gemäß Absatz 4 Satz 9 ausgestellte Bescheinigung über einen erfolglosen Einigungsversuch mit der Klage einzureichen. Diese Bescheinigung ist ihm auf Antrag auch auszustellen, wenn binnen einer Frist von drei Monaten das von ihm beantragte Schlichtungsverfahren nach Absatz 4 nicht durchgeführt worden ist." '

Begründung:

Die bisherige Regelung zum Schlichtungsverfahren nach § 17c Absatz 4 KHG ist in Literatur und Rechtsprechung auf Kritik gestoßen. Diese reicht bis zu Zweifeln an der Verfassungsmäßigkeit der Vorschrift (vgl. Felix, NZS 2014, 601, 605f.). Das Bundessozialgericht hat nunmehr mit Urteil vom 8. Oktober 2014 (B 3KR 7/14 R) ausgeführt, dass einige der offenen Fragen zur Umsetzung des Verfahrens vor den Schlichtungsausschüssen aufgrund der letzten Änderung des § 17c Absatz 4 KHG durch Artikel 16a des GKV-FQWG geklärt seien. Dies betreffe insbesondere die Rechtsnatur der "Entscheidung" im Sinne des § 17c Absatz 4b Satz 1 KHG. Das Gericht qualifiziert diese Entscheidungen der Schlichtungsgremien als Verwaltungsakte und begründet dies im Wesentlichen mit der Entscheidung des Gesetzgebers, zumindest vorübergehend die Schiedsstellen nach § 18a Absatz 1 KHG mit der Wahrnehmung der Aufgaben der Schlichtungsausschüsse zu betrauen.

Dieser Auslegung der Vorschrift soll gesetzgeberisch entgegengetreten werden. Denn sie lässt eine erhebliche Steigerung der Schlichtungskosten befürchten, da die Schlichtungsausschüsse als Streitpartei in die gerichtliche Auseinandersetzung einzubeziehen wären. Das Bundessozialgericht hat in seinem Urteil zudem auf die unbefriedigende Konsequenz hingewiesen, dass sich bei einer Qualifizierung der Entscheidung des Schlichtungsausschusses als Verwaltungsakt bei Auseinandersetzungen über streitige Vergütungsforderungen erhebliche Unterschiede in den Prozesskonstellationen ergeben. Ist ein Schlichtungsverfahren durchgeführt worden, muss die Partei, die mit dem Ergebnis nicht einverstanden ist, Klage gegen den Schlichtungsausschuss erheben. Ist dagegen wegen Überschreitung der Grenze der streitigen Vergütung von 2 000 Euro kein Schlichtungsverfahren durchgeführt worden, bleibt es bei der unmittelbaren Klagemöglichkeit im Gleichordnungsverhältnis der Konfliktparteien. Dies war durch die jüngsten Änderungen des § 17c KHG, die im Wesentlichen zu einer Entlastung der Sozialgerichte beitragen sollten, nicht beabsichtigt.

Daher soll nunmehr klargestellt werden, dass sich das in § 17c Absatz 4 KHG vorgesehene Schlichtungsverfahren an das aus dem Zivilrecht bekannte Güteverfahren anlehnt. Der Schlichtungsausschuss soll durch - unverbindliche - Empfehlungen auf eine außergerichtliche Beilegung von Vergütungsstreitigkeiten hinwirken. Dabei lässt sich der Ausschuss jedoch nicht den vom Bundessozialgericht beschriebenen Typen von Mechanismen zur Konfliktlösung ("Schiedsamt" oder "Vertragshelfer") zuordnen. Dies ist insofern konsequent, als es vorliegend nicht um die Festlegung von Vertragsinhalten, sondern um konkrete Vergütungsansprüche aus bereits bestehenden Verträgen geht.

Zu Nummer 1 zu Buchstabe a und b:

Die Neufassung der Sätze 2 und 7 stellt klar, dass der Schlichtungsausschuss im Rahmen eines konkreten Vergütungsstreits keine eigene Entscheidung trifft, sondern im Sinne des allgemeinen Verständnisses von einer "Schlichtung" den Konfliktparteien - also den Krankenhäusern und Krankenkassen - einen unverbindlichen Schlichtungsvorschlag unterbreitet, um so auf eine gütliche Einigung hinzuwirken und eine gerichtliche Auseinandersetzung zu vermeiden. Der Begriff der "Vertragsparteien", der in § 18 Absatz 2 KHG legal definiert ist und daher im vorliegenden Kontext irreführend erscheint, wird bewusst vermieden. Stattdessen werden die Konfliktparteien entweder als solche bezeichnet oder konkret benannt.

Zu Buchstabe c:

Es wird ausdrücklich im Gesetz geregelt, wann das Schlichtungsverfahren beendet ist. Dies erfolgt mit Blick auf den zutreffenden Hinweis des Bundessozialgerichts, dass mit Blick auf das Erfordernis eines effektiven Rechtsschutzes bestimmbar sein muss, wann im Falle des potentiellen Scheiterns der Schlichtung der Klageweg eröffnet ist.

Zu Buchstabe d:

Da in den neuen Sätzen 8 und 9 bereits bestimmte Regelungen zum Schlichtungsverfahren durch den Gesetzgeber getroffen werden, erscheint der Begriff der "weiteren" Einzelheiten treffender, um zu beschreiben, dass die Schlichtungsordnung im Übrigen von den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und den Landeskrankenhausgesellschaften festgelegt wird.

Zu Nummer 2 zu Buchstabe a:

Aus dem Umstand, dass der Schlichtungsausschuss keine eigene Entscheidung

fällt, sondern Empfehlungen für die Konfliktparteien ausspricht, folgt, dass sich etwaige Klagen nicht gegen den Schlichtungsausschuss, sondern im Gleichordnungsverhältnis gegen den Anspruchsgegner der Vergütungsforderung zu richten haben. Daher sind die "Entscheidungen" der Schlichtungsausschüsse nach Absatz 4 aus Satz 1 des Absatzes 4b zu streichen.

Zu Buchstabe b:

Durch die zwingende Vorlage der vom Schlichtungsausschuss auszustellenden Bescheinigung über ein erfolglos durchgeführtes Schlichtungsverfahren soll den Sozialgerichten eine Prüfung dieser Prozessvoraussetzung erleichtert werden.

Die ebenfalls vorgesehene förmliche Erfolglosigkeitsbescheinigung, die der Schlichtungsausschuss dann ausstellen muss, wenn innerhalb von drei Monaten nach seiner Anrufung kein Verfahren durchgeführt werden konnte, stellt im Sinne der Effektivität des gerichtlichen Rechtsschutzes sicher, dass der potentielle Kläger durch die Verpflichtung zur Anrufung des Schlichtungsausschusses nicht auf unabsehbare Zeit an einer Klagerhebung gehindert wird. Dabei ist irrelevant, aus welchem Grund das Schlichtungsverfahren nicht innerhalb der Dreimonatsfrist durchgeführt werden konnte. Dies mag etwa in der fehlenden Mitwirkung der anderen Konfliktpartei oder auch in der Überlastung des Schlichtungsausschusses begründet liegen.

86. Zu Artikel 14 Nummer 01 - neu - (§ 19a Absatz 1 Satz 2 - neu - Ärzte-ZV)

In Artikel 14 ist der Nummer 1 folgende Nummer 01 voranzustellen:

'01. Dem § 19a Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

"Eine Vollzeittätigkeit liegt vor, wenn in den jeweils vorausgegangenen vier Quartalen mindestens 75 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der jeweiligen Fachgruppe im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet wurde." "

Begründung:

Bisher fehlt es an einer gesetzlichen Definition der vollzeitigen Tätigkeit einer zugelassenen Ärztin beziehungsweise eines zugelassenen Arztes.

Im Bundesmantelvertrag findet sich zwar die Regelung, dass der sich aus der Zulassung des Vertragsarztes ergebende Versorgungsauftrag dadurch zu erfüllen ist, dass der Vertragsarzt an seinem Vertragsarztsitz persönlich mindestens 20 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden zur Verfügung steht (§ 17 Absatz 1a Satz 1 BMV). Die Gewährleistung dieser Vorgabe ist jedoch für die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht nachprüfbar, da das reine Angebot von Sprechstunden - abgesehen von Ankündigungen auf dem Praxisschild - kaum messbar und damit schwerlich justitiabel ist.

Die Änderung sieht vor, Schwankungen des Tätigkeitsumfangs, beispielsweise durch Urlaub, dadurch aufzufangen, dass nicht auf das einzelne Quartal, sondern im Sinne eines Jahreswertes jeweils auf die vorausgegangenen vier abgerechneten Quartale abzustellen ist.

Für Vollzeittätigkeit genügt es zudem, mindestens 75 Prozent der Durchschnitts-Fallzahl zu erreichen. Auf diese Weise ist gewährleistet, dass nur erhebliche Unterschreitungen des Durchschnitts vertragsarztrechtliche Konsequenzen ermöglichen.

Im Zusammenhang mit der Diskussion um Wartezeiten und der zukünftig ausdrücklich formulierten Vorgabe, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die Tätigkeitsumfänge überprüfen müssen (§ 95 Absatz 3 Satz 4 SGB V in der Fassung des GKV-VSG), ist daher die vorgeschlagene Konkretisierung erforderlich, um das Ergebnis der Überprüfungen umsetzbar zu machen.